



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**O BRINCAR COMO MEDIADOR LINGUÍSTICO NO PROCESSO
PSICOTERAPÊUTICO COM CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

EMILY TINOCO DE AZEVEDO

Seropédica

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO

EMILY TINOCO DE AZEVEDO

**O BRINCAR COMO MEDIADOR LINGUÍSTICO NO PROCESSO
PSICOTERAPÊUTICO COM CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
banca examinadora como parte dos requisitos
necessários à graduação em Psicologia.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia de Azevedo Peixoto

Coorientação: Ilanna Pinheiro Medeiros

Seropédica

2024

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de muita paixão e dedicação envolvida. Me descobri no universo da psicologia a partir dos livros e meu amor por eles. E por esse motivo, agradeço primeiramente a minha mãe, acima de tudo minha grande amiga, que me apresentou ao universo da leitura e não consigo imaginar uma sequer memória em que eu não esteja rodeada por eles. Minhas lembranças remontam aos corredores do instituto de Letras na UFRJ, onde eu a acompanhava ainda criança e assistia às aulas com você, acredito que ali nasceu minha alma de pesquisadora. A ti, confidenciei minhas dores, angústias, cansaços, descobertas e alegrias nesses últimos 5 anos, eu literalmente não sei o que seria de mim sem você!

Agradeço profundamente e igualmente à minha irmã, tenha certeza que todas as vezes que conversamos sobre qualquer assunto aleatório ou sobre os livros do Raphael Montes, foram os momentos que minha energia era recarregada. Sua risada me preenchia e me dava forças.

Agradeço à minha fiel escudeira, Amorinha, acho que não tenha tido um dia sequer enquanto estudava na escrivania que você não estivesse do meu lado e mesmo dormindo (o que muitas vezes eu também queria) era minha companheira, me acompanhando e a sua presença me acalentava. Minha eterna Amora, te amo!

Agradeço ao meu grande amor João Pedro e as nossas conversas na madrugada. Você foi a rocha que me firmou e acreditou em mim quando eu desacreditei. A Emily profissional agradece todos os seus conselhos de Marketing. Sua preocupação, dedicação e amor foram tão fundamentais que sinto como se fossem abraços reconfortantes.

Agradeço às minhas tias Margareth, Marcleyde e Bia e ao meu pai, a família Azevedo como um todo é uma das partes mais bonitas que tenho. Amo vocês.

Agradeço a Prof.^a Ana Cláudia, estar com você nesses últimos 2 anos certamente forjou a confiança profissional e ousadia que me faltavam.

À Ilanna Pinheiro, agradeço pela parceria e amizade, muito desse trabalho tem a sua contribuição e seu carinho. Obrigada Deus por ter encontrado Ilanna na estação de Deodoro em um momento de escrita caótica e desespero. Você foi luz no meu caminho naquele momento!

Agradeço também ao Maurinho, o ambiente da Associação Vida Plena torna-se acolhedor por sua causa. Cheguei receosa, nervosa e com um pouco de medo e hoje sinto que sou de casa. Todas as vezes que cheguei para atendimento e tinha um pãozinho fresquinho e café me esperando, eram momentos interpretados como atos de carinho.

Por fim, agradeço a Deus por ter colocado tantas pessoas especiais no meu caminho. Pela força que me garantiu a constância para terminar uma graduação.

E, por fim, mas não menos importante, ter me encontrado no atendimento clínico com crianças e me cativar no processo. Foram surpresas únicas e especiais que fizeram meu caminho ter sido feito e refeito tantas vezes e em todas aprendi algo que me leva para uma jornada futura, desconhecida e igualmente estimulante.

RESUMO

AZEVEDO, Emily Tinoco. O brincar como mediador linguístico no processo psicoterapêutico com crianças vítimas de violência. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia. Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2024.

A presente pesquisa de trabalho de conclusão de curso objetivou analisar o uso do mediador lúdico como um facilitador na comunicação na clínica com crianças vítimas de violência. A partir da análise documental, guiada pela técnica de análise temática, foram lidos 362 relatórios de sessão arquivados na Associação Vida Plena de Mesquita dos 27 pacientes elegíveis para a pesquisa. A partir da análise de conteúdo, foram contabilizados 628 mediadores lúdicos divididos a partir das categorias: (1) Expressão Emocional e Autoconhecimento; (2) Jogos Terapêuticos e de Raciocínio; (3) Recursos Criativos e Artísticos; e (4) Mídia e Conteúdo Digital. O brincar foi utilizado essencialmente para conhecer a criança, a partir da construção de demandas e de vínculo; para elaboração de experiências, trabalhar a autoimagem, a história de vida e internalização de regras; a terceira e última categoria, acerca da fase do atendimento, revela a fase final como a menos frequente. Os resultados apontam que o lúdico assume papel fundamental para a condução da psicoterapia, em certos momentos, revela-se indispensável. Em contextos envolvendo violência vivida pela criança, o brincar foi um recurso primordial para a expressividade infantil e comunicação lúdica com o terapeuta.

Palavras-Chave: brincar; brincadeira; mediador lúdico; crianças; vítimas de violência.

ABSTRACT

AZEVEDO, Emily Tinoco. Play as a linguistic mediator in the psychotherapeutic process with child victims of violence. Psychology Course Conclusion Paper. Institute of Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2024.

The present research aimed to analyze the use of playful mediators as facilitators in communication in clinical settings with children who are victims of violence. Based on document analysis, guided by the thematic analysis technique, 362 session reports filed at the Associação Vida Plena de Mesquita were read, pertaining to the 27 patients eligible for the research. From the content analysis, 628 playful mediators were identified, categorized into: (1) Emotional Expression and Self-Awareness; (2) Therapeutic and Reasoning Games; (3) Creative and Artistic Resources; and (4) Media and Digital Content. Play was essentially used to understand the child through the construction of demands and bonds; to process experiences, work on self-image, life story, and internalization of rules; the third and final category, about the phase of care, reveals the final phase as the least frequent. The results indicate that play assumes a fundamental role in conducting psychotherapy and, at certain moments, proves to be indispensable. In contexts involving violence experienced by the child, play was a primary resource for children's expressiveness and playful communication with the therapist.

Keywords: play; playful activities; playful mediator; children; victims of violence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LEVICA	Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes
UFRRJ	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
MPRJ	Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CREAS	Centros de Referência Especializado da Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
CRP-RJ	Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro
TE	Terapia do Esquema
EIDs	Esquemas Iniciais Desadaptativos
TCC	Terapia de Cognitivo-Comportamental
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
DBT	Terapia Comportamental Dialética
TCI	Terapia Comportamental Infantil
LCC	Ludoterapia Centrada na Criança
ZPD	Zona do Desenvolvimento Proximal
ONG	Organização Não Governamental
AVPM	Associação Vida Plena de Mesquita

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1: Fotografia de atividade feita em sessão

GRÁFICOS

Gráfico 1: Histórico prévio de acolhimento institucional

Gráfico 2: Dados acerca das denúncias coletadas

Gráfico 3: Perfil racial das crianças atendidas

TABELAS

Tabela 1: Dados dos pacientes selecionados para pesquisa

Tabela 2: Categoria 1 - Mediador Lúdico

Tabela 3: Categoria 2 - Objetivo

Tabela 4: Categoria 3 - Fase do atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
4.1 Abordagens cognitivas e comportamentais e a prática lúdica	17
4.2 Relação terapêutica	18
4.3 A importância do brincar na clínica infantil.....	21
4.4 Desenvolvimento infantil.....	26
4.4.1 Teóricos do Desenvolvimento Infantil	28
4.4.2 Impactos da violência no desenvolvimento infantil	31
5. MÉTODO	36
5.1 Tipo de pesquisa.....	36
5.2 Local da Pesquisa.....	36
5.3 Amostra	37
5.4 Procedimentos	38
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
6.1 Perfil das crianças.....	41
6.2 Qualidade dos relatórios	45
6.3 Categorias temáticas.....	46
6.3.1 Expressão Emocional e Autoconhecimento.....	47
6.3.2 Jogos Terapêuticos e de Raciocínio.....	48
6.3.3 Recursos Criativos e Artísticos.....	48
6.3.4 Mídia e Conteúdo Digital	49
6.3.5 Mediador Lúdico para conhecer a criança	51
6.3.6 Elaboração de experiências.....	53
6.3.7 Autoimagem	57
6.3.8 Trabalhar História de Vida	58
6.3.9 Internalização de regras.....	60
6.3.10 Falta de Mediador Lúdico	62
6.3.11 Frequência no uso do mediador lúdico	63
6.4 Limitações.....	65
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
8. REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE 1 - Termo de Anuência	74
APÊNDICE 2 - Tabela com as categorias de análise	75

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho refere-se ao resultado da vivência a partir do estágio obrigatório, de graduação em Psicologia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), iniciado no segundo semestre de 2022, coordenado pela prof.^a Ana Cláudia Peixoto, coordenadora do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA). A proposta do LEVICA, em parceria com a Associação Vida Plena de Mesquita (AVPM), é prestar atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sejam elas da comunidade ou institucionalizadas - que se encontram, principalmente, em casas de acolhimento. Como também, promover psicoeducação a pais e educadores a partir da perspectiva teórica da Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) e Terapia do Esquema (TE) (Peixoto; Rosário; Gonçalves, 2019).

A partir de uma proposta multiprofissional e interdisciplinar, o estágio objetiva um trabalho em rede, em conjunto com dispositivos locais, técnicos da assistência social, Vara da Infância e da Juventude, entre outros. A formação profissional a partir do LEVICA, busca capacitar os estagiários para além de uma formação clínica, entendendo a importância de uma formação multifacetada, que inclui habilidades para ministrar palestras com foco em saúde mental em escolas da Baixada Fluminense, participação em cursos de extensão vinculado a pós-graduação da universidade, capacitações em temáticas voltadas para o eixo-teórico do estágio e visitas técnicas a instituições interligadas a assistência (Peixoto; Gauy; Sapienza, 2016)

Algumas atividades desenvolvidas a partir da entrada no LEVICA referem-se à elaboração e participação de oficinas sobre saúde mental na adolescência idealizado para o Setembro Amarelo na escola estadual de Seropédica, o CIEP-155. No qual, ministrei uma palestra sobre manejo da ansiedade e outra sobre bullying; vinculação a um projeto de Pesquisa do Doutorado Marco Aurélio Mentis, intitulado “Uma revisão integrativa sobre a Terapia Focada nas Emoções no tratamento da depressão”, juntamente com outros dois estagiários, envolvendo o processo de revisão da literatura, categorização e escrita do artigo científico. Participei de grupo de estudos, ministrado pela tutora Ilanna Pinheiro, com o objetivo de aprimorar os conhecimentos acerca da Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças, foi utilizado como bibliografia base o livro “A Prática Clínica de Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes”, dos autores Robert D. Friedberg e Jessica M. McClure. Apresentei trabalho na Mostra de Práticas em Psicologia no SUAS (Sistema Único de Assistência Social), juntamente com outro estagiário do LEVICA, com o tema: “Desafios e possibilidades da prática profissional da psicologia no SUAS: questões contemporâneas”, organizado pelo Conselho

Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRP-RJ). Como também, participei de uma ação social de prevenção ao abuso infantojuvenil na AVPM-RJ no dia 18 de maio de 2024, Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de crianças de adolescentes.

Dessa forma, a trajetória profissional demarcada por um trabalho em rede e atravessado pela temática da violência, tem propiciado a construção de um arcabouço profissional e ético para além de uma clínica individualizada e individualizadora. Possibilitou também entender a complexidade do manejo clínico voltado para o público infantojuvenil, ao qual, necessita de um planejamento terapêutico moldado por várias questões, tais como: o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra e experiências vividas pelas mesmas ao longo de seus primeiros anos.

A clínica desenvolvida com crianças vítimas de violência permite conjecturar uma dupla sensibilidade, tanto pelo público-alvo que atende, quanto pelos percalços de vulnerabilidades relacionadas, e o desafio da comunicação com o público infantil.

1. INTRODUÇÃO

A idade do imaginável é descrita por Wallon como o período que abarca toda a infância (Souza, 2018). O brincar assume um papel primordial no desenvolvimento integral da criança, contemplando tanto seu desenvolvimento físico, cognitivo e social quanto um contribuinte ativo na construção da personalidade (Souza, 2018). É através do brincar que a criança se percebe no mundo, projeta a realidade a partir da perspectiva própria e é capaz de desenvolver comunicação, relacionamento interpessoal e estabelecimento da autoestima (Souza, 2018).

O brincar possibilita conhecer a história de vida da criança, é pelo lúdico que ela expressa seus medos, experiências ruins, desejos, frustrações e conceitos que desenvolveu sobre adultos próximos, portanto, a brincadeira se institui como uma situação social, onde há representações sociais que permeiam a realidade da criança (Souza, 2018). Bueno (2010) afirma que enquanto recurso pedagógico, o brinquedo e a brincadeira contribuem para a aprendizagem infantil, pois permite criar um espaço propício para a construção da criatividade, favorecendo a motricidade, a sociabilidade, a inteligência e a afetividade.

Nesse sentido, a relevância do brincar na clínica infantil torna-se essencial como auxílio na condução do diagnóstico e construção da demanda com a criança (Ribeiro; Gomes, 2018; Schmidt; Nunes, 2014; Conti; Souza, 2010; Torres; Meyer, 2003). O brincar em um contexto psicoterápico contribui para acessar o psiquismo da criança, estruturando seu discurso a partir da fantasia e contação de histórias, por exemplo (Conti; Souza, 2010).

Um precursor da clínica infantil, D. W. Winnicott, compreende o brincar como fator determinante para a condução da clínica com crianças, pois para o autor, a “psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas” (Winnicott, 1975, p. 63). Para Winnicott, o ser humano é dotado de uma criatividade em potencial, sendo um componente básico para o desenvolvimento da capacidade de brincar. Essa condição, para o autor, não é própria apenas da infância, mas de todo sujeito. O brincar, dentro da clínica winnicottiana, favorece a busca pelo self verdadeiro, pois a criatividade e espontaneidade, permitem a integração de partes fragmentadas da personalidade (Belo; Scodeler, 2013).

À vista disso, o objetivo geral deste presente trabalho busca levantar e analisar os mediadores linguísticos utilizados na clínica do LEVICA das crianças atendidas na AVPM, no território da baixada fluminense. Averiguando principalmente como o brincar está sendo inserido na clínica a partir de análise documental dos relatórios de atendimento arquivados na ONG e construindo categorias de análise com base nos conceitos de Bardin (2006, 2016). Com

isso, a pergunta norteadora proposta será: O brincar é fator determinante no processo terapêutico das crianças atendidas na Associação Vida Plena de Mesquita? Como também, averiguar quais recursos e/ou técnica(s) lúdica(s) foram mais utilizados no manejo clínico.

2. JUSTIFICATIVA

A temática do brincar na clínica infantil com crianças vítimas de violência ou que estão em situação de acolhimento institucional é escassa na literatura. Mediante pesquisa nas bases de dados, como o google acadêmico, foram encontrados apenas dois artigos que interseccionam os assuntos (Pedroso; Lobato; Magalhães, 2016; Giacomello; Melo, 2011). Sendo mais comum encontrar a relação do brincar na educação infantil ou em contexto hospitalar (Souza, 2018; Souza et al., 2015; Bueno, 2010).

Dessa forma, Ferreira (2020) ao discorrer acerca do comprometimento das funções executivas em decorrência da violência, ressalta a influência do ambiente, a partir da teoria socioconstrutivista de Vygotsky, na formação das bases neurobiológicas da criança, pois o desenvolvimento infantil e a aprendizagem é, conjuntamente, social. Exposição a situações de violência como negligência, maus tratos e abuso sexual podem comprometer áreas como o hipocampo, córtex pré-frontal, corpo caloso e córtex cingulado anterior. A associação entre violência e estresse emocional pode acarretar prejuízos em funções cognitivas como atenção, linguagem e tomada de decisão (Ferreira, 2020).

E da mesma maneira, o brincar na clínica com crianças vítimas de violência pode contribuir efetivamente para o processo terapêutico, pois ao criar um ambiente lúdico, proporciona conforto e segurança para a criança deslocar para o brinquedo, memórias traumáticas, situações antecedentes ao acolhimento institucional, como também, acerca do seu cotidiano na instituição (Pedroso; Lobato; Magalhães, 2016).

A importância de integrar o lúdico na clínica psicoterapêutica como um facilitador do manejo clínico é contribuir para o estabelecimento de vínculo com a criança, portanto, o terapeuta adapta suas propostas a uma linguagem lúdica, permitindo assim, que ocorra comunicação entre ambos, onde a criança consegue expressar suas demandas e possibilita ao terapeuta aplicar técnicas interventivas (Ribeiro; Gomes, 2018; Friedmann, 2011; Conti; Souza, 2010).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde dialoga sobre a importância do vínculo e redes de proteção como ações em combate às violências, sendo primordialmente formado de ações coletivas, tanto das esferas públicas quanto de lideranças comunitárias e, nesse sentido, a clínica do LEVICA e a AVPM, configuram como uma dessas frentes (Silva, 2019; Brasil, 2010).

Como também, compreender como o lúdico contribui para o manejo clínico, pois permite construir um vínculo com a criança e um ambiente favorável que propicie a comunicação entre terapeuta e a criança. Entendendo o brincar como a linguagem infantil e

reveladora do ser criança, respeitando o estágio de desenvolvimento da criança e facilitando o processo terapêutico (Pedroso; Lobato; Magalhães, 2016; Friedmann, 2011; Gadelha; Menezes, 2004):

Se um indivíduo é submetido a um estímulo qualquer que esteja muito acima ou muito abaixo da sua capacidade cerebral, ocorrerá nele um aumento pouco significativo do número de sinapses neuronais. Por outro lado, um bom diálogo entre estimulação e arranjo cerebral é capaz de promover intensa atividade neuroplástica, o que significa também otimizar o desenvolvimento cognitivo. Respeitar as propensões naturais do indivíduo, portanto, pode potencializar o seu desenvolvimento neuropsicológico e cerebral, reduzindo assim o risco de problemas emocionais e comportamentais. No caso da criança, a propensão a ser respeitada é a ludicidade (Fahel; Pinto, 2017).

Em suma, espera-se ampliar o debate do manejo clínico com crianças em situação de violência e a contribuição da ludicidade neste processo, com o intuito de produzir um panorama do brincar a partir dos atendimentos e do público atendido pelos estagiários do LEVICA na AVPM.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Levantar e analisar os mediadores linguísticos utilizados nos atendimentos psicoterapêuticos da clínica conduzida pelo Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA) na AVPM.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar como o brincar está sendo inserido na clínica com crianças;
- Apresentar o perfil dos pacientes atendidos e especificar as denúncias de violência notificadas;
- Indicar em qual fase do processo terapêutico foi utilizado mediadores lúdicos como recurso;
- Descrever quais outros recursos lúdicos e/ou técnicos mediaram o processo psicoterapêutico das crianças atendidas.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Abordagens cognitivas e comportamentais e a prática lúdica

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia do Esquema (TE) são abordagens teóricas que fundamentam o plano terapêutico na clínica do LEVICA. A partir dessas abordagens toda a formação do estagiário é estruturada, e dessa forma, o manejo clínico com crianças é elaborado.

