

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS – CCSH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLÓGIA**

**PSICOTERAPIA DE CRIANÇAS EM INSTITUIÇÃO
PÚBLICA DE SAÚDE: NOVAS PERSPECTIVAS A
PARTIR DO OLHAR DA CRIANÇA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Rodrigo Gabbi Polli

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**PSICOTERAPIA DE CRIANÇAS EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA
DE SAÚDE: NOVAS PERSPECTIVAS A PARTIR DO OLHAR
DA CRIANÇA**

Rodrigo Gabbi Polli

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia.**

Orientadora: Profa. Dra. Dorian Mônica Arpini

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

P774p Polli, Rodrigo Gabbi

Psicoterapia de crianças em instituição pública de saúde : novas perspectivas a partir do olhar da criança / por Rodrigo Gabbi Polli. – 2012.

154 p. : il. ; 30 cm

Orientadora: Dorian Mônica Arpini.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2012

1. Psicoterapia da criança 2. Saúde pública 3. Procedimento de desenhos-estórias I. Arpini, Dorian Mônica II. Título.

CDU 615.851-053.2

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**PSICOTERAPIA DE CRIANÇAS EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE
SAÚDE: NOVAS PERSPECTIVAS A PARTIR DO OLHAR DA
CRIANÇA**

elaborada por
Rodrigo Gabbi Polli

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA:

Dorian Mônica Arpini, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Ana Cristina Garcia Dias, Dra. (UFSM)

Silvia Pereira da Cruz Benetti, Dra. (UNISINOS)

Santa Maria, 01 de março de 2012.

AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais, Vania e Volmir,
pelo amor, amparo e suporte incondicionais
e por terem provido todos os cuidados que eu precisava para chegar até aqui.*

*Aos meus irmãos, Fernando e Paula,
pelo afeto, companheirismo e cumplicidade fraternos
repletos de ternura e apoio.*

*Aos meus amigos, Marília, Ana Paula, Sabrina, Evandro e Bruno,
por terem me suprido de todo carinho, força e diversão
que fazem a vida valer a pena.*

*À professora Mônica,
pelas orientações, confiança, palavras sábias e escuta
que me possibilitaram crescer e trilhar o meu caminho profissional.*

*Às colegas e amigas de Mestrado, Milena, Gênesis e Naiana,
pelo coleguismo e por terem me permitido compartilhar com elas
as angústias e conquistas inerentes a todo processo de aprendizagem.*

*Às crianças que integraram o estudo,
por abrirem as portas das suas terapias
e compartilharem comigo conteúdos, sentimentos e vivências particulares,
sem os quais esse trabalho não se daria.*

*“A terapia é um lento projeto de construção, requerendo meses, anos;
não se pode esperar algo de tangível a cada hora –
há horas de frustração que você e o paciente precisam atravessar juntos”*
(YALOM, 2010, p. 128).

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

PSICOTERAPIA DE CRIANÇAS EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE: NOVAS PERSPECTIVAS A PARTIR DO OLHAR DA CRIANÇA

AUTOR: RODRIGO GABBI POLLI

ORIENTADORA: DORIAN MÔNICA ARPINI

Data e Local de Defesa: Santa Maria, 01 de março de 2012.

Várias questões invadem a mente do terapeuta que se aventura no campo da psicoterapia com crianças, fazendo com que este reflita e busque conhecimentos que norteiem a sua prática. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo investigar a forma como crianças que estavam em atendimento psicológico em instituição pública de saúde, em atenção básica, representam a sua terapia e o seu terapeuta. Com este intuito, realizou-se um estudo qualitativo com a aplicação da técnica do desenho-estória. Participaram deste oito crianças com idade entre cinco e doze anos incompletos. Foi solicitado às crianças que realizassem uma sequência de três desenhos-estórias. A análise dos dados coletados foi feita através de análise de conteúdo. Os resultados são apresentados no formato de artigos científicos. O primeiro artigo versa sobre a representação de psicoterapia e o segundo sobre a representação de psicoterapeuta. Os resultados do primeiro artigo evidenciam que as crianças vivenciaram a sua terapia enquanto um espaço onde elas puderam tanto brincar quanto falar sobre si. O destaque dado pelos infantes aos recursos lúdicos e ao conversar salienta a valorização destes enquanto dispositivos que as possibilitaram comunicar e trabalhar as suas questões. Além disto, o tratamento foi experienciado pelas crianças como um lugar destinado a estas realizarem mudanças com o intuito de alcançarem ganhos terapêuticos e melhorarem. Por sua vez, os resultados do segundo artigo apontam que as crianças têm uma representação de psicólogo enquanto alguém que brinca e conversa com elas. Para que o processo terapêutico se dê, foi valorizada a capacidade do profissional prover um ambiente confiável e amparador, no qual a criança se sinta segura para trazer as suas questões, sendo destacado nesse sentido o *holding* recebido ao longo do tratamento. As considerações finais destacam a possibilidade da implantação de serviços de qualidade em instituições públicas de saúde, uma vez que a psicoterapia foi vivenciada pelas crianças como a literatura aponta que ela deve ser independente do lugar em que ela se dá e das pessoas que ela atende.