As terapias cognitivas e comportamentais, como propôs Steven C. Hayes, podem ser compreendidas a partir de ondas ou gerações (Azevedo et al., 2022). As terapias de primeira geração são denominadas de comportamentais, datadas do início do século XX até década de 1960, se fundamenta nos preceitos do behaviorismo metodológico e behaviorismo radical e entendiam o processo de observação comportamental como fundamento principal, como também, considerava as influências contextuais. A modificação do comportamento provinha da aprendizagem a partir dos princípios do condicionamento clássico e operante (Azevedo et al., 2022). Por sua vez, a segunda onda pode ser caracterizada por integrar técnicas cognitivas e comportamentais, tendo como enfoque a reestruturação cognitiva, entendendo a influência do pensamento nas emoções e no comportamento (Azevedo et al., 2022). A abordagem cognitiva de Beck se enquadra como terapia de segunda onda (Souza, 2022).

Nesse sentido, a TCC é uma abordagem desenvolvida por Aaron T. Beck na década de 1960, denominada de terapia cognitiva. Inicialmente, sua finalidade consistia em tratar depressão, mas também, ansiedade, fobias e queixas somáticas (Seixas; Lüdtke; Ghisio, 2016). Seu pressuposto básico é o modelo cognitivo, em que se admite que os pensamentos influenciam o comportamento e as emoções dos sujeitos (Beck, 2013). Dessa maneira, a partir de uma reestruturação cognitiva, objetiva-se a mudança de pensamentos disfuncionais que influenciam e desorganizam a vida dos sujeitos, atuando como estruturadores de suas crenças nucleares. E para tal, se utiliza de técnicas terapêuticas para uma maior conscientização da pessoa através da psicoeducação (Beck, 2013).

À posteriori, a terceira onda é definida como uma abordagem empírica e contextualista, com ênfase às funções dos fenômenos psicológicos. Seus pressupostos objetivam processos de mudanças, flexibilização e aceitação (Souza, 2022). Uma variedade de abordagens são derivadas da terceira geração, tais como Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia

Comportamental Dialética (DBT) e Terapia do Esquema (TE) (Azevedo et al., 2022; Souza, 2022).

A TE proposta por Jeffrey Young e colaboradores (2008) é apresentada como uma terapia integrativa que amplia conceitos e intervenções de terapias cognitivas-comportamentais tradicionais. Essa abordagem incorpora técnicas de diversas teorias, como a gestalt, teoria do apego, a própria TCC, entre outros. Dessa forma, compreende o sujeito a partir da sua totalidade, levando em consideração a sua história de vida, com ênfase na infância, esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) e estilos de enfrentamento disfuncionais, como também, técnicas vivenciais e relação terapeuta-paciente como fundamentais para a construção do processo terapêutico (Young; Klosko; Weishaar, 2008).

A implementação das abordagens explicitadas em um contexto clínico infantil pressupõe compreender a influência de variáveis como a “linguagem, capacidade de tomada de perspectiva, capacidade de raciocínio e habilidades de regulação verbal” da criança (Friedberg; McClure, 2007, p. 18) como aspectos que fundamentam a escolha de técnicas e intervenções clínicas. Segundo os autores Friedberg e McClure (2007) jogos, brinquedos, fantoches, contação de histórias, filmes e músicas são recursos úteis no manejo terapêutico com crianças, uma vez que, atuam como mediadores verbais que auxiliam a compreensão da criança aos conceitos psicoterapêuticos que podem parecer demasiadamente abstratos.

Portanto, a construção de uma psicoterapia infantil requer adaptações coerentes com o estágio de desenvolvimento da criança e criatividade, direcionando suas intervenções ao campo do concreto, pois dessa maneira pode haver um maior engajamento e consolidação do que está sendo trabalhando no setting terapêutico. Visto que, “quando as exigências da tarefa terapêutica excedem as capacidades sociocognitivas das crianças, elas podem equivocadamente parecer resistentes, esquivas e até incompetentes” (Friedberg; McClure, 2007, p. 18).

4.2 Relação terapêutica

Em diversos achados acadêmicos, a relação terapêutica mostra-se eficaz e contribui para desfechos terapêuticos bem-sucedidos, independente da abordagem teórica utilizada (Pieta; Gomes, 2017). Os autores, Pieta e Gomes (2017), desenvolvem a concepção de aliança terapêutica a partir de três processos, entre os quais, há o objetivo terapêutico, planejado entre terapeuta e paciente em conjunto; a segunda poderia ser descrita como compreensão empática e por último, o vínculo emocional.

Rogers (1983) formula uma concepção do que seria um ambiente propício para o crescimento na relação terapeuta-paciente e destaca três princípios fundamentais a congruência, a aceitação incondicional e a compreensão empática. Para o autor, a confluência terapêutica nasce no momento em que o terapeuta aceita de maneira plena qualquer que seja a expressividade emocional que o paciente venha a ter, podendo ser estes sentimentos conflituosos, raivosos ou temerosos. Como também, coloca-se de maneira empática no setting terapêutico, apresentando uma escuta, de fato, ativa onde o paciente sinta que está sendo acolhido e compreendido (Rogers, 1983).

Estas condições facilitadoras propostas por Rogers produzem um efeito de maior autenticidade, que primariamente desenvolve-se da dinâmica dual, e posteriormente aflora nos processos subjetivos e individuais do paciente (Rogers, 1983). De maneira semelhante, Pieta e Gomes (2017) apresentam contribuições da psicanálise na concepção do vínculo terapêutico, principalmente a partir das formulações de Freud acerca da dinâmica da transferência, pois sem ela, o processo terapêutico não flui por completo. Acrescentam ainda, contribuições da psicanalista Zetzel com relação ao sucesso da psicoterapia como dependente da relação de confiança entre paciente e analista (Pieta; Gomes, 2017).

A Gestalt-Terapia, a partir de pressupostos humanistas e fenomenológicos, compreende a importância da relação terapêutica a partir do diálogo e trocas relacionais, com envolvimento profundo do terapeuta. A relação é potencializada quando há disponibilidade e abertura por parte do profissional, sem expectativas pré-estabelecidas, se colocando também como pessoa participante desse processo. Dessa forma, uma relação sólida e bem embasada entre psicoterapeuta e paciente, para a Gestalt-Terapia, é quando esta pode transcender uma relação exclusivamente técnica (Oliveira; Vieira, 2015).

Destarte, à luz da Terapia do Esquema (TE), o processo de construção de vínculo se faz de maneira sensível, compreendendo a própria relação terapêutica como um agente de mudança (Wainer et al., 2016). O manejo clínico em TE visa principalmente a disposição emocional do terapeuta com relação ao paciente, pois entende que a confrontação do paciente com seus esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) ou modos desadaptativos podem gerar tensões, desconfortos e angústias (Wainer et al., 2016).

Dessa forma, utiliza recursos que auxiliam a elaboração dos EIDs objetivando formulações funcionais do adulto saudável, sendo estas, a reparentalização limitada e confrontação empática, por exemplo. A reparentalização limitada visa o enfraquecimento dos EIDs experienciando eventos traumáticos sob condução do terapeuta, aspirando uma experiência reparadora. A reparentalização limitada pode ser conduzida a partir de técnicas

vivenciais, como a imagem mental. Com isso, o terapeuta estabelece um vínculo saudável com o paciente, regido pelo afeto, proporcionando uma satisfação das necessidades não atendidas do passado (Wainer et al., 2016).

Assim como, a confrontação empática, promove uma avaliação da realidade de maneira compreensiva e sensível, respeitando o espaço e tempo do paciente na elaboração de seus sofrimentos. Entretanto, essas ferramentas só apresentam valia quando a relação terapêutica estabelece-se como acolhedora, segura e validadora (Wainer et al., 2016).

As contribuições da TCC, de maneira semelhante, versam sobre concepções rogerianas acerca da aceitação incondicional, compreensão empática e congruência (Beck, 2013). A postura do terapeuta, embasado nesses conceitos, podem ser demonstrados a partir de tom de voz, escolha de palavras e linguagem corporal. Uma característica determinante da TCC é a construção colaborativa que se faz entre terapeuta-paciente acerca do tratamento, juntos estipulam os objetivos a serem alcançados, estrutura da sessão, frequência das sessões, entre outros aspectos (Beck, 2013).

A relação terapêutica na TCC entende a relevância da participação ativa do paciente, o que contribui para um plano de tratamento individualizado, pautado no contexto de cada indivíduo e seus diferentes recortes culturais, sociais, de idade e gênero. Dessa maneira, a aderência à psicoterapia torna-se muito mais eficaz (Beck, 2013).

Da mesma maneira, a Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes defende a pertinência acerca da relação terapêutica. Friedberg e McClure (2007) entendem por meio da descoberta guiada e do empirismo colaborativo meios de acesso a crianças. Pois promove um espaço onde a criança e o adolescente se sentem importantes, pertencentes e protagonistas do processo terapêutico, entendendo que suas opiniões e contribuições também possuem grande valia.

Dessa forma, é possível compreender a clínica infantil não apenas pela mediação do brincar, mas também pela importância de um vínculo bem construído. Ou seja, se o brincar fosse uma casa, os alicerces do manejo clínico seriam o vínculo.

4.3 A importância do brincar na clínica infantil

Tizuko M. Kishimoto (2017) em “O jogo, brinquedo, brincadeira e a Educação” discute a significação dos termos e os caracteriza não como sinônimos, mas os diferenciando a partir de características únicas. A definição defendida por Kishimoto, enquadra o jogo como um

sistema de regras inserido em um contexto social específico, ou seja, jogar xadrez, amarelinha, dominó, baralho ou futebol podem ser qualificados pelo seu funcionamento a partir das regras. Porém, a maneira como cada cultura irá estabelecer esses sistemas relaciona-se com a forma de projetar a vida cotidiana simbolicamente (Kishimoto, 2017).

Presumir a característica simbólica e contextual do jogo, requer contemplar seu entendimento, também, a partir da linguagem, pois o meio social faz-se de pessoas que pensam, constroem e falam de maneira semelhante. A língua, nesse sentido, funciona como “instrumento de cultura” e no caso do jogo, constrói seu sentido a partir do contexto, estilos de vida e valores sociais, alicerçado na linguagem (Kishimoto, 2017, p. 16).

É esta propriedade que atribui ao jogo significações divergentes a depender da época e localidade, podendo ser vista ora como inútil ora como pedagógica, pois sua validade está diretamente relacionada a maneira como a sociedade a concebe (Kishimoto, 2017).

Em continuidade, o brinquedo pode ser definido como instrumento que media o brincar e a partir da sua utilidade, ou seja, funciona como um substituto de objetos reais. O brinquedo permite a representação de conceitos e ideias pautados na realidade. Este aspecto representacional permite a evocação de algo mesmo na sua ausência. Esta qualidade do brinquedo permite a reprodução do dia a dia da criança, não de maneira literal, mas dotada de doses imaginativas (Kishimoto, 2017).

Enquanto brincadeira pode ser entendida como ação, uma atividade livre, despreziosa, baseada na imaginação. Sua característica primordial é ter um fim em si mesmo, não objetivando resultados específicos. A brincadeira requer também uma posição de exploração de novas ideias, novos comportamentos e solução de problemas, o que permite à criança tornar-se mais flexível (Kishimoto, 2017).

Kishimoto (2017) também elenca a brincadeira pela sua propriedade educativa. Esta dimensão pedagógica expressa seu valor para o desenvolvimento infantil e em contextos de ensino-aprendizagem. Essa interação integra processos afetivos, cognitivos, físicos e sociais, ao “permitir a ação intencional, a construção de representações mentais, a manipulação de objetos e o desempenho de ações sensório-motoras e as trocas nas interações”, respectivamente (Kishimoto, 2017, p. 26).

Para a educadora, o brincar enquanto ação pedagógica acontece quando o adulto cria situações lúdicas a fim de incentivar a aprendizagem de algo. O ato de brincar incorpora aspectos da motivação, do prazer e da vontade própria e esta possui grande valia na construção do conhecimento infantil (Kishimoto, 2017).

De maneira semelhante, o brincar se apresenta como recurso eficaz na clínica com crianças na medida em que o brinquedo e o jogo tornam-se mediadores na facilitação da linguagem, tanto para a criança se expressar e ser entendida, quanto para o terapeuta realizar uma intervenção com a criança (Silva, 2021). Para Silva (2018), o mundo da criança não é feito de objetos, e sim de brinquedos, portanto, a partir de uma perspectiva linguística, entende a realidade incorporada pela linguagem, logo, o brincar constitui-se como parte integrante dessa realidade. A ludicidade pode se tornar um canal de comunicação na medida em que “a linguagem captura o corpo e comanda o brincar” (Silva, 2018, p. 87). À vista disso, há uma diversidade de abordagens que centralizam a importância da ludicidade no manejo clínico com crianças (Silva, 2021; Ribeiro; Gomes, 2018; Lima; Lima, 2015; Schimidt; Nunes, 2014; Belo; Scodeler, 2013; Brito, 2012; Conti; Souza, 2010; Gadelha; Menezes, 2004; Torres; Mayer, 2003).

Em uma perspectiva psicanalítica, uma autora que ganha bastante notoriedade na clínica infantil é Melanie Klein ao elaborar uma técnica lúdica como recurso para análise da expressividade infantil através do brincar (Silva, 2018). A perspectiva kleiniana afirma que a criança também é dotada de angústias e culpa e esses conceitos podem ser observáveis e analisados sistematicamente através da brincadeira, pois as associações feitas não se fazem, em grande parte por verbalizações, como na condução clínica característica com adultos (Silva, 2018).

Para Melanie Klein, os jogos e as brincadeiras constituem uma forma simbólica através do qual crianças externalizam seus desejos, fantasias e experiências e o brincar pode ser interpretado tal qual os sonhos em Freud (Silva, 2018). Para Klein, o brincar é o “meio de expressão mais importante da criança” (Klein, 1981, p. 31). Configura-se, portanto, como uma linguagem própria e característica da criança e que demanda interpretação (Silva, 2018). E nesse momento em que “a criança age ao invés de falar” (Klein, 1981, p. 32) é crucial a condução do terapeuta para elaboração do conteúdo expresso pela criança a partir do brincar (Silva, 2018).

Ainda pela abordagem da Psicanálise, D. W. Winnicott é outro autor com bastante relevância no tema acerca do brincar na clínica (Silva, 2018). Segundo Winnicott não existe trabalho terapêutico pleno com crianças que não perpassa pelo brincar, dessa forma, “onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que é” (Winnicott, 1975, p. 59).

Para Winnicott, a perspectiva do brincar é intrinsecamente terapêutica (Silva, 2018). A centralidade da sua teoria refere-se ao brincar e o objeto manuseado pela criança, no sentido de

que a importância maior é concernente à prática em si e não ao conteúdo da brincadeira, pois apenas pelo ímpeto de querer brincar, a ação já é em si mesmo um ato terapêutico, mesmo sem a presença do psicoterapeuta, com valor “autocurativo” (Silva, 2018; Winnicott, 1975, p. 70). E nesse caso, o papel do terapeuta é entendido como de mediador nesse processo que propicie uma “experiência criativa” da criança (Silva, 2018, p. 65).

Uma outra abordagem bastante expressiva é a Terapia Comportamental Infantil (TCI), que possui como enfoque principal a utilização de brincadeiras como recurso terapêutico para treino de habilidades e interações sociais (Gadelha; Menezes, 2004). Denominada de “estratégia lúdica” a implementação do brincar inclui a utilização de jogos, histórias, música, massa de modelar, desenhos, fantoches, entre outros; objetivando estabelecer o vínculo terapêutico, avaliar nível de desenvolvimento da criança e estipular demandas, entendendo a importância da participação ativa da criança nesse processo (Monteiro; Amaral, 2020).

A estratégia lúdica se apresenta como instrumento alternativo ao relato verbal por compreender que diferentemente da terapia com adultos, o repertório verbal e a percepção clara sobre os próprios sentimentos e comportamentos disfuncionais ainda é limitado, demandando nesse caso, um recurso auxiliar para facilitação da condução terapêutica. Essa busca por alternativa ao discurso oral, confere a possibilidade do tratamento não permanecer restrito unicamente pela visão dos responsáveis, pois através do brincar a criança pode expressar seus desconfortos, problemas escolares e demais demandas (Gadelha; Menezes, 2004).

Nesse sentido, um estudo de caso realizado por Torres e Meyer (2003) permitiu analisar a eficácia do brincar como um facilitador da construção da demanda clínica com uma criança de 11 anos e sua devida intervenção em terapia comportamental infantil. Utilizou-se como recurso lúdico o jogo de percurso, ao que foi possível fazer o paciente enxergar seus comportamentos disfuncionais na escola e relatar problemas familiares, principalmente relacionados ao pai. Semelhantemente a um jogo de tabuleiro, elaborado em conjunto entre terapeuta e paciente, foi possível conhecer pela perspectiva de D. o que motivava suas ações (fruto de discriminação dos colegas de classe) e a dinâmica parental disfuncional (Torres; Meyer, 2003).

Harber e Carmo (2007) evidenciam a importância do fantasiar na clínica comportamental infantil como recurso diagnóstico e interventivo. A partir da história fantasiosa a criança desloca o discurso de si mesmo para o personagem e, dessa forma, é possível compreender aspectos da realidade da criança, como dinâmica familiar, ambiente escolar, relações sociais e autoconceito (Harber; Carmo, 2007). Isto posto, ao realizarem um estudo com quatro psicoterapeutas, os autores averiguaram a partir dos relatos, por unanimidade o fantasiar

é utilizado na clínica e contribui para estabelecer o vínculo com o paciente, conhecer sua história de vida e favorece a comunicação entre a criança e o profissional (Harber e Carmo, 2007).

Ainda nesta perspectiva, Conti e Souza (2010) apresentam o fantasiar como modalidade diagnóstica através de testes e técnicas projetivas, tais como, o CAT, TAT, fábulas de Düss, Teste das Relações Objetivas e demais desenhos e histórias. Estas técnicas permitem e objetivam a estruturação do discurso infantil através do ato de contar histórias, construir personagens e caracterizá-los, criar ambientações e dinâmicas relacionais. Todos esses processos confluem para um maior conhecimento do universo psíquico da criança (Conti; Souza, 2010).

Da mesma maneira, Monteiro e Amaral (2020) conduziram uma pesquisa com vinte sete psicólogos que atendem crianças a fim de investigar as estratégias lúdicas utilizadas na clínica através de dois formulários eletrônicos. Os resultados apontam que 44% da amostra utiliza recurso lúdico em todas as etapas da terapia, porém em categorias como “contato inicial” a porcentagem sobe para 88%. Ainda sobre o tipo de estratégia lúdica utilizada, o formulário apresentava categorias como “jogos de carta”, “jogos de tabuleiro”, “atividades manuais”, “histórias, fantasias” e “outros” e obteve como resposta o expressivo número de 96% dos participantes utilizam atividades manuais (Monteiro; Amaral, 2020).

Dentre as demais categorias, 92% dos participantes empregam jogos de carta e tabuleiro, enquanto 84% dispõem de histórias, fantasias e dramatizações (Monteiro; Amaral, 2020). Os recursos utilizados em cada uma das categorias podem ser descritos a partir da utilização de desenhos (17%), mencionado em 21 respostas, com intuito de reconhecer e nomear sentimentos, por exemplo. Em atividades manuais apareceram recorte e colagem, confecção de livros, massinha de modelar, tinta, entre outros, como forma de trabalhar restrição sensorial, coordenação motora e capacidade de abstração (Monteiro; Amaral, 2020).

Em continuidade, jogos estruturados (39%) foram citados em 49 respostas, como por exemplo o baralho das emoções, objetivando estimulação de repertórios de atenção, memória e concentração; identificação e expressão dos sentimentos; seguimento de regras e trabalhar sentimentos de frustração (Monteiro; Amaral, 2020). Por fim, histórias, fantasias e dramatizações (25%) apareceram em 31 respostas, utilizando como recurso fantoches, livros infantis, *RolePlay*, teatro, história em quadrinhos, bonecos, entre outros, com intuito de trabalhar assertividade, comunicação e outros comportamentos alvo, relacionar a alguma situação difícil que a criança esteja passando, prepará-la para um novo ambiente, como também, contribuir para a conceituação de caso (Monteiro; Amaral, 2020).

O uso de recurso lúdico pode ser observado também na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças a partir de técnicas e recursos como livros, desenhos, role-play, baralho das emoções, jogos, entre outros, visando o processo diagnóstico e interventivo, bem como a facilitação do vínculo (Ribeiro; Gomes, 2018). Os autores apresentam como exemplos os livros “Porque vou à terapia”, das autoras Maria G. Caminha e Luciana A. Tesser, e “O monstro do problema”, de Cynthia B. de Moura e Paula F. da Cunha, como instrumentos facilitadores e com linguagem acessível ao público infantil acerca do entendimento do processo terapêutico, explicar o papel do terapeuta e identificar possíveis demandas de forma lúdica (Ribeiro; Gomes, 2018).

A Gestalt-Terapia também compreende o brincar como um facilitador na clínica infantil (Lima; Lima, 2015). A partir da abordagem gestáltica compreende-se o predomínio da linguagem lúdica em detrimento da linguagem verbal, pois esta ainda está em processo de formação ou estruturação, portanto o brincar apresenta-se como o meio possível de comunicação da criança com o externo, e nesse caso em específico, com o terapeuta (Lima & Lima, 2015). O brincar é também entendido como um recurso capaz de conduzir a criança a um funcionamento saudável novamente (Lima; Lima, 2015).

Como também, a ludoterapia a partir da abordagem centrada na pessoa ou Ludoterapia Centrada na Criança (LCC), apresentada por Virgínia M. Axline configura-se como importante contribuição para o tema (Brito, 2012). Axline contempla o brinquedo e o jogo como “meio natural de auto expressão da criança” (Axline, 1984, p. 22) e concebe o brincar como canal de comunicação por onde a criança se expressa (Brito, 2012). A partir dessa concepção, compete conjecturar que se os adultos utilizam da fala para se expressar na terapia, com crianças o modo de conexão estabelecido com o terapeuta, faz-se a partir do brincar (Brito, 2012).

Com isso, a partir das abordagens explicitadas e demais autores referenciados observa-se a implementação e integração do fenômeno lúdico (Friedmann, 2011) como parte atuante e essencial na clínica com crianças. O brincar, em um contexto terapêutico, configura-se como esse mediador com crianças que estão na terceira infância, onde seu pensamento e condução lógica já possuem bases sólidas, porém ainda não são capazes de elaborar conceitos abstratos como o sentimentos e pensamentos (Piaget, 2013; Papalia; Feldman, 2013). Demandando, necessariamente, de mediadores lúdicos para que o diálogo terapêutico possa acontecer (Conti; Souza, 2010).

4.4 Desenvolvimento infantil

Os desenvolvimentistas ou cientistas do desenvolvimento buscam compreender os processos e etapas que o ser humano vivencia ao longo do ciclo de vida. A partir dessa teoria, entende-se o ser humano de uma maneira global, integrando aspectos cognitivos, físicos e psicossociais. E como cada um desses aspectos interagem entre si sendo influenciados pela genética e o meio (Papalia; Feldman, 2013).

Cada etapa do ciclo de vida vai se constituir a partir de marcos desenvolvimentais determinantes que propulsionam o estágio seguinte. Papalia e Feldman (2013) caracterizam esse processo a partir dos conceitos de período crítico e período sensível. Sendo o período crítico considerado um espaço de tempo onde a presença ou ausência de determinado marco, afeta o período de desenvolvimento (Papalia; Feldman, 2013). De maneira similar, o período sensível indica momentos propícios para assimilação de experiências significativas de vida (Papalia; Feldman, 2013).

Nesse sentido, os aspectos físicos que demarcam a terceira infância, incluem aumento da altura e peso, crianças nas idades entre 6 aos 11 anos podem crescer de 5 a 7,5 centímetros (Papalia; Feldman, 2013). Assim como, o desenvolvimento de habilidades motoras se aprimora, executando com mais facilidade movimentos de salto, equilíbrio e jogos que requerem performance física. Um estudo realizado por Rocha, Rocha e Bertolasce (2010) buscou analisar os efeitos da atividade física no desenvolvimento motor de crianças na terceira infância, utilizando a escala de desenvolvimento motor Rosa Neto (2002), que visa avaliar motricidade fina e global, esquema corporal (imitação de postura, rapidez), organização temporal, organização espacial e equilíbrio. O estudo concluiu que a idade motora global (IMG) e o quociente motor global (QMG) foram maiores no grupo de crianças praticantes de futsal a mais de 6 meses em detrimento das iniciantes, mostrando uma associação positiva entre exercício físico e desenvolvimento motor (Rocha; Rocha; Bertolasce, 2010).

A atividade lúdica também é responsável por potencializar o desenvolvimento motor de crianças, relacionado ao controle muscular, equilíbrio e coordenação motora (Fahel; Pinto, 2018). Nessa etapa da vida, há também um maior amadurecimento nas regiões cerebrais, como perda de densidade da massa cinzenta, o que possibilita a maturação de diversas funções cognitivas superiores como atenção, pensamento, linguagem e estados emocionais (Papalia; Feldman, 2013).

Entretanto, é importante destacar que cada um desses aspectos citados é influenciado por fatores externos como subnutrição ou desnutrição, por exemplo, que de acordo com

relatório acerca da situação mundial da infância da UNICEF (2019) pode ocasionar baixo crescimento, comprometimento no desenvolvimento cognitivo e déficit na atenção escolar. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) afirma que as DSS são influenciadas diretamente por fatores culturais, econômicos, sociais, étnico-raciais e comportamentais, como práticas alimentares (Garbois; Sodré; Araújo, 2017).

Da mesma maneira, há diversas mudanças no campo cognitivo. Baseado na teoria piagetiana, Papalia e Feldman (2013) apontam que crianças pertencentes a terceira infância, no estágio operacional concreto, aprimoram suas habilidades de raciocínio dedutivo e indutivo, conceitos de categorização, causalidade e noções espaciais, como por exemplo, facilidade na leitura de mapas (Papalia; Feldman, 2013), divisão em categorias como a seriação de objetos por peso, cor, altura, etc; conseguem elaborar raciocínios do particular para o geral e vice-versa, como também, já são capazes de internalizar suas ações, ao que Piaget chamou de pensamento (Papalia; Feldman, 2013).

De acordo com Cavalcante et al. (2020), a cognição pode ser desenvolvida através da interação da criança com o meio, visto que, a partir da mediação com pessoas, lugares e objetos a aprendizagem é favorecida, a percepção do mundo é ampliada e a partir desse contato, a construção de repertório e habilidades diversificadas. E nesse contexto, Lucisano (2021) aponta a importância do ato de brincar no desenvolvimento infantil, o “brincar estimula as atividades executivas porque envia diversos impulsos para o córtex frontal, o que auxilia o desenvolvimento da memória contextual, habilidades sociais e flexibilidade cognitiva” (Lucisano, 2021, p.29, 30).

Igualmente, a brincadeira auxilia no fortalecimento de conexões neurais entre o sistema límbico e neocórtex, responsáveis pela tomada de decisão, raciocínio lógico e emoções (Lucisano, 2021). Segundo a autora, um estudo canadense desenvolvido com roedores constatou que aqueles que brincavam quando filhotes apresentaram córtex pré-frontal com conexões neuronais mais maduras em comparação aos ratos privados de brincar (Lucisano, 2021; Brown, 2009).

Conciliado a isso, a partir dos aspectos psicossociais, a brincadeira também contribui para o desenvolvimento de habilidades sociais, visto que na terceira infância, comportamentos pró-sociais se estabelecem de maneira mais pertinente (Papalia; Feldman, 2013). Nesse sentido, através do brincar vínculos afetivos são formados, regras de convivência são elaboradas e assimiladas, há maior presença de interações cooperativas, como também, apreensão e transmissão da cultura (Fahel; Pinto, 2018). A brincadeira também favorece o estímulo à autonomia, espontaneidade, adaptabilidade, relaxamento e motivação (Fahel; Pinto, 2018).

A partir disso, outros aspectos psicossociais característicos dessa etapa do desenvolvimento também se manifestam e relacionam-se às noções de identidade caracterizadas por sistemas representativos. Crianças entre 7 e 8 anos começam a apresentar comportamentos mais sociáveis e suas concepções de autoconceito, autovalor e noções de competência importam mais, pois suas habilidades de avaliação pessoais estão mais realistas e conscientes (Papalia; Feldman, 2013). Erikson classificou esse estágio da vida pela diligência *versus* inferioridade e destaca a importância da criança se sentir útil, buscando integrar o aprendizado da educação formal ao que é almejado e valorizado no mundo adulto, nessa fase começam as elaborações sobre profissões (Rabello; Passos, 2008). A dimensão psicossocial é fortemente influenciada pela cultura que a criança está inserida, família, recortes étnico-raciais, socioeconômicos, entre outros.

Souza (2018) compreende a brincadeira como um lugar social, onde a criança é capaz de reproduzir a realidade a sua volta, representando o mundo adulto através da imaginação e da imitação. O brincar se configura como um meio para a expressividade infantil, onde ela consegue expor seus medos, frustrações, desejos e vontades (Souza, 2018). O brincar, portanto, possui uma função socializadora e integradora (Souza, 2018).

Nesse sentido, o estudo do desenvolvimento humano pode ser compreendido segundo diferentes óticas e teorias, cada uma concebendo o processo desenvolvimental a partir de pressupostos evolucionistas, socioconstrutivistas, behaviorista, entre outros (Papalia; Feldman, 2013).

4.4.1 Teóricos do Desenvolvimento Infantil

A teoria do desenvolvimento intelectual de Piaget (2013), contribui para o entendimento do processo de desenvolvimento infantil a partir da concepção da inteligência. Entende-se a inteligência como um estado ativo, ou seja, a pessoa possui um papel participante e central no seu processo de desenvolvimento. Da mesma maneira, é caracterizada como um estado harmônico para onde todas as estruturas cognitivas convergem e não como uma categoria isolada em si mesmo (Piaget, 2013). Esse processo requer um constante estado de adaptação ao meio, e Piaget relaciona dois outros subprocessos como parte desse equilíbrio, a acomodação e a assimilação. A acomodação relaciona-se a mudanças que o organismo realiza para se adaptar aos estímulos ambientais, enquanto a assimilação refere-se à internalização dos processos exteriores à sua estrutura (Piaget, 2013).

Dessa forma, Piaget desenvolve sua teoria a partir de etapas ou estágios de desenvolvimento que crianças vivenciam desde o nascimento até a fase adulta. Sendo essas etapas respectivamente: Sensorio Motor (0-2 anos); Pré-Operacional (2-6 anos); Operacional Concreto (7-11 anos); e Operacional Formal (12 anos em diante). A partir dessas etapas, é possível compreender o desenvolvimento infantil a partir da integração de processos subsequentes que visam a reestruturação do equilíbrio, entretanto, cada estágio não é fixo e determinista, dependendo das oportunidades do meio como agente influenciador (Ferracioli, 1999).

De acordo com Pozas (2012) na teoria piagetiana, a brincadeira é concebida como ação assimiladora, pertencendo igualmente ao processo de equilíbrio da inteligência, enquanto aprendizagem. Para Piaget (1971), os jogos podem ser compreendidos a partir do símbolo, exercício e regra. Os jogos simbólicos são descritos como assimilação deformante, pois a realidade pode ser assimilada de acordo com o nível cognitivo infantil, proporcionando a criança adentrar o mundo social que se complexifica gradativamente, permitindo que a partir dessa realidade inventada, posteriores abstrações sejam possíveis (Pozas, 2012). Enquanto os jogos de exercício podem ser caracterizados pela assimilação funcional, isto é, a possibilidade de algo se repetir de maneira funcional. Nesse sentido, a atividade lúdica realizada de maneira repetitiva, propicia a criação de hábitos, que futuramente serão as condições para formação das operações mentais (Pozas, 2012). E os jogos de regra constituem-se dos dois jogos anteriores, caracterizando-se pelo seu aspecto coletivo, onde acontece a assimilação recíproca pela interdependência de quem joga (Pozas, 2012). Para a autora, “os jogos de exercício são a base para o como; os simbólicos, para o porquê das coisas; e os de regra, uma coordenação entre ambos” (Pozas, 2012, p. 29).

Por outro lado, Vygotsky (1994), teoriza sobre a relação entre desenvolvimento e aprendizado de crianças em idade escolar a partir do conceito de zona do desenvolvimento proximal (ZDP). A ZDP é caracterizada pela distância entre o que a criança já assimilou enquanto aprendizado, ou seja, seu nível de desenvolvimento real, e seu nível de desenvolvimento potencial, isto é, ações que a criança ainda precisa de auxílio para realizar mediado por um adulto ou em colaboração com crianças mais experientes (Vygotsky, 1994). Nesse sentido, a criança não se desenvolve isolada do meio e da cultura, há uma interação que acontece e atua diretamente na maneira como as estruturas psicológicas da criança irão maturar. E essa troca se dá a partir de mediações de instrumentos e signos, como por exemplo, a brincadeira e o lúdico (Pozas, 2012).

Vygotsky acreditava que o brinquedo proporcionava às crianças uma grande quantidade de andaime conceitual, permitindo-lhes funcionar na extremidade mais alta de sua ZDP. Se solicitadas a fingir ser uma estátua, as crianças provavelmente são capazes de permanecer imóveis por mais tempo do que se solicitadas a simplesmente permanecer paradas. As “regras” de ser uma estátua fornecem apoio para as capacidades reguladoras emergentes das crianças (Papalia; Feldman, 2013, p. 272).

Para Vygotsky (1994) o desenvolvimento infantil está intrinsecamente relacionado ao brincar, isto é, a motivação que direciona a ação, pois a partir dele permite satisfazer certos desejos que não podem ser supridos de imediato. Para o autor, o que propicia o avanço para estágios do desenvolvimento posteriores é o incentivo, o impulso, a instigação do irrealizável que se faz a partir do ato de brincar (Vygotsky, 1994). Além disso, propõe que o brincar seja composto por regras de comportamento, pois uma criança que brinca de ser mãe, irá respeitar as regras do comportamento maternal observável e representá-las (Vygotsky, 1994). E esse processo é fortemente marcado pela separação do significado da palavra em relação à função dos objetos, em outros termos, crianças são capazes de designar seu comportamento para além da percepção do objeto em si, considerando o seu significado no contexto da brincadeira, como por exemplo, um cabo de vassoura torna-se um cavalo (Vygotsky, 1994). Ou seja, as ações partem do campo das ideias e não mais pelos objetos, porém, ainda precisa do objeto concreto como recurso para a imaginação. Nesse viés, a criança se relaciona com o significado atribuído, a ideia elaborada, e não meramente pelo que vê (Vygotsky, 1994).

A atividade lúdica também proporciona um controle dos impulsos infantis, para Vygotsky (1994), ao estipular regras à brincadeira, a criança almeja segui-las pela satisfação de cumpri-las, desenvolvendo autocontrole a arroubos imediatos, e dessa maneira, posteriormente essas aquisições estarão presentes em estágios elementares da ação real e moralidade (Pozas, 2012).

Importante citar também as contribuições de Wallon sobre a concepção do desenvolvimento infantil. Henri Wallon tece sua teoria a partir da perspectiva materialista histórico-dialética, circunscrevendo a importância do contexto sócio-histórico e das relações na contribuição do desenvolvimento infantil. O autor entende o estágio infantil como imerso em um mundo simbólico e cultural e essa apreensão inicial do mundo depende do outro (Souza, 2018).

Para o autor, existe uma relação direta entre inteligência, motricidade e afetividade. “É a comunicação emocional que dá acesso ao mundo adulto, ao universo das representações coletivas. A inteligência surge depois da afetividade e das condições da motricidade” (Pozas, 2012, p. 16). Para Wallon, a afetividade constitui uma das formas mais elementares do

desenvolvimento humano e compreende a construção do conhecimento a partir do vínculo afetivo, funcionando como processos indissociáveis. Esse espaço construído a partir dos afetos, possibilita a formação de espaços seguros, onde a criança se sente confortável para expressar dúvidas e questionamentos, entendendo esse processo como uma co-construção, regida pela afetividade e pela interlocução com o outro (Santos; Junqueira; Silva, 2016).

A formação da personalidade é fortemente marcada pelo brincar e pelo brinquedo, para Wallon, o lúdico atua de maneira central na construção do eu e contribui para o desenvolvimento cognitivo, motor, social e afetivo (Souza, 2018). Considerada como a idade do imaginável, nessa fase da vida, a criança representa a sua realidade a partir do brincar, espelhando o mundo adulto, dialogando com outras crianças, aprimorando sua confiança e fortalecendo a autoestima (Souza, 2018).

Em suma, é fundamental conceber a criança em sua concepção global. Na clínica, é imprescindível e indispensável levar em consideração o estágio do desenvolvimento que a criança se encontra. Pois, suas habilidades comportamentais, arcabouço emocional, funções cognitivas e capacidade de abstração ainda estão se desenvolvendo e maturando, portanto, o trabalho desenvolvido na clínica não deve ser voltado apenas para concepções puramente técnicas, devem, antes de tudo, proporcionar um ambiente acolhedor e acessível ao entendimento infantil. A comunicação acontece quando há troca, e no caso de um público infantil, essa troca requer adaptação a uma linguagem acessível e lúdica.

4.4.2 Impactos da violência no desenvolvimento infantil

O Ministério da Saúde configura violência contra crianças como “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (Brasil, 2010, p. 28). E as define a partir de tipos e naturezas da violência. Quanto aos tipos, estas podem ser autoprovocadas, interpessoal, como intrafamiliar e comunitária; e coletiva, por parte da esfera social, política e/ou econômica. E quanto à natureza, podem ser de ordem física, psicológica, sexual e negligência/abandono (Brasil, 2010).

a idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência, a frequência, a duração, a natureza, a gravidade da agressão, o vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima, a representação do ato violento pela criança ou pelo adolescente, ou ainda as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras, determinam o impacto da violência à saúde para esse grupo etário (Brasil, 2010, p. 35).

A violência na infância acarreta prejuízos indeterminados, a depender da sua origem, podem afetar aspectos comportamentais, sociais, emocionais e cognitivos como a memória, atenção e linguagem; déficits na aprendizagem, performance social e manifestação de transtornos da personalidade, depressão e estresse pós-traumático (Pasian, 2012; Silva, 2019). Seus efeitos e danos podem aparecer no curto, médio ou longo prazo, como também, podem acarretar déficits no desenvolvimento do hipocampo, amígdala, demais áreas límbicas e lobo frontal (Pasian, 2012).