Palavras-chave: Psicoterapia da criança. Saúde pública. Procedimento de desenhos-estórias.

ABSTRACT

Master's Thesis
Postgraduation Program in Psychology
Universidade Federal de Santa Maria

CHILD PSYCHOTHERAPY IN A PUBLIC HEALTH INSTITUTION: NEW PERSPECTIVES FROM THE CHILD'S POINT OF VIEW

AUTHOR: RODRIGO GABBI POLLI

ADVISOR: DORIAN MÔNICA ARPINI

Place and Date of Defense: Santa Maria, March 01, 2012.

Several issues pass through the mind of the therapist who ventures into the field of child psychotherapy, making them reflect and seek knowledge to guide their practice. This study aimed to investigate how children under psychological care in public health institution, in basic health institution, represent their therapy and their therapist. For this purpose, a qualitative study was carried out, using the draw and tell a story procedures. Eight children between five and twelve years old participated in this study. The children were asked to perform a sequence of three drawing-stories. The data analysis was performed using content analysis. The results are presented in the form of scientific papers. The first article focuses on the representation of the psychotherapy and the second on the representation of a psychotherapist. The results of the first study showed that children experienced their therapy as a place where they could play and talk about themselves. The emphasis given by the children to the ludic resources and to the conversations points out the importance of these therapeutic tools, since they enable children to communicate and work on their issues. Moreover, the treatment was experienced by the children as a place where changes happen in order to achieve therapeutic gains and improvements. The results of the second study suggest that children have a representation of a psychologist as someone who plays and talks with them. In order to make the therapeutic process happen, the ability of the professional to provide a reliable and supported environment was valued. In this place, the child feels safe to bring up their issues, highlighting the holding received during the treatment. The final considerations highlight the possibility of having services of quality in public health institutions, since psychotherapy has been experienced by children as the literature indicates, that is, regardless the place it happens and the people who take it.

Keywords: Child psychotherapy. Public health. Draw and tell a story procedures.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	13
A Psicologia junto às instituições públicas de saúde	14
A Psicologia da Saúde.....	14
A prática da psicoterapia em novos contextos.....	17
A psicanálise na saúde pública.....	23
A psicoterapia de crianças	26
O lugar dos pais na clínica infantil.....	26
A linguagem do brincar.....	31
A interpretação.....	33
A transferência.....	36
O <i>holding</i>	37
Construindo novos destinos: os ganhos em análise.....	38
O fim do tratamento.....	43
A representação social e a Psicologia Clínica com crianças	45
A representação do psicólogo na clínica infantil.....	45
A representação que a criança faz do psicólogo.....	51
MÉTODO	57
Participantes	57
Desenho do estudo	58
Coleta dos dados	60
Análise dos dados	62
Aspectos éticos	62
A instituição e o serviço de Psicologia	63
As crianças	65
Criança 1, F, 9 anos.....	65
Criança 2, F, 11 anos.....	66
Criança 3, M, 9 anos.....	67
Criança 4, M, 11 anos.....	68
Criança 5, F, 5 anos.....	69
Criança 6, M, 5 anos.....	70
Criança 7, F, 6 anos.....	71
Criança 8, F, 6 anos.....	71
ARTIGO 1 – A representação de psicoterapia em crianças atendidas em instituição pública de saúde	73
Resumo	75
Abstract	76
INTRODUÇÃO	77
A psicoterapia de crianças	77
A representação de psicoterapia	81
MÉTODO	83
Participantes	83
Desenho do estudo	84

Análise dos dados.....	85
Aspectos éticos.....	86
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS.....	100

ARTIGO 2 – O olhar de crianças atendidas em Unidade Básica de Saúde sobre o psicoterapeuta.....

.....	105
Resumo.....	107
Abstract.....	108
INTRODUÇÃO.....	109
A psicoterapia de crianças.....	109
A representação de psicoterapeuta.....	112
MÉTODO.....	114
Participantes.....	114
Desenho do estudo.....	115
Análise dos dados.....	116
Aspectos éticos.....	117
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS.....	131

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....