Pasian (2012) elucida sobre o impacto das negligências na infância sob a ótica do desenvolvimento infantil e discorre sobre a dificuldade de delimitar o conceito de negligência na literatura (Pasian, 2012). No entanto, o define como falta de cuidado e assistência às necessidades básicas com relação à saúde, alimentação, afeto, educação, necessidades emocionais e sociais. Não sendo considerado o aspecto intencionalidade como intrínseco ao fenômeno da negligência, porém, caracteriza-se pela omissão do cuidado (Pasian, 2012). A autora também problematiza acerca de quais atos podem ser enquadrados como omissão, logo, negligência que necessita de responsabilização, pois é um fenômeno complexo e deve ser considerada as variáveis de contexto, como por exemplo, a compreensão dos responsáveis sobre a situação e programas e serviços de qualidade na comunidade (Pasian, 2012).

Segundo Pasian (2012), os prejuízos mencionados devido à negligência e maus-tratos em crianças, podem representar evitação comportamental e social frente ao ambiente exposto, da mesma forma, podem apresentar dificuldade de concentração, organização e planejamento, portanto, pode haver alta taxa de desistência com relação a proposta de atividades a serem realizadas. Pode ser observado também uma tendência maior ao isolamento e déficits no desenvolvimento da fala, tendo como consequência uma maior dificuldade na comunicação e expressividade. Sendo igualmente observado uma disfunção e desregulação em respostas emocionais, como em momentos de frustração, conflitos ou regulação de emoções como raiva ou medo (Pasian, 2012; Brasil, 2010).

A autora também aponta para o perigo de atrelar casos de negligência à pobreza, como em casos que envolvem inviabilidade de cuidado à criança devido à ausência de recursos financeiros, poderia ser caracterizado como “negligência estatal” (Pasian, 2012, p. 30). Pois, mesmo a situação de pobreza e extrema pobreza configurarem situações vulneráveis e que podem gerar fatores de risco, a negligência pode aparecer independente do status social e/ou econômico, sendo “resultado de déficits nas habilidades parentais” (Pasian, 2012, p. 32). Portanto, há muitas variáveis econômicas, sociais, psicológicas e comunitárias que devem ser levadas em consideração ao construir a queixa de negligência infantil (Pasian, 2012).

De acordo com a Fundação Abrinq (2021), mais de 1 milhão de crianças estão em situação de trabalho infantil, correspondendo a 4,6% do total dessa população. Atualmente no Brasil somam-se quase 70 milhões de crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos. E de acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2020, os dados apontam que mais de 30 mil crianças e adolescentes encontravam-se em situação de acolhimento institucional devido a negligências (30%), conflitos familiares (15%) e drogadição de familiares (8%).

Silva e Gonçalves (2019) realizaram um estudo traçando o perfil de crianças e adolescentes vítimas de violência no território da baixada fluminense -RJ, a partir de dados e relatórios disponibilizados pelo Conselho Tutelar de um município da região. Dentre os 174 casos notificados, compreendendo os períodos entre 2017 e 2018, 57 casos (32,7%) referiam-se à negligência; 52 casos (29,8%) à violência física; 39 (22,4%) à violência psicológica; 17 casos (9,7%) à violência sexual e 7 (5,4%) correspondiam a outras formas de violência não especificadas no estudo (Silva; Gonçalves, 2019).

Foi possível constatar também algumas inconsistências nos dados, sendo o mais notório, a falta de informação acerca do perfil étnico-racial das vítimas, que em 112 fichas analisadas, 96,4% (108 casos) não constava essa informação, sendo tratado pelos autores como dados ignorados e, dessa maneira, não foi possível averiguar o recorte racial dos resultados coletados (Silva; Gonçalves, 2019).

Isto posto, com base nos dados apresentados, é possível inferir que para combater a desassistência e desamparo à criança requer entender a dimensão coletiva do problema, objetivando alcançar mais de uma esfera a fim de garantir a segurança e os direitos da criança. Portanto, é necessário a atuação ativa da família nuclear e extensa, da escola, da assistência e demais dispositivos de proteção (Brasil, 2010).

Destarte, o brincar é descrito pelo ECA como um dos direitos da infância, no Art. 16 acerca do direito à liberdade engloba “brincar, praticar esportes e divertir-se” (Brasil, 2022, p. 20). Portanto, entende-se como um direito fundamental e essencial próprio da fase que compreende a infância.

Adriana Friedmann (2011) descreve o fenômeno lúdico como o espaço vivido pelas crianças que brincam e é demarcado pelo contexto, época, lugar e identidade das crianças que as fazem. A ludicidade, para a autora, é um veículo importante por onde é possível potencializar a voz das crianças e poder ouvi-las (Friedmann, 2011). O fenômeno lúdico contempla os valores da cultura e apresenta como exemplo que para crianças de comunidades ribeirinhas a brincadeira se apresenta mais no processo de construção e confecção dos brinquedos, do que o

brinquedo em si, enquanto crianças que ganham brinquedos industrializados, são mais apegadas ao objeto em si (Friedmann, 2011).

O fenômeno lúdico é carregado de simbolismos e podem transmitir através das brincadeiras o que as crianças sentem, pensam e como enxergam seu entorno e pessoas do seu convívio, é como se expressam. E assim como existe a linguagem da arte, da música e do corpo, existe também, a “linguagem da expressividade lúdica, da brincadeira” (Friedmann, 2011, p. 89):

(..) Por meio das suas manifestações e expressões espontâneas que ‘deveriam’ ser mediadoras, trazerem consciência para o adulto desde universo não verbal, não literal que constitui a fala oculta, silenciosa, mas importantíssima, porque expressiva, profundamente verdadeira e humana do ser das crianças (...) cada situação de faz de conta, cada “diálogo lúdico”, cada pintura, desenho gesto, expressão corporal cria um universo, o universo infantil, universal e particular ao mesmo tempo; natural e cultural; um universo complexo, ao mesmo tempo incerto e coerentemente organizado, com uma organização interna que precisamos aprender a “ler” (Friedmann, 2011, p. 85).

Consequentemente, o brincar pode contribuir para a clínica com crianças ao proporcionar, através da linguagem lúdica, uma facilitação da comunicação entre terapeuta e paciente. Contribuindo para construção da demanda clínica juntamente com a criança e possíveis propostas interventivas, a partir de um ambiente descontraído, criativo, seguro e confortável. Nesse sentido, Giacomello e Melo (2011) realizaram uma pesquisa qualitativa com três crianças em situação de acolhimento institucional vítimas de violência, e através do brinquedo terapêutico, objetivaram compreender as percepções infantis acerca da dinâmica da instituição, relações com adultos próximos e aspectos da sua história de vida. Ao todo foram quatro sessões com cada criança, com duração entre trinta a cinquenta minutos, o estudo concluiu que as crianças representavam em suas brincadeiras momentos da sua história de vida precedente ao acolhimento e momentos atuais, já em situação de acolhimento institucional (Giacomello; Melo, 2011).

A partir do estudo, foi possível observar dinâmicas de trocas de papéis, em que a criança representava o papel de um adulto, momentos em que a brincadeira ganhava um tom agressivo e um terceiro momento de representações da vida cotidiana na instituição (Giacomello; Melo, 2011). Com isso, foi possível inferir que o brinquedo terapêutico possibilitou a comunicação entre terapeuta e criança, sendo possível apreender suas formas de pensar, percepções sobre o ambiente ao seu entorno, suas emoções, dinâmicas familiares, suas fantasias e desejos (Giacomello; Melo, 2011).

Um outro estudo proposto por Pedroso, Lobato e Magalhães (2016) objetivou analisar seis crianças em situação de acolhimento institucional decorrente de negligência, maus-tratos, abandono, dentre outros motivos. E com base na teoria winnicottiana, observar a interação das crianças com os brinquedos, a fim de averiguar suas percepções ambientais. Uma vez que o brinquedo, para Winnicott, representa uma forma de comunicação. O estudo verificou como o brincar, a partir da confecção de uma maquete reproduzindo o ambiente da instituição, possibilitou deslocar para o brinquedo as percepções situacionais das crianças acolhidas (Pedroso; Lobato; Magalhães, 2016).

E em casos de crianças em situação de violência, a ludicidade permite construir um espaço seguro para elaborarem sobre situações traumáticas com ausência do perigo, configurando um local de autonomia e protagonismo com relação a sua história de vida para simbolizar suas experiências (Pedroso; Lobato; Magalhães, 2016).

Quando uma criança externaliza a agressão em uma brincadeira, ou seja, direciona seu sentimento de ódio para o objeto que também é alvo do seu amor, significa que ela se sente à vontade para se expressar livremente, isto é, para exercer seu potencial criativo sem receio que a mesma agressão, outrora externalizada, retorne a si, pois o ambiente suficientemente bom possui a característica de sobreviver às agressões infantis (Pedroso; Lobato; Magalhães, 2016, p. 716).

Portanto, o lúdico contribui para o manejo clínico pois permite construir um vínculo com a criança e um ambiente favorável que propicie a comunicação entre terapeuta e a criança. Entendendo o brincar como a linguagem infantil e reveladora do ser criança (Pedroso; Lobato; Magalhães, 2016; Friedmann, 2011).

5. MÉTODO

5.1 Tipo de pesquisa

A metodologia de pesquisa empregada como procedimento será a análise documental, também chamada de pesquisa documental (Zanella, 2011), visto que objetiva identificar elementos consistentes nos documentos que podem fundamentar hipóteses levantadas pelo pesquisador (Ludke; André, 1986). E quanto a natureza da pesquisa, consiste em abordagem qualitativa, pois preocupa-se em descrever fenômenos através dos significados que o ambiente produz, sem medir seus dados a partir de análises estatísticas (Zanella, 2011).

Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) a pesquisa documental se utiliza de fontes primárias, ou seja, materiais que ainda não receberam tratamento analítico. Nesse sentido, a análise documental proposta direciona-se aos relatórios de sessão de estagiários do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA) arquivados na Organização Não Governamental Associação Vida Plena de Mesquita.

Para sistematizar a coleta de dados, será utilizado como técnica guia a análise de conteúdo segundo Bardin (2016) e pode ser definida como “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2006, p. 38). A partir de suas funções primordiais, como a propensão à descoberta e função à prova, a investigação será feita a partir de leitura e releitura sistemática dos relatórios e construção de categorias de análise a partir das etapas estruturadas por Bardin (2016), que correspondem a (1) pré-análise; (2) a exploração do material e (3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Laurence Bardin (2016) compara o trabalho do analista com o de um arqueólogo, buscando, a partir dos documentos, vestígios que levem a descobertas. E de maneira semelhante, a partir da análise dos relatos de sessão, objetiva-se investigar a relação terapeuta-paciente e a relevância do brincar como um mediador e facilitador do processo terapêutico na clínica com crianças.

5.2 Local da Pesquisa

O LEVICA atua como uma das frentes da rede intersetorial no SUAS e seu objetivo é promover os direitos propostos pelo ECA. O Ministério da Saúde incentiva a participação da sociedade civil organizada, como ONGs, para atuar em articulação com os demais serviços de

proteção social (Brasil, 2010). A partir da interlocução entre o Laboratório, a Associação Vida Plena, Instituições de Acolhimento infantil e demais órgãos atuantes, visa atender crianças e adolescentes vítimas de violência, assim como, realizar psicoeducação juntamente com responsáveis com intuito de promover um maior entendimento sobre a complexidade de adotar uma criança acolhida, por exemplo.

O LEVICA atua desde 2013, sediado no Dept. de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), coordenando um dos estágios profissionais, que ocorre na AVPM (Silva, 2019). Através do LEVICA, juntamente com atuação dos estagiários da universidade, presta atendimento psicológico a crianças e adolescentes vítimas de violência (Silva, 2019). A AVPM - é uma ONG fundada em 2011 e tem como finalidade promover o fortalecimento dos laços comunitários locais e ações sociais voltados para o público, principalmente infantil, desenvolvendo projetos como o Semear, que oferece aulas de reforço escolar e o projeto Recriando que realiza oficinas de *Jiu Jitsu*, *Ballet*, futebol e trabalhos manuais. Com isso, a atuação da ONG na comunidade local proporciona acesso ao esporte, ao lazer e à expressividade lúdica infantil (Silva, 2019).

5.3 Amostra

A seleção dos relatórios foi realizada por conveniência e atenderam aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Quanto aos critérios de inclusão: relatórios de atendimento deveriam, necessariamente, ser de estagiários do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA) em atendimento na Associação Vida Plena de Mesquita; as crianças atendidas foram selecionadas a partir de um recorte de idade entre 6 a 12 anos, em situação de acolhimento institucional ou não; sem recorte de gênero, sendo considerados pacientes com identificação no prontuário de gênero no feminino e no masculino.
- Quanto aos critérios de exclusão: idade não especificada nos critérios de inclusão; quantidade de relatórios - pacientes que se enquadraram na categoria de idade, mas possuíam em registro quantidade de relatório de sessão inferior ou igual a 5 foram excluídos -pois, para a análise sem um possível enviesamento, era necessário uma certa contextualização da relação terapêutica estabelecida que estará sendo analisada; recorte temporal, compreendendo os anos de 2014 ao primeiro semestre de 2022, período que

antecede a entrada da autora do presente trabalho no LEVICA. Ou seja, nenhum dos relatos de sessão analisados há chance de a autora ter dito contato prévio ou acesso a pormenores do caso por meio de supervisões de estágio. Como também, não foram excluídos os relatórios selecionados de pacientes que se enquadraram no critério de idade e quantidade elegível de relatórios, porém não seguiam critérios padronizados de estrutura e escrita, objetivando avaliar também a qualidade dos relatórios selecionados. Mediante a isso, a coleta e seleção final dos pacientes admitidos foi realizada na segunda fase da pesquisa.

5.4 Procedimentos

A estruturação do procedimento foi feita a partir da ótica do trabalho de Bardin (2016) e suas fases de análise: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Fase 1: Solicitar autorização da ONG - via termo de anuência (Apêndice 1).

Fase 2: selecionar os relatórios que serão avaliados.

Fase 3: Preencher tabelas em categorias temáticas (Apêndice 2).

O processo de análise foi elaborado, primeiramente, a partir do termo de anuência indo até a Associação Vida Plena de Mesquita para averiguar as pastas de relatos de sessões de processos terapêuticos passados. Nesse primeiro momento, como uma espécie de curadoria, a análise textual propriamente dita não era o que importava. E sim a seleção inicial dos relatórios que seriam escolhidos para a análise do conteúdo em si, selecionando-os a partir de critérios de inclusão e exclusão. Essa fase é caracterizada, segundo o conceito de Bardin (2016), como pré-análise, que consiste em realizar uma “leitura flutuante” e “escolha dos documentos”, dessa forma, estabelecendo quais relatórios serão incorporados para análise (Bardin, 2006, p. 96).

Posteriormente, foi feito, na segunda parte do projeto, uma organização do material coletado, a partir de leituras sistemáticas e fichamentos do que está sendo lido, a fim de encontrar termos recorrentes e códigos de linguagem do que está sendo proposto para análise, isto é, o brincar na clínica como um medidor linguístico e facilitador do processo terapêutico. Para cada relato de sessão, foi separado em pastas divididas por paciente, idade, ano dos atendimentos, quantidade de relatórios e trechos retirados dos relatórios, que podem explicitar melhor o que está sendo inferido (Pimentel, 2001; Bardin, 2016).

A partir disso, foi elaborada uma tabela com as temáticas que mais surgiram nos materiais analisados. Sendo organizada por categorias definidas posteriormente (Apêndice 2).

De maneira continuada, a partir da curadoria realizada e explicitada em forma de tabela e devido a releitura dos relatórios, os documentos foram organizados a partir do critério de assunto (Pimentel, 2001), ou seja, independente da idade ou número do relatório, por exemplo, foram agrupados trechos que orbitam explicitamente o mesmo assunto, tal como, o uso de uma técnica psicoterápica específica ou a presença de vínculo terapêutico mediando a dinâmica. Ou seja, através de palavras-chave, foi desenvolvido o processo de análise, verificando possíveis relações com as questões de pesquisa.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final da pesquisa contabilizou 27 pacientes elegíveis, sendo 13 meninas e 14 meninos e foram avaliados 362 relatórios. A partir disso, a tabela a seguir (Tabela 1) foi elaborada, contemplando todas as crianças selecionadas com base nos critérios estabelecidos. Para garantir o sigilo das crianças atendidas os nomes foram censurados e optou-se pelo uso do termo “paciente” e numeração sequencial para identificação.

Tabela 1 - Dados dos pacientes selecionados para pesquisa

Nome (fictício)	Idade	Nº de Relatórios	Em acolhimento Institucional
Paciente 1	6 anos	20 relatórios	Sim
Paciente 2	6 anos	8 relatórios	Sim
Paciente 3	6 anos	8 relatórios	Sim
Paciente 4	6 anos	16 relatórios	Não
Paciente 5	6 anos	14 relatórios	Não
Paciente 6	6 anos	19 relatórios	Não
Paciente 7	6 anos	20 relatórios	Sim
Paciente 8	7 anos	8 relatórios	Sim
Paciente 9	7 anos	16 relatórios	Não
Paciente 10	8 anos	19 relatórios	Não
Paciente 11	9 anos	15 relatórios	Não
Paciente 12	9 anos	17 relatórios	Não
Paciente 13	10 anos	7 relatórios	Sim
Paciente 14	10 anos	7 relatórios	Sim
Paciente 15	10 anos	9 relatórios	Não
Paciente 16	10 anos	20 relatórios	Não
Paciente 17	11 anos	10 relatórios	Não
Paciente 18	11 anos	9 relatórios	Sim

Paciente 19	11 anos	6 relatórios	Não
Paciente 20	11 anos	18 relatórios	Não
Paciente 21	12 anos	13 relatórios	Não
Paciente 22	12 anos	19 relatórios	Sim
Paciente 23	12 anos	20 relatórios	Não
Paciente 24	12 anos	9 relatórios	Não
Paciente 25	12 anos	9 relatórios	Não
Paciente 26	12 anos	18 relatórios	Sim
Paciente 27	12 anos	8 relatórios	Sim

Fonte: Elaboração Própria

6.1 Perfil das crianças

Dentre os 16 pacientes que não estão em acolhimento institucional, é válido elencar que seis possuíam histórico prévio de acolhimento, sendo que, no ato da anamnese dos relatórios analisados, quatro já residiam com os pais adotivos, um estava acolhido pelo serviço de família acolhedora, e uma criança que nos atendimentos já estava sob a guarda da genitora, também possuía histórico de acolhimento. Ao passo que, seis pacientes atendidos sem histórico anterior de acolhimento, residiam com os responsáveis, sendo pai, mãe ou algum parente da família extensa, havia histórico de violência física e/ou psicológica, presenciado situações de violência doméstica ou suspeita de abuso sexual.

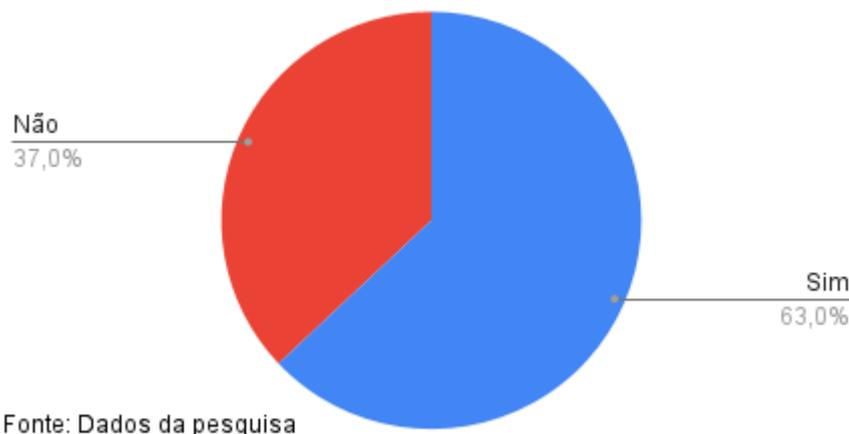
Enquanto as crianças que, no ato dos atendimentos encontravam-se acolhidos, somam-se onze. As denúncias relacionam-se a negligência e abandono parental, falta de cuidados básicos com saúde e higiene, violência física, violência sexual e abandono escolar. Em diversos casos há sobreposição de violências sendo acometida, sendo notificado a ocorrência de negligência e violência física; abandono parental e abuso sexual ou em alguns casos, negligência, violência física, psicológica e abuso sexual sendo investida contra a mesma criança.

No entanto, é válido elencar dois casos onde não havia histórico de violência prévia. Em um caso, a problemática principal e motivo da destituição do poder familiar decorreu da impossibilidade do cuidado. Através da anamnese é sabido que a responsável solicitou auxílio para o Conselho Tutelar alegando não conseguir cuidar da criança, e por este motivo, o mesmo

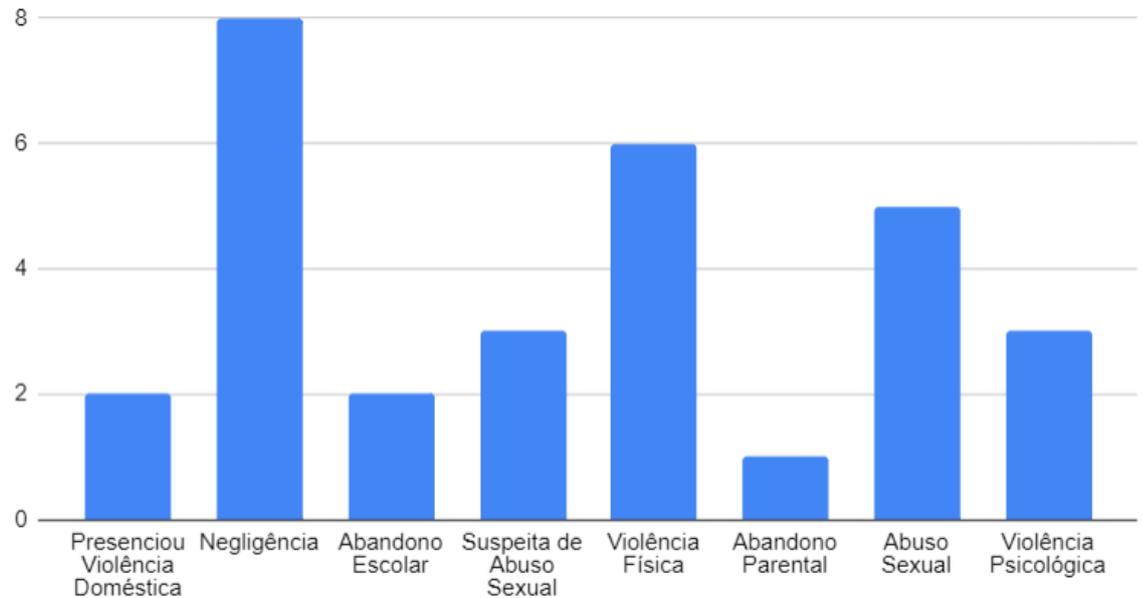
foi acolhido. Porém, a responsável demonstrava interesse na guarda e o visitava com frequência. E em outro caso onde houve falecimento da responsável resultou no acolhimento da criança. Por último, em um caso não havia explicitado os motivos para o acolhimento e por esse motivo, não foi computado para a contagem estatística final.

Por conseguinte, duas crianças possuem histórico de desistências em processos de adoção, ao passo que, duas no ato dos atendimentos, estavam em processo de adoção. Ao todo, 20 das 27 crianças do estudo passaram por alguma situação de violência, negligência ou abuso, caracterizando 74% da amostra total. Os gráficos (1 e 2) a seguir apresentam uma descrição com relação a pacientes com histórico prévio de acolhimento institucional e um histograma da distribuição de frequência absoluta das denúncias colhidas.

Gráfico 1: Histórico prévio de acolhimento institucional



Em azul, com 63%, concerne ao total de crianças em acolhimento institucional na ocasião dos atendimentos, como também, com relação às crianças que não encontravam-se em acolhimento no ato dos atendimentos, porém, que possuíam histórico de acolhida. Enquanto que em vermelho, com 37% refere-se ao total de crianças que não possuem histórico prévio de acolhimento institucional.

Gráfico 2: Dados acerca das denúncias coletadas

Fonte: Dados da pesquisa

Esses dados apontam correspondências com o 31º censo realizado pelo MPRJ em 2023 acerca da população infantojuvenil acolhida no Estado do Rio de Janeiro. De acordo com os 10 principais motivos para o acolhimento institucional indicado pelo documento, a negligência aparece em primeiro lugar com 39% do total, seguido de abandono pelos responsáveis (9,85%), abuso físico ou psicológico (8,66%), situação de rua (6,35%) e abuso sexual/suspeita de abuso sexual (6,15%) em quinto lugar como uma das principais causas.

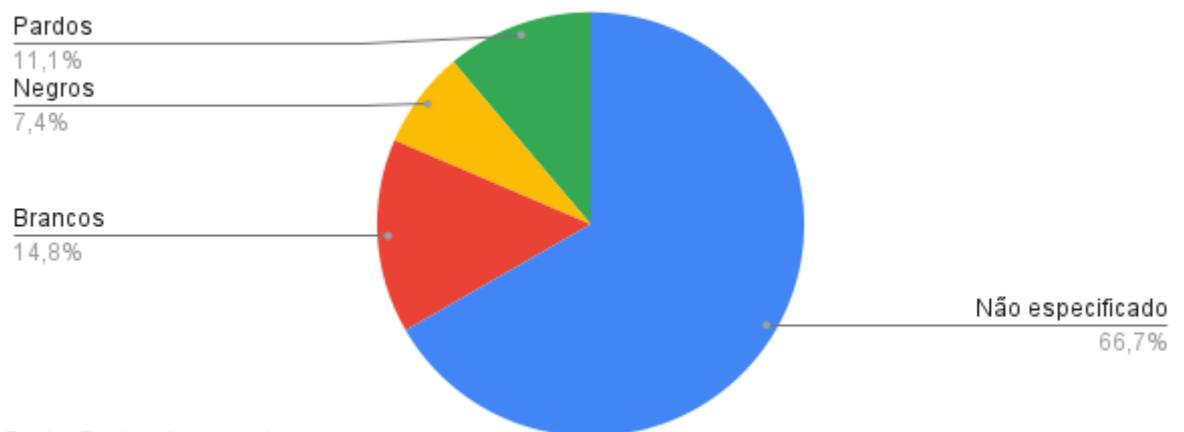
De acordo com o documento do MPRJ (2023) as implicações consideradas para o acolhimento institucional precisam ser averiguadas com mais acuracidade. Ao descrever o motivo para o acolhimento da criança como “carência de recursos materiais da família ou responsáveis” não deve ser considerado como justificativa para “afastar a criança ou adolescentes do convívio familiar, cabendo ao Estado (...) proporcionar-lhes a orientação e os meios para bem cuidar de seus filhos e superar as dificuldades em que se encontram” (MPRJ, 2023, p. 34). Assim como em casos de orfandade ou falta escolar devem ser considerados primariamente, mapeamento de vínculos significativos na família extensa ou comunidade que se configurem como possíveis cuidadores antes de recorrer ao acolhimento institucional, sendo citado ainda que “deveria ser a última opção depois de esgotadas todas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente em sua família de origem ou extensa, e quando fosse

necessário, deveria ser emergencial enquanto outras soluções estariam em curso” (MPRJ, 2023, p. 35).

Pasian (2012), como citada anteriormente, ressalta a gravidade de relacionar negligência à pobreza, sendo a negligência um fenômeno complexo e multifatorial, que demanda uma análise caso a caso mais detalhada. Um trabalho assistencial com a família, nesses casos, seria mais efetivo do que o acolhimento da criança e ressalta a problemática da institucionalização de crianças pobres (Rizzini; Rizzini, 2004).

O perfil racial dos pacientes selecionados (Gráfico 3) para a pesquisa foi feito com base no relatório de triagem anexado juntamente com os relatórios de sessão. Das 27 crianças, 4 são consideradas brancas, 2 negras e 3 pardas, ao passo que, em 18 relatórios o tópico “cor/raça” não está preenchido, por esse motivo, não é possível inferir com propriedade o recorte racial da presente pesquisa.

Gráfico 3: Perfil racial das crianças atendidas



Fonte: Dados da pesquisa

Por fim, assegurando o sigilo e identidade das crianças atendidas, nos trechos de sessão retirados na íntegra, os nomes citados serão censurados e modificados para a palavra “*paciente*” em itálico.

6.2 Qualidade dos relatórios

Os relatórios em uma análise superficial seguem uma estrutura similar, com cabeçalho contendo o nome do estagiário que atende, nome do paciente, nome da supervisora de estágio e data. No entanto, alguns trazem informações adicionais, como a idade do paciente. A descontinuidade sequencial é algo que se repete no decorrer dos relatórios, onde a quantidade de sessões é superior a quantidade de relatórios. Como por exemplo, o paciente 6 possui 19 relatórios arquivados, no entanto possui 20 sessões registradas em relatório. Ou seja, há 19 relatórios numerados em uma sequência de 1 a 20, porém, está faltando o relatório da sessão 9. Isso se repetiu oito vezes dentre os 27 pacientes. Outro aspecto importante a ressaltar refere-se a relatórios que não possuíam identificação por numeração no cabeçalho (4), havendo necessidade de ordenar a partir das datas, relatórios de triagem e anamnese. Desta forma, foi possível inferir a ordem da primeira à última sessão.

A quantidade dos relatórios também varia pois cada estagiário organiza-os segundo os próprios critérios, por exemplo, relatórios sobre faltas entram na contagem e sequência enquanto relatório de sessão (6), outros já separam relatórios de justificativa de falta fora da organização numeral (5), por isso, há uma variação na quantidade de relatos de sessão. Os demais não possuíam registro em relatório acerca de faltas. A organização documental é algo bem subjetivo e individual de cada profissional, porém - por se tratar de uma instituição onde os estagiários atendem e os relatórios ficam arquivados e podem ser revisitados por outro estagiário que dê continuidade aos atendimentos daquele paciente - é fundamental que os relatórios produzidos sigam os mesmos parâmetros para que haja uma padronização.

Importante elencar que em um caso (paciente 27) ela possuía em registro 20 relatórios, no entanto só foram lidos e considerados os relatórios em que a mesma ainda tinha doze anos.

Com isso, é preciso destacar que essas faltas dificultaram o processo de automatização da atividade de coleta de dados da presente pesquisa. Relatórios com cabeçalho completo, informações adicionais como idade do paciente e numeração sequencial correta permitiram uma facilitação do processo inicial de curadoria e podem ser úteis para futuras pesquisas.

6.3 Categorias temáticas

Tabela 2: Categoria 1: Mediador Lúdico

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro	Frequência (%)
Expressão Emocional e Autoconhecimento	Baralho das emoções	101	16
	Carta das emoções Charlie Brown	31	5
	Afetivograma	36	6
	Desenho	136	21,9
	Livro	48	7,6
Jogos Terapêuticos e de Raciocínio	Jogos Terapêuticos	15	2,3
	Jogo de Dama	26	4,1
	Quebra-cabeça	5	0,7
	Jogo da Memória	18	2,8
	Dominó	20	3,1
	Jogo UNO	18	2,8
Recursos Criativos e Artísticos	Brincar com bonecos/fantoches	31	5
	Massinha	24	4
	Brincadeira em ambiente externo	27	4,2
	Brincadeira livre/artesanal	49	7,8
	Brincadeira/Jogo não especificado	23	3,6
	Música	7	1,1

Mídia e Conteúdo Digital	Filme	7	1,1
	Animação (vídeo no youtube)	6	0,9
Total:		628	100

Fonte: Elaboração Própria

6.3.1 Expressão Emocional e Autoconhecimento

A atividade de desenho é o mediador lúdico mais utilizado dentre todos os demais, aparecendo 136 vezes, somando quase 22% do total. Por ser uma das atividades mais versáteis, foi observada em diversas etapas distintas do tratamento e com objetivos bem variados. Nas sessões iniciais, por exemplo, era utilizado para o primeiro contato com a criança, em conjunto com materiais como canetinhas, lápis de cor, giz de cera e tintas. Entretanto, sua função mais usual observada foi em desenhos sobre as emoções, solicitação de ilustração de expressões faciais, humor do dia, correlação com o corpo, solicitando que a criança indicasse no papel onde experienciava determinada emoção a partir das sensações corporais, assim como, integração com pensamentos e comportamentos. Esses recursos podem ser utilizados através da atividade “mapa de rostos do sentimento”, “termômetro do sentimento” e “balão do pensamento” com a finalidade de viabilizar a concretude aos conceitos trabalhados (Friedberg; McClure, 2007).

Nesse sentido, “o livro das emoções”, confeccionado em sessão, com o objetivo de trabalhar as emoções básicas, foi utilizado com propósito similar, mas visando construir juntamente com a criança uma coletânea de informações acerca de determinada emoção, e cada sessão o foco era em uma emoção por vez.

O baralho das emoções é o segundo mediador lúdico mais utilizado em sessão, totalizando 16% da amostra total, com 101 aparições. Apesar da sua função inicial em trabalhar a psicoeducação das emoções, identificação da emoção a partir do rosto e pela associação com o desenho ilustrado na carta, era bastante utilizado para realizar o registro do humor semanal e do dia em sessão. Sendo utilizada no início de cada atendimento como primeira tarefa definida no roteiro. Assim como, a carta das emoções do Charlie Brown ou comumente chamado nos relatórios como “baralho das emoções do Charlie Brown” era utilizado com o mesmo propósito, sendo substituído pelo anterior e consistia em um material disponibilizado na Associação Vida Plena para uso comum dos estagiários.

Geralmente os livros eram utilizados para trabalhar conceitos mais específicos e complexos como autoestima, violência, *bullying* e comportamentos agressivos, sendo necessário um material de apoio para tornar o tópico em discussão mais concreto e compreensível em uma linguagem infantil. Por fim, o afetivograma, também nomeado como monitoramento semanal das emoções, registro semanal das emoções, dentre outros, foi bastante utilizado como uma parte essencial dos atendimentos, após as sessões de psicoeducação, era introduzido a atividade como forma de internalizar a aprendizagem sobre as emoções abrangendo o espaço para além da clínica para que a criança conseguisse identificar suas emoções a partir das suas vivências. Essa atividade também é recomendada pela literatura clássica da TCC para crianças e adolescentes (Friedberg; McClure, 2007).

6.3.2 Jogos Terapêuticos e de Raciocínio

Os jogos terapêuticos incluem modalidade de jogos estruturados e com um direcionamento clínico, podem ser citados “caça palavra dos sentimentos”; jogo “Cara de Quê?”; e baralho terapêutico, que continham perguntas como “o que você acha legal em você mesmo?”; “uma coisa que mudaria em você?”; “quem é o mais irritado?” referindo-se a algum familiar, dentre outras perguntas a fim de conhecer a estrutura familiar e interna da criança, suas motivações e rotina. Como também, os demais jogos como dama, quebra-cabeça, UNO, jogo da memória e dominó eram utilizados de maneira recorrente ao final das sessões, como uma maneira de descontrair o ambiente após a psicoeducação de uma temática específica, assim como, com propósito de desativar emoções fortes acionadas na criança, sendo muitas vezes sugerido pela criança para que houvesse a hora da brincadeira. Interessante ressaltar que pela característica intrínseca aos jogos em possuir regras, com o intuito de desenvolver habilidades como empatia, respeito, limites e honestidade, os jogos descritos foram utilizados para esse propósito também.

6.3.3 Recursos Criativos e Artísticos

Esta categoria engloba brincadeiras diversas e multifuncionais, portanto, brincadeiras livres e artesanais compreendem passagens de sessão que mencionam brincar com carrinhos, brincar de Barbie, brincar com bolinha de sabão, brincar com Lego, blocos de madeira, jogo da velha, “cobra cega”, mímica, “adedanha”, caça ao tesouro e confecção de material em sessão feito à mão como por exemplo, máscara de super-herói e “rolo dos sentimentos” com material

similar à estrutura de papel higiênico. Ao passo que, brincadeira em ambiente externo abrange brincar no balanço, soltar pipa, jogar bola, amarelinha e brincar de peteca, por exemplo. As brincadeiras apresentadas foram utilizadas nas mais variadas esferas, em diferentes estágios da psicoterapia e com propósitos variados.

A subcategoria brincadeiras livres foram comumente utilizadas no início do tratamento com objetivo de construir vínculo com a criança, conhecê-la através de perguntas simples e abertas durante a brincadeira. Brincadeiras artesanais caracterizam materiais desenvolvidos em sessão com intuito de trabalhar habilidades sociais, sendo exemplificados posteriormente na categoria seguinte. E por último, brincadeiras em ambiente externo foram empregadas ao final da sessão como atividade livre, mas também, para trabalhar a internalização de regras e ainda, foi utilizado como recurso para trabalhar a motricidade, como jogar bola e soltar pipa, principalmente com crianças de 6 anos.

A massinha mostra-se também nesse lugar versátil, servindo como atividade livre com intuito de descontrair o nervosismo da criança ou desconfiança com o ambiente, permitindo aproximar terapeuta e paciente através da atividade. E a subcategoria bonecos e fantoches estava diretamente associada ao ato de contação de histórias ou simulação de alguma cena contextual do paciente referido como “teatro” ou “peça”.

Por último, a subcategoria de brincadeiras não especificadas refere-se ao ato de brincar relatado em sessão mas sem detalhar qual brincadeira em específico, embora a proposta ou o momento da sessão seja especificado. Com referências a “e brincamos no final da sessão” ou jogo de tabuleiro, jogo de perguntas e respostas sem nomear qual jogo ou os componentes e peças do jogo ou brincadeira, entrou na contagem e era levado o contexto em consideração para preencher o objetivo.

6.3.4 Mídia e Conteúdo Digital

Finalmente, esta categoria refere-se a recursos audiovisuais extras como vídeos no *youtube* com conteúdo lúdico e educativo para trabalhar conceitos como as emoções, identidade e valorização da cultura negra ou sobre habilidades sociais. Como exemplo, foi empregado com o paciente 1 a “Série de sentimentos e emoções - “O nervosinho” e “Raiva” no *youtube*. Filmes geralmente eram utilizados igualmente para a exemplificação de conceitos abstratos, como as emoções, sendo o filme, “Divertidamente” do estúdio *Pixar*, o mais utilizado.