REFERÊNCIAS.....

APÊNDICES.....	149
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	151
Apêndice B – Termo de assentimento.....	153
Apêndice C – Termo de confidencialidade.....	154

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho compõe a Dissertação de Mestrado intitulada “Psicoterapia de crianças em instituição pública de saúde: novas perspectivas a partir do olhar da criança”. Para sua apresentação, optou-se pelo formato de artigos científicos, o que é permitido institucionalmente, conforme o Manual de Estrutura de Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2010). Entende-se, pois, que, através da publicação da presente dissertação em tal formato, vai-se ao encontro do objetivo do Programa de Pós-Graduação (PPG) de publicar os resultados provenientes do trabalho de dissertação na modalidade de artigo em periódicos científicos.

Considerando tais pontuações, esta dissertação foi organizada em quatro capítulos. O primeiro traz uma introdução, abordando aspectos teóricos que embasam os resultados e a discussão dos dados realizados acerca da psicoterapia de crianças. Nesse sentido, a introdução é dividida em três subcapítulos, nos quais são abordadas questões relacionadas à atuação do psicólogo em instituições públicas de saúde, à psicoterapia psicanalítica de crianças e à representação de psicoterapia e psicoterapeuta. No segundo capítulo, apresentam-se os aspectos metodológicos condizentes à técnica empregada para a coleta e análise dos dados da presente pesquisa. Os dois capítulos seguintes trazem estudos oriundos do trabalho de pesquisa sob o formato de artigos, apresentando os resultados e a discussão, tratando o primeiro sobre a representação de psicoterapia e o segundo sobre a representação de psicoterapeuta, ambos em crianças atendidas em instituição pública de saúde.

INTRODUÇÃO

“[...] como é bom ter alguém do nosso lado nos momentos difíceis, mesmo que ele não esteja fazendo nada, aliás, algumas vezes, principalmente se ele não estiver fazendo nem falando nada; nada além de nos conter na cabeça” (GENTILEZZA, 2007, p. 4-5). Em seu livro *Cataventos do sentir: o trabalho psicanalítico com crianças* (2007), Luciana Gentilezza nos traz vários questionamentos sobre a postura do terapeuta, a importância da teoria e a função da interpretação na clínica com crianças. Todas essas interrogações que invadem a mente do terapeuta que se aventura e se arrisca no campo da Psicologia Infantil fazem com que este reflita e busque conhecimentos que norteiem e baseiem a sua prática.

Apesar dos avanços e de todo referencial teórico produzido nesta área, o campo da clínica com crianças ainda é um espaço repleto de incertezas e dúvidas, legitimando tal questionamento normalmente feito em dois sentidos. Por um lado, como apontado por Gentilezza (2007), o psicólogo se indaga sobre a sua própria prática, a sua postura na terapia, a eficácia das suas intervenções, a função do seu arcabouço teórico. Por outro, se pergunta sobre o paciente, se este sabe o porquê de estar frequentando a terapia, como ele enxerga o espaço terapêutico (como um lugar “apenas” para brincar ou um lugar destinado ao trabalho e à transformação) e como esta criança o percebe enquanto terapeuta (se ela lhe atribui as funções próprias da especificidade do psicólogo clínico ou se ela o vê como um médico, professor, tio, amigo).

A criança que embarca pela primeira vez num processo psicoterapêutico ainda não tem construída internamente uma representação própria do ser, do fazer e do ambiente terapêutico. Suas fantasias inicialmente se somam ao que lhe foi dito – ou não dito – pelos seus responsáveis (pais, avós, tios). Num segundo momento, a criança se lança ao desconhecido e, com a ajuda e o suporte do seu terapeuta, tem suas ideias e pensamentos acerca do processo terapêutico transformados e aprimorados. As impressões construídas logo na primeira sessão – que se adaptam e mudam ao longo de toda a psicoterapia – vão influenciar diretamente a forma como o paciente vai se apropriar desse espaço e utilizar o terapeuta. Desta forma, o questionamento recorrente sobre a sua prática (inicialmente citado) é fundamental para o bom empreendimento do processo psicoterapêutico com crianças, uma vez que remete o psicólogo ao trabalho de reflexão e, conseqüentemente, de adequação do seu fazer para que este se adapte e atenda melhor às demandas da criança que se encontra em atendimento psicológico.