Tabela 3: Categoria 2: Objetivo

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro	Frequência (%)	Unidade de Contexto
Mediador lúdico para conhecer a criança	Construção da demanda	23	3,6	“Lemos juntas o livro O monstro do problema e conversamos sobre ela poder se sentir à vontade, que aquele espaço era dela e que eu estava ali para ajudar, ressaltai a importância dela ser sempre sincera e reforcei que nada que ela me dissesse seria comunicado aos seus pais sem o consentimento dela.” (Paciente 11, sessão 1)
	Construção de vínculo	93	15	“Quando entramos, não estava desconfiada e foi ela quem abriu a estante, pegando o jogo da memória e o espalhando no chão. Ela só me olhou e balbuciou algo como “vem”, me convidando a jogar” (Paciente 13, sessão 2)
Elaboração de experiências	Psicoeducação das emoções	96	15,2	“Em seguida, desenhei numa cartolina 5 círculos e pedi que ela desenhasse em cada um dos círculos rostos que caracterizassem essas 5 emoções” (Paciente 23, sessão 10)
	Avaliação do humor	123	19,5	“Apresentei o baralho das emoções a ela e pedi que escolhesse as emoções da semana e do dia e me indicasse no termômetro a intensidade, ela escolheu muito ansiosa e muito feliz para a semana (...)” (Paciente 11, sessão 2)
	Modelo Cognitivo	8	1,2	“Então entreguei a ela o desenho de uma boneca com o rosto em branco e com um balão de pensamento e pedi que ela escolhesse uma situação qualquer, escrevesse no balão o que a boneca estava pensando a respeito daquela situação e desenhasse no rosto da boneca a emoção que aqueles pensamentos causaram nela” (Paciente 11, sessão 2)
	Expressividade corporal	21	3,3	“Ele explicou que a tristeza estava nos olhos porque chorava quando estava machucado ou alguém lhe batia. A felicidade estava na boca porque sorria quando estava alegre. A raiva estava nos braços e mãos porque costumava brigar fisicamente com outros meninos (...)” (Paciente 8: sessão 3)
	Tarefa de Casa	51	8,1	“(...) mostrei para ela como fazer o monitoramento semanal de suas emoções e pedi para ela como tarefa de casa trazer na próxima semana a descrição de suas emoções” (Paciente 20, sessão 5)
	Autoestima	7	1,1	“Como tarefa para o dia fiz a leitura de trechos do livro ‘Olhando-se no espelho: o adolescente e a autoestima’ de Simone Gonçalves de Assis (Fiocruz, 2003)” (Paciente 20, sessão 8)

Autoimagem	Identidade étnico-racial	6	0,9	“Utilizei o recurso de teatro de fantoches com personagens negros, para auxiliar na identificação do <i>paciente</i> com a história” (Paciente 1, sessão 5)
Trabalhar história de vida	Lúdico envolvendo conceito de Violência	20	3,1	“A criança gastou algum tempo simulando brincadeiras onde um brinquedo espancava o outro. “O avião espancou o helicóptero” sic, “o saci espancou a onça” sic” (Paciente 9, sessão 3)
	Vínculo familiar	24	4	“Nesse momento seguinte, solicitei que ele expressasse em forma de desenho o que sentia em relação ao que conversamos e ao seu padrasto, sobre os sentimentos que o mesmo lhe despertava. Desenhou primeiro um boneco na parte inferior da folha, disse que aquele era o padrasto. (...) separou três nuvens desenhadas, destas não saiam gotas, mas raios que se culminavam na cabeça do boneco (...)” (Paciente 12, sessão 11)
	Linha do Tempo	7	1,1	“Então, expliquei ao <i>paciente</i> o que era uma “Linha da vida” e propus que a gente criasse a dele para que a gente pudesse conhecer mais da sua história. Ele não se mostrou muito animado para a atividade, mas aceitou.” (Paciente 1, sessão 11)
Internalização de regras	Jogos de encerramento de sessão	120	19,1	“Reservei um tempo para jogarmos damas e ele ficou feliz, por que segundo ele é a melhor parte” (Paciente 10, sessão 3)
	Trabalhar Comportamento o desejável	29	4,8	“Assistimos um vídeo na internet (uma animação) curtinha, onde a filha desobedecia e perguntei o que ela achou, ela disse que a mãe as vezes fala para o bem, que sabe das coisas” (Paciente 16, sessão 13)
TOTAL:		628	100	

Fonte: Elaboração Própria

6.3.5 Mediador Lúdico para conhecer a criança

O livro “O Monstro do Problema” foi o livro mais utilizado para exemplificar a construção de demanda com a criança, o que é psicoterapia, regras de sessão e a questão do sigilo terapêutico, no entanto, em diversos casos o livro não se mostrou efetivo e com uma mensagem compreensível, na maioria dos relatos é descrito que a criança não entendeu muito bem a história, não se identificou com os personagens ou com a analogia acerca de possuir um

“monstro” que precisa ser cuidado. É imprescindível reiterar a importância de um mediador para esse momento de apresentação do que é a psicoterapia em uma linguagem acessível à criança, porém, há outras maneiras de realizar essa implementação. Um exemplo a ser explicitado é com o paciente 9, onde foi sendo elaborado de maneira gradual, no decorrer da terapia e demais atividades, a representação do terapeuta como uma figura de confiança para a criança, assegurando que seus limites seriam respeitados “Ele disse que gostava de falar com o estagiário, por que segundo ele o estagiário só fala sobre o que ele quer falar dizendo “Ok! Não precisamos falar se você não quiser” sic. *O paciente* manifestou que gostaria que a sessão durasse mais e se comprometeu em voltar na semana seguinte.” (Paciente 9; sessão 3).

À vista disso, a ludicidade nas primeiras sessões configura-se como imprescindível quando a criança se mostra contrariada à terapia. Nesse ínterim, os relatórios iniciais do paciente 2 descrevem que o mesmo estava muito resistente, as sessões eram unicamente brincadeiras e tentativas da terapeuta em perguntar algo sobre sua vida, dedicando-se em conhecer um pouco mais o paciente, porém, com pequenos avanços sessão a sessão, no 4º atendimento a estagiária demonstra certo progresso com o vínculo com o paciente, nesta sessão confeccionaram uma pipa juntos: “Considero que a interação está avançando, já que *o paciente* se expressou melhor, falou mais sobre sua história e familiares”. E na 5ª sessão: “o paciente se dirigiu à sala facilmente, sem resistência como vinha acontecendo nas sessões anteriores”.

Matta (2015) em sua tese de doutorado, aborda a temática dos efeitos do trauma em crianças em situação de acolhimento institucional. A autora afirma que crianças vítimas de negligências, abandono, abuso físico, sexual e/ou psicológico podem manifestar alterações comportamentais, tais como retraimento, problemas afetivos, atitudes de oposição e desafio. E destaca a relevância da integração de técnicas sensoriais no manejo clínico de crianças vítimas de violência como eficazes no desenvolvimento da regulação emocional. Para a autora, “a integração física precede a integração emocional” e ao fazer a criança entrar em contato com as sensações, promove experiências de relaxamento e descontração, favorece a autorregulação e aos poucos, a criança experiencia níveis mais saudáveis de processamento emocional. Para Matta, o uso de técnicas não verbais no tratamento de crianças vítimas de violência é essencial (Matta, 2015, p. 48).

Esse contato inicial aparenta ser dificultoso. Em determinados momentos, a criança pode apresentar uma postura desinteressada e nada engajadora nas propostas feitas pela terapeuta. No entanto, o recurso lúdico usado de maneira estratégica e constante pode produzir um efeito positivo. Em outro exemplo, com a paciente 3, após muito esforço da estagiária ao final da segunda sessão a paciente demonstra um pequeno avanço: “Ao acabar o horário, digo

que precisamos sair, pois outra criança será atendida. Ela indaga se será atendida “na nossa sala”. Encaro isso como uma apropriação inicial do espaço, apesar do início difícil da relação”. Isso revela que mesmo em tarefas que inicialmente a criança demonstra uma postura resistente e pouco convidativa, ao final da sessão já é possível observar uma abertura da mesma, tanto para a sessão quanto para a figura do terapeuta.

Interessante observar também como a brincadeira cultiva uma atmosfera confortável e criativa para que a criança se expresse e desenvolva uma relação de confiança: “Então pedi que ela escolhesse alguma atividade livre, algum jogo ou brincadeira. [...] então falei que tinha um uno da Barbie na bolsa e perguntei se ela queria jogar. Ela disse que sim, que gostava de uno e da Barbie então jogamos durante quinze minutos (...) foi bem divertido e tivemos a oportunidade de falar sobre os desenhos que ela gostava, sobre as atividades físicas que fazia, sobre a escola e o que gostava de ler” (Paciente 11, sessão 2).

O terapeuta se apresenta como essa nova persona introduzida ao universo da criança, esse contato inicial pode resultar em desconfiança, medo, desinteresse ou uma obrigação, portanto, é fundamental que o ambiente clínico seja um ponto de referência seguro para a criança, onde ela irá perceber este espaço como confiável e divertido. E essa adesão é conquistada a partir do brincar, sendo utilizado como esse canal de comunicação com a criança, onde ela se sente protagonista e com um papel ativo dentro da dinâmica estabelecida (Brito, 2012).

6.3.6 Elaboração de experiências

Esta categoria refere-se para além de explicitar etapas da psicoeducação das emoções ou a implementação do modelo cognitivo proposto por Beck (2013) enquanto intervenções clínicas. Neste tópico, serão elucidados momentos em que o mediador lúdico possibilitou que a criança falasse a partir do brincar, em contextos de psicoeducação, e exemplificação de atividades lúdicas com intuito de demonstrar a diversidade de expressividades que esta categoria pode possuir.

Ao introduzir os conceitos acerca da função das emoções e a sua interrelação com os pensamentos e comportamentos, o uso de analogias era comumente empregado, como por exemplo, com o paciente 12 “Trabalhamos nesta sessão a raiva a partir da analogia do vulcão, desenhado pelo próprio paciente. (...) Trabalhamos também o que a “lava” do vulcão pode causar quando o mesmo explode, tal qual o que fazemos quando explodimos de raiva” (sessão

12). O uso de analogias no auxílio da condução clínica com crianças é citado também como recurso útil pelos autores Friedberg e McClure (2007), por pertencer ao universo infantil.

Perguntei ao paciente se ele conhecia o semáforo, disse que não. Então utilizei a palavra sinal, ou farol e percebi que ele se refere a ele como sinal. Entreguei canetinhas e papel a ele e pedi que desenhasse um “sinal”. Depois conversamos sobre o que era e para que servia. A partir disso conversamos sobre o sinal vermelho – parar, amarelo – pensar alternativas; verde – escolher a melhor opção e agir. Trabalhamos esta questão a partir do exemplo que ele trouxe da prima (Paciente 12, sessão 15).

Interessante notar que com crianças mais novas esses mediadores ajudam numa apresentação inicial e explicação mais simples sobre as emoções, focando mais na identificação de cada uma a partir de expressões faciais e relacioná-las com desenhos, filmes e figuras: “O chamei para subir no sofá para vermos o cartaz das emoções que fica na parede da sala 2, ele logo apontou para a carinha de nojo imitando-a, pois essa tinha sido a emoção que eu mostrei na última sessão” (Paciente 6, sessão 13).

A ludicidade enquanto recurso clínico, também possibilita compreender a concepção que a criança possui do seu ambiente imediato e as pessoas ao seu redor, no trecho exemplificado a seguir a terapeuta conduz uma atividade acerca das emoções e sua associação com o corpo. Dessa forma, é possível inferir a partir do desenho, a elaboração da criança acerca do amor. Através dos relatórios, é sabido que o mesmo possui a mãe já falecida e ao ser questionado sobre onde sente o amor, não faz nenhuma associação ao corpo, como se este sentimento estivesse fora. O paciente encontrava-se em acolhimento institucional. Apesar de simplistas e pouco elaboradas, suas respostas continham a simbologia dos seus sentimentos.

Ao falar do medo, ele logo disse: ‘céu’, perguntei mais especificamente a respeito do seu corpo e ele demarcou a garganta. Sobre o amor respondeu: ‘Céu, Deus’, questionado disse não saber onde sentia amor, portanto não apontou no corpo”. Após ser questionado novamente sobre essa temática citou os irmãos, pai e a mãe, no entanto, é pertinente notar que a mãe do paciente é falecida e a sua associação inicial com amor envolve a palavra “céu” (Paciente 2, sessão 5).

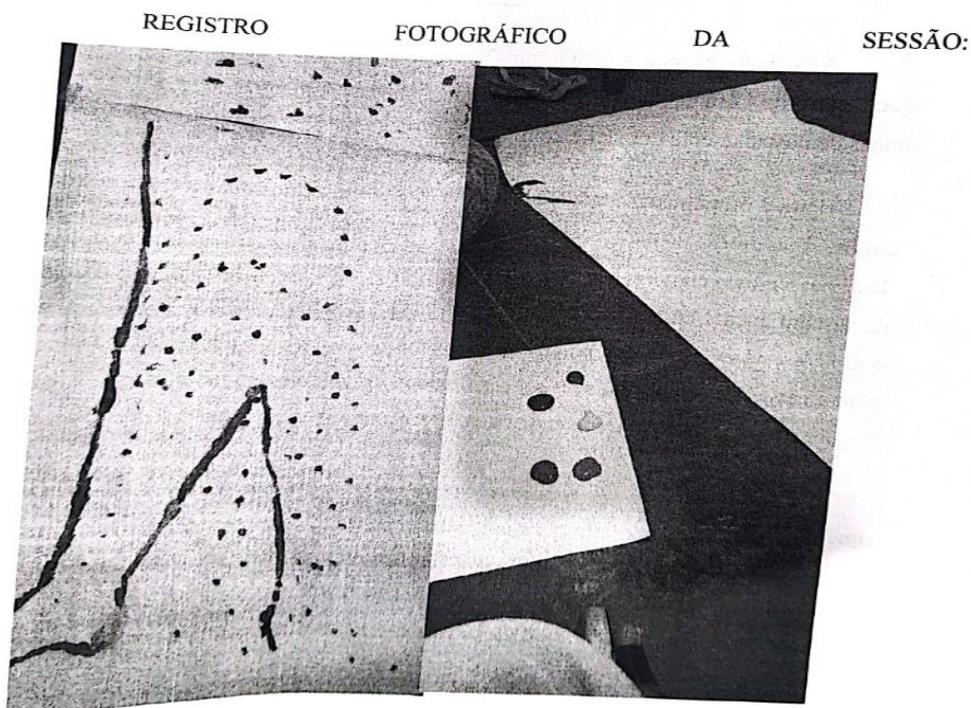
O lúdico também permite que a criança expresse suas necessidades, a linguagem lúdica pode ser substituída pelo relato verbal sem comprometer a propriedade da comunicação (Lima; Lima, 2015). Nesse sentido, é curioso observar que através da brincadeira de massinha a paciente demonstra uma necessidade quando se refere ao “crocodilo precisava de uma bacia para tomar banho” visto que ao ser perguntada, demonstrou mais preferência por esse animal. Esta paciente sempre chega nas sessões visivelmente suja, de acordo com a terapeuta.

(...) perguntei de quais animais ela gostava. Demonstrou preferência por crocodilo e a “guarda do leão”. Me explicou que para fazer a guarda do leão, bastava modelar “o pai dele, a mãe e a irmã”. Modelei o crocodilo e estimulei que contasse uma história sobre ele. A paciente narrou uma aventura onde o crocodilo pegava a guarda do leão e a mordia e a família do crocodilo havia morrido. E ainda que o crocodilo precisava de uma bacia para tomar banho (Paciente 3, sessão 9).

Esta mesma paciente, em um outro trecho de sessão, demonstra grande autopercepção sobre sua aparência, pelos relatos da estagiária, a menina comparece às sessões quase sempre muito suja, descuidada e com muitas feridas e machucados pelo corpo, é relatado que a paciente ao ser acolhida apresentava escabiose. Para além disso, a partir do desenho do corpo todo a paciente confia algo com a terapeuta que vem sentindo a um tempo e de acordo com os relatórios não é do conhecimento da cuidadora que a levou ao atendimento.

(...) Feito isso, a paciente fez o contorno do desenho de cor predominantemente verde e com muitas pintas em todo o corpo. Um ponto rosa entre as pernas me chamou a atenção. Quando perguntei o que era, novamente ela disse está coçando aqui e não quis mais continuar a trabalhar o desenho nem responder perguntas sobre o assunto (Paciente 3, sessão 6).

Figura 1: Fotografia de atividade feita em sessão



Fonte: Relatório 6, paciente 3

Desenhos apresentam-se como grandes recursos no auxílio na elaboração de experiências mais literais e imediatas, em uma passagem de sessão 4 da paciente 15 a mesma consegue expressar uma frustração com relação a um episódio escolar “ao final peço para ela fazer um desenho, ela faz um desenho de uma menina sentada chorando uma professora e um quadro escrito Matemática”. Por outro lado, com crianças maiores atividades com as emoções podem ser complexificadas com o auxílio novamente das analogias e a introdução do modelo cognitivo (Beck, 2013), onde distorções cognitivas contribuem para uma percepção errônea do ambiente e influenciam na ativação de emoções e comportamentos disfuncionais. Dessa maneira, o jardim do pensamento é um recurso eficaz para exemplificar o processo de mudança (Friedberg; McClure, 2007), onde o caule representa o pensamento e a flor a emoção despertada. A condução clínica é bem interessante e auxilia a paciente a elaborar sua experiência com o pai, para preservar o sigilo o trecho não será retirado na íntegra por conter informações muito específicas.

Pedi primeiro que ela desenhasse o solo e quanto terminasse escrevesse ali a situação que tinha descoberto (...) Então solicitei que ela fizesse os caules das flores e que para cada caule ela escrevesse um pensamento que lhe vinha à cabeça quando pensava sobre isso, ela desenhou três caules, mas decidiu escrever só dois pensamentos (...) Então solicitei que ela desenhasse flores em cima do caule e pedi que lesse o pensamento no caule e escrevesse ao lado da flor que sentimento era despertado por aquele pensamento. Ela guardou as canetinhas, procurou o lápis, desenhou as flores e escrevia raiva na primeira e tristeza na segunda. Perguntei por que ela havia guardado as canetinhas (geralmente ela me pedi canetinhas para colorir os desenhos), ela disse que aquelas flores não tinham cor. (Paciente 11, sessão 3).

Por fim, o registro das emoções demonstrou ser um ótimo auxiliar na terapia, principalmente em momentos de grande espaçamento entre as sessões, o que poderia configurar em desengajamento ou esquecimento dos conceitos trabalhados em sessão. A partir dos registros era possível inteirar-se como havia sido a semana da criança, uma vez que ao serem questionadas, costumam ser sucintas ao falar disso no ato do atendimento espontaneamente.

Posteriormente, dei as boas-vindas, perguntei como foi os dois finais de semana que não vimos, tendo em vista que a família viajou para casa de praia em Araruama e ela prontamente respondeu que foi bom, que havia comido hambúrguer, que apesar do frio, ela chegou a colocar o pé na lagoa (...) Perguntei se ela havia levado a tarefa de casa e ela entregou o registro semanal das emoções, analisamos juntas (...) Comentou que ficou mocinha aos nove anos, completou que o motivo da tristeza (no registro) era porque não podia entrar na piscina, que estava todo mundo se banhando, seus irmãos e pais, e ela não podia entrar (Paciente 16, sessão 14).

Ao relatar sobre a viagem, além de apenas suscitar os momentos bons, sua fala é simplista e objetiva. Mas através do registro das emoções é possível saber outras nuances de

acontecimentos, a partir desse registro conversaram sobre cólica, menstruação e a paciente questiona se a tia (terapeuta) também já ficou “mocinha”. Esses registros podem ser úteis para construção de futuras demandas ou possíveis dúvidas que o paciente possa vir a ter, principalmente em fases do desenvolvimento de transição para a adolescência. Entretanto, as tarefas de casa eram pouco aderidas, talvez por associarem a um compromisso escolar, uma mudança vocabular do termo “tarefa de casa” possa contribuir para o engajamento com intuito de desvincular a atividade a uma extensão da escola.

6.3.7 Autoimagem

Embora a frequência das subcategorias autoestima e identidade étnico-raciais seja baixa, caracterizando 2% dos resultados totais, são temáticas pertinentes e que versam com o público atendido na Associação Vida Plena. Em um dos relatos de sessão da paciente 3, identifica-se um possível esvaziamento identitário, porém, é válido ressaltar que a ficha da paciente não tinha o campo da raça preenchido. No entanto, a terapeuta inicia um trabalho de representatividade com a criança a partir de recursos lúdicos e audiovisuais, com referência a outras crianças negras, ressaltando a beleza do cabelo cacheado e crespo, por exemplo.

Falávamos também sobre nossas preferências quando de repente me disse gostar das cores amarela e cor de pele. Solicitei que me indicasse qual era a “cor da pele”, e me apontou uma massinha de tom bege rosado. (...) Ao final perguntei qual era sua cor de pele e me apontou uma mais clara ainda que a bege rosada: uma completamente branca (sessão 9).

Em outros momentos temáticas envolvendo racismo, *bullying* e gordofobia também são relatadas. Outro exemplo que contribui para compor a categoria relaciona-se a uma criança com baixa autoestima, a partir dos relatórios, é possível conhecer que o mesmo sofria agressões verbais por parte da genitora, alegando que o menino fosse “burro”, mediante a isso, internalizou esse conceito sobre si. Um forte trabalho do terapeuta com relação a essa concepção errônea foi desenvolvido.

O paciente me pediu para ler a história que é contada no livro “Eu sou esperto”, o paciente tem um apreço especial por este livro, ao final ele gosta quando releio o livro substituindo o nome do protagonista pelo seu nome. A medida em que leio a história e substituo o nome do personagem pelo nome do paciente, ele demonstra muita alegria e satisfação, pois a cada feito realizado pelo personagem, é reforçado que ele é esperto. (Paciente 9, sessão 18).

Apesar da baixa frequência, esta categoria entrou para análise temática final com intuito de reforçar a relevância do trabalho identitário, de valorização da cultura afrobrasileira e importância da autoestima como esferas pertinentes a serem desenvolvidas em psicoterapia com o público infantil. A fim de promover autonomia, protagonismo e concepções de beleza e potência com crianças negras. Visto que, de acordo com os dados da pesquisa, uma parcela considerável possui histórico de acolhimento institucional e 18% da amostra total são crianças consideradas negras, somando pretos e pardos. E de acordo com dados do último censo realizado pelo Ministério Público do Rio de Janeiro (MPRJ) de 2023, o perfil racial das crianças acolhidas apontam que 78% são negras, especificando 34% enquanto pretas e 44% enquanto pardas. No entanto, é válido reiterar a ausência de informação sobre raça da maioria dos relatórios analisados, o que interfere e prejudica um levantamento demográfico, com precisão, do público atendido.

6.3.8 Trabalhar História de Vida

Algo importante a ser ressaltado na categoria acerca da história de vida é a associação com temáticas envolvendo violência, em sua maioria dos trechos de sessão é utilizado o teatro com fantoches ou encenação com bonecos a partir da contação de histórias. Em uma atividade com o paciente 10 na sessão 8, a situação de violência relatada envolvia uma narrativa cômica (na passagem a seguir o nome citado é inventado pelo paciente): “o pai, que se chama Lucas, perde o controle ao ser provocado pelo filho do chefe e agride a criança e depois é espancado pelo chefe. Lucas chega ao hospital com uma facada e o procedimento é feito sem anestesia (...)”. A partir do relato da mãe do paciente comprova-se que o pai é bem agressivo com os filhos, inclusive verbalmente, pouco afetuoso e participativo. Geralmente é uma atividade muito proveitosa principalmente quando a criança tem dificuldade de externalizar verbalmente o que está sentindo, mesmo que tenha percepção da violência vivida.

Em outro momento, com o paciente 12, é preciso uma contextualização entre 10 sessões para alcançar as transferências feitas na história com fantoches com relação a sua história de vida. Na sessão 1, o paciente conta uma história sobre uma criança ir para o “abrigo” (os nomes utilizados na história também são fictícios, inventados pela criança).

O paciente iniciou outra história, pegou um boneco e me apresentou o Davi e o pai do Davi. (...) Davi, por algum motivo também brigou com a mãe. Em um dado momento, ele conheceu uma pessoa, à qual pediu que o levasse para (nesse momento ele esquece a palavra e me pergunta qual o lugar para onde as crianças são levadas, ajudo-o perguntando se seria abrigo. Ele diz que sim) o abrigo. Davi foi para o abrigo e lá só tinham três pessoas. Depois ele saiu de lá, virou bandido e foi morar debaixo da ponte (sessão 1).

A partir disso, na sessão 10, em uma conversa com a mãe do paciente, ela alega a possibilidade de perder a guarda da criança, pelo seu comportamento de não cumprir regras e quase expulsão da sua escola. Em sessões anteriores isso aparece na fala do paciente através das histórias criadas com bonecos, ao ler pela primeira vez a impressão é que é apenas algo fantasioso ou que ouviu de familiares (sobre esse contexto de “crianças em abrigo”), pois o mesmo não é uma criança em acolhimento institucional, reside com a mãe e padrasto. Entretanto, na sessão 10 constata-se que são conversas que já ocorreram anteriormente entre a criança e a responsável, indicando que ele expressou acontecimentos da sua vida através de histórias na sessão 1 “Querem encaminhá-lo ao conselho tutelar e a guarda dele pode ser perdida, a mãe disse que chegou a perguntar ao filho se ele queria ir para o abrigo e ele disse que sim. (...)” (sessão 10).

Outro aspecto pertinente presente na subcategoria acerca da temática da violência é com relação a simbolização do abuso. Em passagens de relato de sessão do paciente 5, é possível inferir que a história contada com o livro dos “Três Porquinhos” pode ser um ponto de projeção do paciente com a sua própria história onde o mesmo possui denúncias de violência sexual, nesse caso, configurando um mediador linguístico através do lúdico.

Sentei ao seu lado no sofá então ele inicia a história, logo na primeira página, um dos porquinhos está soltando uma pipa objeto que o paciente disse gostar muito. Percebi que aquele objeto seria um ponto de identificação do paciente com o personagem da história (porquinho) (...) Interessante perceber que por duas vezes o paciente salientou que o lobo fora castigado pelos atos, tendo “fogo saindo da bunda” (palavras do paciente). Será que o paciente acredita que ter fogo (ardência, vermelhidão, dor) da região glútea seja característica de pessoas que tenham feito algo ruim? (sessão 2).

Friedmann (2011) destaca que o fenômeno lúdico é dotado de simbolismos, meio pelo qual a criança expressa o que sente e vive. E em situações em que a criança presenciou ou vivenciou violências e violações ao corpo, o lúdico pode representar um espaço seguro para que a criança possa elaborar toda a agressão vivida, sem que haja perigo iminente (Pedroso; Lobato; Magalhães, 2016). Em outro trecho destacado do mesmo paciente, a partir de uma

tarefa que consistia em desenhar um rosto feliz ou triste a cada vez que ele cumprisse o objetivo de não ir para o banheiro da escola com nenhum colega realizar “esfrega-esfrega”, prática descrita em relatório como abaixar as calças e passar as partes íntimas na outra pessoa, algo emblemático pode ser percebido “Ao realizar no final do dia a tarefa que teria de desenhar um rosto triste caso tivesse feito bagunça ou esfrega, a mãe relatou que ele não conseguia desenhar a boca do boneco demorando quase trinta minutos para realizar a tarefa” (sessão 8).

A partir do relato da mãe, a escola a chamou pois os meninos mais velhos haviam abusado do paciente, ela relatou que havia manchas roxas na boca e céu da boca do paciente, devido a brutalidade dos alunos ao forçar o ato sexual. Esse relato da mãe com relação aos desenhos demonstra o quanto é fundamental a presença da ludicidade na condução dos casos, o paciente ainda não consegue elaborar seu trauma ou externalizar sua dor, diante aos abusos, verbalmente, mas esses elementos surgem através dos seus desenhos ou outras simbologias com brinquedos.

Segundo Matta (2015) crianças muito pequenas que foram expostas ou vivenciaram situações de violência e abuso e ainda não maturaram suas habilidades linguísticas, podem ter dificuldade de processar o trauma através de uma narrativa única, coerente e verbal. Nesse sentido, a partir de reações fisiológicas intensas, há a possibilidade do processamento do trauma, ou seja, por meio do sentir, da experiencição. O lúdico ocupa esse lugar de simbolização das dores e angústias infantis onde a criança opera ao invés de falar (Klein, 1981; Silva, 2018).

Em muitos momentos, não é uma tarefa isolada que irá ter sucesso, principalmente com crianças que foram vítimas de violência, nesse caso abuso sexual de forma recorrente, a constância, insistência e não abandono da criança é fundamental para que ela construa uma imagem de adultos saudáveis e de ambiente protegido e acolhedor (Matta, 2015).

6.3.9 Internalização de regras

Os jogos de encerramento mostraram-se fundamentais também no ambiente final da terapia, em muitos momentos como um motivador para que a criança cumprisse a tarefa principal, mas também como um desativador de emoções fortes, principalmente em sessões que a temática envolvia um tópico delicado ou sensível para a criança. Às vezes esse momento era definido como “a hora da brincadeira”. Como também, em alguns momentos essa atividade é utilizada para reforçar o compromisso do paciente tanto em realizar as tarefas de casa, como se

comportar em sessão. E quando o terapeuta considerava que o comportamento não foi atingido na sessão, o jogo ou brincadeira de encerramento não acontecia “Neste dia, resolvi deixá-lo mais livre na sessão, pois toda semana já venho com uma atividade, passo tarefa de casa e ele corresponde muito bem. Então o deixei jogar, brincar como quisesse e ele gostou muito ao dar o feedback dizendo que ir para a Ong toda semana é o que mais gosta de fazer” (Paciente 24, sessão 6).

Neste trecho, destaca-se a questão do que pode ser considerado terapêutico, sem necessariamente estar vinculado a uma técnica clínica específica, nesse caso é saber respeitar os limites da criança com relação a elaboração da sua história de vida, no caso do paciente 24, na sessão 5 ele já havia relatado um pouco da sua história de maneira direta e intensa, impactando e sensibilizando demais a criança. Na sessão seguinte (sessão 6) a terapeuta compreende a necessidade de uma pausa na intervenção propriamente clínica. Em determinadas ocasiões, o melhor acolhimento é estar presente, em um momento inteiramente dos dois, terapeuta e paciente. Como citado anteriormente na fundamentação, para Winnicott, o brincar é intrinsecamente terapêutico e possui valor autocurativo (Winnicott, 1975).

À vista disso, como forma de trabalhar habilidades sociais e comportamentos mais assertivos, uma atividade comumente utilizada foi quadro de recompensas ou economia de fichas, confeccionado com intuito de ser preenchido durante a sessão ou durante a semana onde a criança ganhava uma recompensa ao final se houvesse preenchido todos os espaços, ou seja, se tivesse se comportado. Eram utilizados personagens como a Elsa, do filme “*Frozen*” do estúdio *Disney*, a Mulher Maravilha ou Pantera Negra, igualmente do estúdio *Disney*. Em outros momentos, jogos também podem ser utilizados para esse propósito.

Tomei o jogo dominó e disse a ele que iríamos jogar. Fiz essa escolha, pois julguei que seria interessante trabalhar algumas regras com ele. Comecei perguntando se ele sabia quais eram as regras do jogo e qual era a importância das mesmas, fomos construindo juntos esse conceito. (...) Durante o jogo, ele precisou passar a vez e reclamou um pouco. Falamos sobre o fato de ele ter perdido o jogo e como era para ele perder. Disse que algumas vezes ele sabe que vai perder e desiste, conversamos sobre isso e sobre as vezes que ele julga que irá perder, mas não perde. Falamos da importância de não desistir (Paciente 12, sessão 10).

6.3.10 Falta de Mediador Lúdico

Importante destacar um tópico para a falta do recurso lúdico como desfavorável e desvantajoso. Nesse trecho do relatório a seguir, é possível depreender que devido a abstração da proposta da atividade e a falta de mediador lúdico na tarefa, a criança apresentou dificuldade

de alcançar o significado do que seria pensamento, sentimento e comportamento e sua interrelação e ao retomar os conceitos na sessão seguinte, o paciente novamente demonstra não compreensão: “Perguntei se ele lembrava do que havíamos discutido na última semana, que foram os pensamentos, sentimentos e comportamentos e perguntei o que ele estava sentindo naquele momento. Ele disse que estava sentindo nada demais, *que não estava emocionado*” (Paciente 26, sessão 8). Nessa sessão a maneira como ele responde à pergunta da terapeuta expressa pouca familiaridade com as emoções comumente trabalhadas em psicoeducação das emoções, com isso, pode-se inferir que perguntas diretas e objetivas acerca de conceitos abstratos podem se mostrar não efetivos com objetivo de psicoeducar a criança.

Em outra passagem, na continuação do diálogo, a não compreensão do paciente também fica evidente: “Disse que ele poderia me dizer também alguma sensação física. Ele disse que estava sentindo muito calor e ele, que estava vestindo uma camisa polo, de um tecido, aparentemente grosso (...)”. Mais uma vez esse trecho evidencia que o paciente não compreendeu a pergunta feita pela terapeuta, uma vez que o intuito da pergunta era correlacionar as emoções com as sensações físicas, ou seja, a corporeidade das emoções. No entanto, pela pergunta direta e objetiva, o paciente responde que está com calor pelo fato de estar utilizando uma camisa pouco arejada, nada relacionado ao seu estado emocional, e sim, inteiramente físico.

Assim como com em outros exemplos, a falta do mediador lúdico expôs o seu forte componente motivacional, quando o paciente declarava: “Eu não gosto dessa sala, não tem folha, não tem brinquedos, nem historinhas, aqui não tem nada” (Paciente 5, sessão 12) ou ainda “*O paciente* ficou incomodado com a sala dizendo que queria ir para outra pois aquela não tinha nada, não tinha brinquedo” (Paciente 6, sessão 20). Como também, “Ao indagar sobre a tarefa de casa (registro dos pensamentos), a paciente disse que não gostou da tarefa e que preferiu o registro semanal das emoções, que continha desenhos” (Paciente 16; Sessão 7). Esses casos explicitam que a presença do brincar, brincadeira ou jogo pode contribuir para um maior engajamento da criança em realizar a atividade. Para Axline (1984) o brincar é o meio natural através do qual a criança se expressa, portanto a clínica com crianças, impreterivelmente deve incluir ludicidade.

6.3.11 Frequência no uso do mediador lúdico

Tabela 4: Categoria 3: fase do atendimento

	Frequência	%
Fase 1: Psicodiagnóstico	245	39
Fase 2: Intermediária	299	47,6
Fase 3: Final	84	13,4
Total:	628	100

Fonte: elaboração própria

Como última categoria desta análise, a fase do atendimento demonstra grandes indicativos com base nos números encontrados, tendo em vista que a fase intermediária possui a maior porcentagem na quantidade de mediadores lúdicos utilizados, com 47,6%, totalizando o número expressivo de 299 aparições. Nesta fase dos atendimentos já havia um maior engajamento da criança na dinâmica das sessões e familiaridade com os conceitos trabalhados permitindo que as atividades planejadas pelo(a) estagiário(a) fossem aplicadas de maneira mais espontânea, tais como a psicoeducação de alguma emoção ou treino de habilidades sociais. A primeira fase ocupa o segundo lugar, com 39%, contabilizando 245 mediadores lúdicos na contagem total. Nesta fase, concentram-se as brincadeiras mais livres com o intuito de conhecer a criança e apresentar o ambiente clínico de uma maneira criativa e descontraída. A fase final é a que recebe o menor engajamento representando 13,4% do total de sessões analisadas. Alguns pacientes possuem pouco menos de 10 atendimentos (11), o que dificulta traçar um plano psicoterapêutico com início, meio e fim.

A baixa frequência nas fases finais do atendimento podem ser explicados pelos mais variados motivos, um dos destaques percebidos é com relação a faltas e atrasos, portanto, mesmo que o atendimento do dia tenha sido feito a qualidade nem sempre é assegurada, como por exemplo a paciente 20 em seis sessões comparece ao atendimento com 25 a 50 minutos de atraso e em algumas sessões a terapeuta relata acerca do comprometimento com o tratamento “Conversamos sobre o atraso, a lembrei sobre o contrato psicológico e disse que devido ao atraso não poderia realizar todas as atividades que havia programado para o dia” (paciente 20, sessão 7).

Esta dinâmica é constatada em outros quatro pacientes e em muitos momentos sem um retorno ou justificativa: “A paciente faltou 2 semanas consecutivas sem justificativa, tentei ligar

para a mãe algumas vezes porém não obtive resposta” (Paciente 23, sessão 11). Nessas sessões em que houve atraso exacerbado, os relatórios são curtos e simplistas. E em alguns deles não há uma atividade feita com algum objetivo específico. No atendimento 9 da paciente 15, por exemplo, é informado que a criança chega “bastante atrasada” para a sessão e indica apenas que conversaram brevemente sobre assuntos envolvendo a mãe. A terapeuta encerra o atendimento explicando para a paciente sobre a importância de não faltar, não chegar atrasada e realizar as tarefas de casa solicitadas, para que a psicoterapia tenha continuidade. Os relatórios se encerram na sessão 9 e não há quase nenhum aproveitamento para a análise de conteúdo. A paciente em questão possui registro de faltas (12) superior à quantidade de atendimentos realizados (9).

A vista disso, a colaboração dos pais e responsáveis configura aspecto essencial para o comprometimento e engajamento da criança à psicoterapia e em alguns momentos houve a necessidade de uma intervenção direta da estagiária: “Novamente precisei ligar para lembrar a mãe e a paciente do atendimento, isso acarretou em alguns minutos de atraso” (Paciente 23, sessão 10). Como também, acerca da descontinuidade dos atendimentos, como por exemplo, o paciente 19 possui apenas 6 relatórios, no momento dos atendimentos reside com os tios, no entanto, no relatório 6 possivelmente voltará a morar com a genitora e é relatado no documento que por esse motivo, os atendimentos provavelmente serão encerrados. Em outro exemplo, com a paciente 20 o relatório de sessão 20 indica que a mãe ameaçou interromper a psicoterapia devido a aborrecimentos com a filha “Disse também que a mãe a ameaça dizendo que não vai trazê-la mais aos atendimentos e ela fica ainda mais triste em pensar sobre essa possibilidade (...)”.

Da mesma maneira que, o fator financeiro também revelou-se como um forte influenciador do comparecimento ou continuidade do tratamento, visto que em tantos casos, os responsáveis colocam a questão de gastos como algo que interfere na presença frequente da criança. Como por exemplo, o paciente 14, que estava em acolhimento institucional no ato dos atendimentos, encerra a psicoterapia na sessão 9 (último registro documental) pois a criança será reintegrada à família e é mencionado que devido à falta de condição financeira, a responsável não conseguirá mais levá-lo aos atendimentos. Nesse sentido, é algo que deve ser levado em consideração nessa avaliação de presença e interpretação acerca do “comprometimento” dos pais e da criança.

6.4 Limitações

Não foram incluídos para análise temática a aplicação e resultados de testes projetivos como o HTP (*House-Tree-Person*) e CAT-A utilizados em sessão. Apesar de serem constituídos essencialmente de ludicidade por serem utilizados com objetivo de realizar avaliação psicológica, não foram considerados para análise categorial. Entretanto, saliento aqui a importância deles em termos de projeção da criança, pois em muitos momentos havia fortes indicativos de transferência da própria percepção da situação atual ou de violência da criança. Eventualmente, pesquisas futuras focando exclusivamente nestes testes e suas implicações avaliativas possam ser interessantes.

Tal como a efetividade das técnicas experienciais, como *RolePlay*, cadeira vazia e imagem mental - apesar de não serem contabilizados na análise de conteúdo, em algumas dessas técnicas foi utilizado fantoches ou desenhos produzidos pela criança. Destaco um trecho para exemplificar:

O estagiário perguntou como ele estava se sentindo, o menino respondeu que não gostou quando ela bateu no boneco dele, mas que ele gostou quando o boneco do estagiário protegeu e defendeu o boneco dele das agressões. Ele disse que sentiu amor quando o boneco dele foi acolhido pelo boneco do estagiário (paciente 9, sessão 12).

Nesse sentido é importante salientar a importância e influência dessas técnicas no processo terapêutico, principalmente com crianças, por envolver a integração corporal de emoções ligadas a memórias traumáticas, dessa forma, a criança assimila melhor o que está sentindo e pensando por conseguir reconsolidar uma memória emocional (Wainer et al., 2016).

Crianças que sofrem violência podem desenvolver disfunções na atenção (Ferreira, 2020), no entanto, como o foco era avaliar o mediador lúdico como um facilitador da comunicação, as implicações prévias da criança não foram consideradas, podendo ser mais bem investigado futuramente. A questão da desatenção e agitação foi comumente relatada em diversos relatórios, sendo citado o uso de psicofármacos prescritos para crianças devido a inquietação. A influência do uso de medicamentos como, Risperidona, Amplictil (100mg) e Rivotril (citados nos relatórios) ou acompanhamento psiquiátrico/neurológico e o uso do lúdico na condução clínica não foi levado em consideração. Estudos futuros concebendo a influência desses marcadores na clínica com crianças podem ser relevantes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve o objetivo de investigar, através de análise documental de fontes primárias, se o brincar inserido na clínica com crianças funcionava como um mediador linguístico que facilitasse a compreensão infantil de termos abstratos como sentimentos, pensamentos e comportamentos, e com isso realizar uma psicoeducação, como também promover um ambiente que possibilitasse a expressão infantil e comunicação das próprias percepções e demandas, mesmo sem o auxílio da comunicação verbal.

Desse modo, o brincar em diversos momentos foi percebido como fundamental para elaborar o que a criança sentia. Simbolizando através do brincar o que vivenciaram, como se percebiam, como percebiam o ambiente ao seu redor, bem como a violência experienciada. Como também, o mediador lúdico suscitou questões envolvendo falta de representatividade racial, autoestima fragilizada e autodepreciação, por vezes através do mediador lúdico era possível observar como a criança se percebia e comunicava isso através da brincadeira.

É válido destacar que a brincadeira com fantoches, através da contação de histórias, foi um dos recursos lúdicos mais efetivos na elaboração de experiências traumáticas relatadas, onde a criança mais projetou suas dores de maneira intensa. No entanto, seu uso não possui números tão expressivos (5%). A integração do corpo e das sensações na formulação da demanda e relato do paciente é ativamente descrita pela abordagem da TE e demais literaturas como eficaz na simbolização significativa das experiências vividas (Matta, 2015; Wainer et al., 2016).

Todavia, as sessões no geral seguiram estruturas padronizadas da TCC (Friedberg; McClure, 2007), sempre começando pela avaliação do humor, tarefa principal que envolvia aprender sobre algum conceito como as emoções, brincadeira ou jogo de encerramento e tarefa de casa. No entanto, em diversos momentos essa organização era o que enrijecia a clínica. A condução de sessões muito normatizadas, em alguns casos, mostrou-se pouco efetiva, como por exemplo, quando a criança respondia a avaliação do humor com o baralho das emoções de forma automática ou questionava se toda a semana seria da mesma forma ou ainda a baixa aderência nas tarefas de casa. Com isso, observou-se que as técnicas devem ser um auxiliador e não um padrão inflexível, pois a psicoterapia é um trabalho de co-construção entre terapeuta e paciente e modificações sempre podem ser feitas de acordo com a necessidade e demandas do paciente.

Em vista disso, a questão do trabalho interdisciplinar mostrou-se importantíssimo na condução do tratamento com crianças, e isso manifestou-se principalmente nas faltas, falta de comunicação com a escola, falta de outros profissionais acompanhando o caso, como

psicopedagogo, fonoaudiólogo ou contato com o psiquiatra e neurologista que atendia a criança. Essa interdisciplinaridade é fundamental e revelou-se faltante para que o psicodiagnóstico com a criança fosse fechado.

A efetividade da condução terapêutica requer certos cuidados e o atendimento clínico social caracteriza-se como um desafio, com muitas nuances e atravessamentos que devem ser considerados. Como por exemplo, uma padronização na composição do relatório de sessão, com descrição dos instrumentos utilizados, objetivo clínico e dados essenciais no cabeçalho do documento, assim como, o preenchimento de relatório de triagem completo, considerando como essencial delinear o perfil racial das crianças atendidas. São dados que podem ser fundamentais para a formulação de caso e que em determinados momentos, pode ser um aspecto central da demanda. Isto permite uma atuação profissional respeitosa, ética e acima de tudo, organizada.

Em conclusão, a presente pesquisa objetivou salientar a relevância do mediador lúdico na facilitação no manejo clínico com crianças, e a partir dos resultados, é possível inferir que o mesmo possui papel essencial e indispensável. A característica criativa e motivadora do brincar e do brinquedo permitiram a criança se apropriar do espaço da terapia, assim como, ganhar protagonismo com relação a sua própria história e fosse canal de comunicação e expressividade infantil, através de simbolismos, analogias e projeções, onde por meio do lúdico suas percepções podiam ser compreendidas e acolhidas. Para que o diálogo terapêutico na clínica com crianças possa acontecer, o uso de mediadores lúdicos torna-se impreterivelmente necessário.

8. REFERÊNCIAS

- ASSIS, Simone G. de; FARIAS, Luís O. Pires. **Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- ASSOCIAÇÃO Vida Plena de Mesquita. [S. 1.], 2018. Disponível em: <https://brazilfoundation.org/project/associacao-vida-plena-de-mesquita/>. Acesso em: 12 dez. 2023.
- AXLINE, V. M. **Ludoterapia: A Dinâmica Interior da Criança**. Belo Horizonte: Interlivros, 1984.
- AZEVEDO, Mariana Ladeira de. et al. **Terapias comportamentais e cognitivas: ondas do mesmo mar ou praias diferentes?** Psicologia em revista. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007. Vol. 16, n. 2 (2022), e30871, p. 1-23, 2022.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de L. de A. Rego & A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BELO, Fábio; SCODELER, Kátia. **A importância do brincar em Winnicott e Schiller**. Tempo psicanalítico, v. 45, n. 1, p. 91-101, 2013.
- BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em <http://https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/eca-2023.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência: Orientação para Gestores e Profissionais da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf.
- BROWN, S. **Stuart Brown diz que brincar é mais do que diversão — é vital**. Entrevista concedida ao Programa TED Talks. Tradução Durval Castro, Revisão Fers Gruendling, 2009. 1 vídeo (26 min 42 seg). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HHwXlcHcTHc>. Acesso em: 15 dez. 2023.
- BUENO, Elizangela. **Jogos e brincadeiras na educação infantil: ensinando de forma lúdica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia). Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina, 2010. Disponível em: <https://www.uel.br/ceca/pedagogia/pages/arquivos/2010%20ELIZANGELA%20BUENO.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.
- CARRIJO, Adriana. **Da pedagogização à medicalização: a construção social da infância pela representação do “cuidado”**. XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2010. Disponível

em:

https://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_304.pdf. Acesso em: 09 dez. 2023.

CAVALCANTE, M. V. et al. **Estimulação cognitiva e aprendizagem infantil: revisão de literatura**. Brazilian Journal of Development, 2020.

CONTI, Fábio Donini; SOUZA, Audrey Setton Lopes de. **O momento de brincar no ato de contar histórias: uma modalidade diagnóstica**. Psicologia: ciência e profissão, v. 30, p. 98-113, 2010.

DA CRIANÇA, Observatório do Adolescente (Fundação Abrinq). **Cenário da infância e adolescência no Brasil**. São Paulo: Fundação Abrinq, 2021. Disponível em: <https://fadc.org.br/noticias/fundacao-abrinq-traca-panorama-da-infancia-e-adolescencia-no-brasil>. Acesso em: 15 dez. 2023.

DA ROCHA, Priscila G. M.; DA ROCHA, Darley J. O.; BERTOLASCE, André L. **A influência da iniciação ao treinamento esportivo sobre o desenvolvimento motor na infância: um estudo de caso**. Journal of Physical Education, v. 21, n. 3, p. 469-477, 2010.

DA SILVA, Johnny C. F.; GONÇALVES, Sílvia M. M. **Perfil da violência contra crianças e adolescentes segundo registros do Conselho Tutelar de um município da Baixada Fluminense**. Revista Mosaico, 2019.

DA SILVA, Liliane R. F. **Proposta de Adaptação do Programa de Desenvolvimento de Virtudes em Crianças e Adolescentes vítimas de violência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2019.

DE OLIVEIRA, Eliana et al. **Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação**. Revista diálogo educacional, v. 4, n. 9, p. 1-17, 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1891/189118067002.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

DE SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; LUÍS, Margarita Antónia Villar. **Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 25, n. 2, 2011.

FERRACIOLI, Laércio. **Aspectos da construção do conhecimento e da aprendizagem na obra de piaget**. Caderno Brasileiro de Ensino de Física. v,16, n. 2, p. 180-194, 1999.

FERREIRA, Larissa de Oliveira e. **A relação entre a violência e o desenvolvimento das funções executivas em crianças e adolescentes**. 2020. 200 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2020.

FRIEDBERG, Robert D.; MCCLURE, Jessica M. **A Prática Clínica da Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FRIEDMANN, Adriana. **Paisagens infantis: uma incursão pelas naturezas, linguagens e culturas das crianças**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - PUC-SP, São Paulo, 2011.

GADELHA, Yvanna A.; DE MENEZES, Izane N. **Estratégias Lúdicas na relação terapêutica com crianças na terapia comportamental**. Universitas: Ciências da Saúde, v.2, n.1, 2004.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**. Saúde em debate, v. 41, p. 63-76, 2017.

GHISIO, Márcia Studer; LÜDTKE, Lucas; SEIXAS, Carlos Eduardo. **Análise comparativa entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia do Esquema**. Revista Brasileira de Psicoterapia, v. 18, n. 3, p. 17-31, 2016.

GIACOMELLO, Karina Jorgino; MELO, Luciana de Lione. **Do faz de conta à realidade: compreendendo o brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência por meio do brinquedo terapêutico**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. suppl 1, p. 1571-1580, 2011.

HADLER, Alice; PERGHER, Giovanni Kuckartz. **O uso da brincadeira na terapia cognitiva comportamental**. WAINER, R. et al. **Novas Temáticas em Terapia Cognitiva**. São Paulo: Sinopsys, p. 415-428, 2011.

JULIO, Elaine. et al. **Estruturação de aplicação da análise de conteúdo**. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/exatas/article/view/2612/1759>. Acesso em: 01 dez. 2023.

KISHIMOTO, Tizuko M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. São Paulo: Cortez, 2017.

LIMA, Gerlena Correia; LIMA, Deyseane Maria Araújo. **O brincar como meio facilitador da expressão da criança sob a perspectiva da Gestalt-terapia**. IGT na Rede, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 28-52, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262015000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2023.

LUCISANO, Renata Valdívia. **Validade da versão brasileira da Avaliação do brincar de faz de conta iniciado pela criança (ChIPPA)-para crianças de 4 a 7 anos de idade**. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MATTA, Reinalda Melo da. **Trauma em crianças em acolhimento institucional: avaliação e transformação por meio do processo psicoterapêutico da Terapia do Sandplay**. 2015. 146 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

MINISTÉRIO Público do Estado do Rio de Janeiro. **Censo da população infantojuvenil acolhida no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: MPRJ, 2023. Disponível em: https://mca.mp.rj.gov.br/documents/3680314/4049171/31_censo_mca.pdf. Acesso em: 20 mar. 2024.

MONTEIRO, M. F.; AMARAL, M. (2020). **Terapia Comportamental Infantil: um panorama sobre o uso de estratégias lúdicas**. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 10(2), 243–255. <https://doi.org/10.18761/PAC.2019.v10.n2.04>, 2020.

MOTIVOS do acolhimento de crianças e adolescentes refletem problemas sociais. [S. l.], 13 jul. 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/motivos-do-acolhimento-de-criancas-e-adolescentes-refletem-problemas-sociais/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

OLIVEIRA, Jeane Franco de; VIEIRA, Érico Douglas. **Reflexões sobre a relação terapêutica: perspectivas da Gestalt-terapia e do Psicodrama**. *IGT na Rede*, v. 12, n. 22, p. 92-110, 2015.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PASIAN, Maria S. Maus-tratos infantis: **O impacto da negligência no desenvolvimento psicossocial e acadêmico de crianças em fase inicial de escolarização**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

PEDROSO, Janari da S.; LOBATO, Caroline Pinheiro; MAGALHÃES, Celina Maria Colino. **Brincar e realidade: verbalizações de crianças em situação de acolhimento institucional**. *Psicologia em estudo*, v. 21, n. 4, p. 711-721, 2016.

PEIXOTO, A.C.A; GAUY, F. V.; SAPIENZA, G. **Supervisão no atendimento a crianças e adolescentes**. In: SILVARES, E. F. M.; MELO, M.H. S.; LÖR, S. S. *Supervisão e Formação em Psicologia*. Editora: Juruá Cap. 05, 2016.

PEIXOTO, A.C.A; GONÇALVES, S. M. M.; ROZARIO, G. F. **Intervenção interdisciplinar com crianças e adolescentes institucionalizados**. In: DE-FARIAS (Org.) *O trabalho de equipes multiprofissionais em diferentes contextos*. Editora: Juruá Cap. 06, 2019.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança. Imitação, jogo e sonho, imagem e representação**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

PIAGET, Jean. **A psicologia da inteligência**. Petrópolis: Vozes, 2013.

PIMENTEL, Alessandra. **O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica**. *Cadernos de pesquisa*, p. 179-195, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742001000300008>. Acesso em: 10 dez. 2023.

POZAS, Denise. **Criança que brinca mais aprende mais: a importância da atividade lúdica para o desenvolvimento cognitivo infantil**. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2012.

POR QUE devemos estimular as crianças a brincar?. [S. l.], 10 out. 2023. Disponível em: <https://www.fadc.org.br/noticias/por-que-devemos-estimular-as-criancas-a-brincar>. Acesso em: 15 dez. 2023.

RABELLO, Elaine; PASSOS, José Silveira. **Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento**. Consultado em, v. 16, p. 08-13, 2008.

RIBEIRO, Eliane G.; GOMES, Ana M. **Estudo de Caso Clínico: Avaliação Clínica Psicológica Infantil com Ênfoco na Terapia Cognitivo Comportamental - TCC**. Revista Enfermagem e Saúde Coletiva, v.3, n.2, 2018.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

ROGERS, Carl. **Um Jeito de Ser**. São Paulo: Summus, 1983.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista brasileira de história & ciências sociais, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SANTOS, Anderson O.; JUNQUEIRA, Adriana M. R.; SILVA, Graciela N. da. **A afetividade no processo de ensino e aprendizagem: diálogos em Wallon e Vygotsky**. Perspectivas em Psicologia, v. 20, n. 1, p. 86-101, 2016.

SCHIAVIN, Janaina Mortari; GARRIDO, Ivan. **Similaridades e diferenças entre as técnicas de análise qualitativa: análise de conteúdo, de discurso e da conversa**. Revista ADM.MADE, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.01-12, maio/agosto, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21714/2237-51392018v22n2p001012>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SCHMIDT, Marília Bordin; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. **O brincar como método terapêutico na prática psicanalítica: Uma revisão teórica**. Revista de Psicologia da IMED, v. 6, n. 1, p. 18-24, 2014.

SILVA, Paola L. **Clínica de Linguagem: o brincar como texto**. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

SOUSA, Lyana C. et al. **O brincar no contexto hospitalar na visão dos acompanhantes de crianças internadas**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 25, n. 1, 2015.

SOUZA, Luana Soares de. **O desenvolvimento sócio cognitivo na Educação Infantil: a importância da atividade lúdica na perspectiva de Wallon**. 2018. 48 f. Monografia (Graduação em Pedagogia) - Universidade Federal do Tocantins, Miracema do Tocantins, 2018.

SOUZA, Natalia Ferreira. **Terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração no Brasil: revisão de escopo**. 2022.

TORRES, Izilda Malta; MEYER, Sonia Beatriz. **O brinquedo como instrumento auxiliar para a análise funcional em terapia comportamental infantil**. Interação em Psicologia, v. 7, n. 1, 2003.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2019: Criança, Alimentação e Nutrição**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/situacao-mundial-da-infancia-2019-crianca-alimentacao-e-nutricao#:~:text=As%20comunidades%20enfrentam%20cada%20vez,vitaminas%20e%20minerais%20E2%80%93%3B%20e%20as>. Acesso em: 02 dez. 2023.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WAINER, Ricardo et al. **Terapia cognitiva focada em esquemas**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Janet S.; WEISHAAR, Marjorie E. **Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZANELLA, Liane Carly Hermes et al. **Metodologia da pesquisa**. SEAD/UFSC, 2006. Disponível em: <https://www.atfcursosjuridicos.com.br/repositorio/material/3-leitura-extra-02.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.

APÊNDICE 1 - Termo de Anuência



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - UFRRJ
SEROPÉDICA - RJ – BRASIL

TERMO DE ANUÊNCIA

Aceito a pesquisadora Emily Tinoco de Azevedo, discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ, a desenvolver a pesquisa intitulada como **"O BRINCAR COMO MEDIADOR LINGUÍSTICO NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO COM CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA"**. O projeto de pesquisa está sob a coordenação/orientação da Professora Doutora Ana Cláudia de A. Peixoto do Departamento de Psicologia (DEPSI/UFRRJ). O objetivo geral deste estudo é levantar e analisar os mediadores linguísticos utilizados na clínica do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA), e será realizada da seguinte forma: seleção e leitura dos relatórios de sessão arquivados na Associação Vida Plena de Mesquita que serão incorporados para análise posterior.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta Instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Nome/assinatura e carimbo do responsável onde a pesquisa será realizada

Ricardo Carvalho de Albuquerque

ASSOCIAÇÃO VIDA PLENA DE MESQUITA

APÊNDICE 2 - Tabela com as categorias de análise

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro	Frequência (%)	Unidade de Contexto
-----------	--------------	---------------------	----------------	---------------------

Tabela criada pela autora