Além disto, o aumento da oferta de serviços de Psicologia na área de saúde mental estendida a toda população aponta para o reconhecimento da importância do sofrimento psíquico enquanto um dos fatores que devem ser levados em consideração quando o foco é o bem-estar de pessoas, grupos e comunidades (BEZERRA JR., 1987). A inserção da Psicologia – incluindo a prática da Psicologia Clínica – em novos contextos e direcionada a outras populações convoca profissionais e pesquisadores da área a refletir acerca das necessárias e inevitáveis adaptações e transformações que toda realocação de um fazer implica. Tal processo de questionamento e adequação de uma prática se faz no intuito de assegurar o direito da população ao acesso a um serviço de qualidade que atenda às suas demandas por saúde, reconhecendo e respeitando-a nas suas especificidades.

A Psicologia junto às instituições públicas de saúde

A Psicologia da Saúde

Limitado até dado momento à atuação em consultórios particulares e hospitais, o campo sobre o qual recai o fazer da Psicologia vem sofrer diversas transformações a partir de 1982 com a adoção de uma nova política por parte da Secretaria da Saúde do estado de São Paulo (SPINK, 2003). Segundo Spink (2003), tal ação, voltada para a descentralização dos serviços de saúde mental dos hospitais e a consequente extensão destes para a rede básica, leva à criação de um novo espaço onde o psicólogo pode estar se inserindo e contribuindo de forma significativa para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença.

Neste momento, há uma concordância quanto à necessidade de se ressaltar os atendimentos que ocorrem extra-hospitalares, ou seja, as intervenções que têm lugar nos ambulatórios, nos centros de saúde e na rede de atenção primária visto que o hospital psiquiátrico não corresponde às demandas sociais por tratamento. Isto se deve não só ao fato dos locais de internação não operarem terapêuticamente, mas também ao fato de que os quadros que se apresentam para os serviços de saúde mental não precisarem de tal internação, apresentando melhor prognóstico se forem atendidos em serviços substitutivos junto às comunidades (BEZERRA JR., 1987).

Por outro lado, a adoção de tal política se deve, entre outros fatores, a insuficiência do modelo biomédico. A partir do controle das doenças infecciosas – advindo dos avanços da medicina –, se assiste à ascensão de um novo padrão de morbidade-mortalidade vinculado a fatores comportamentais. Uma vez que os índices de doença e morte são principalmente causados por comportamentos, hábitos e estilos de vidas danosos à saúde, o modelo biomédico entra em crise devido a sua carência teórico-técnica para explicar e atuar sobre os novos padrões de saúde-doença. A insuficiência do modelo biomédico acarreta uma nova forma de se perceber o fenômeno da saúde e uma mudança no foco de atenção, conforme apresentados a seguir (MATOS, 2004):

A saúde passa então a ser pensada como a interação de diversos fatores – entre eles, biológicos, psicológicos, sociais, ambientais, econômicos e históricos. Esta maneira interdisciplinar de encarar a saúde acarreta a necessidade de um trabalho também multi e interdisciplinar que dê conta de englobar todos estes diversos elementos que, de uma forma ou de outra, interferem no processo saúde-doença. Com isto, outros profissionais e áreas do saber que antes não figuravam no âmbito da saúde são integrados e começam a fazer parte das equipes.

Com a mudança do modelo biomédico para um modelo interdisciplinar, há também uma alteração do foco de atenção; este deixa de ser a doença, passando a ser dada maior importância aos investimentos e as intervenções voltadas para a saúde (entendida não mais como mera ausência de doença, mas como um processo de bem-estar, de qualidade de vida). Através da atuação num momento em que a doença ainda não está posta – tanto por medidas preventivas de doenças como promotoras de saúde – se alcança uma redução de gastos com a doença, o que possibilitaria a transferência de parte dos recursos e, conseqüentemente, um maior investimento no campo da saúde. Isto se deu, também, pelo fato de que a cura da doença, além de mais complexa, tem custos muito mais elevados.

Pode-se perceber, concomitantemente, uma necessidade de se transferir os recursos financeiros públicos das instituições privadas de saúde para as públicas devido ao fato destas, ao contrário das primeiras, não precisarem funcionar de acordo com a lógica capitalista, a saber, a demanda de lucro. Busca-se com isto oferecer um melhor atendimento à população como um todo, investindo na qualidade dos serviços públicos de saúde prestados. Desta forma, visou-se também assegurar o acesso das camadas economicamente mais empobrecidas para que estas pudessem usufruir dos recursos técnicos e humanos disponíveis a fim de manterem e recuperarem sua saúde (BEZERRA JR., 1987).

Assim, pode-se perceber uma mudança de paradigma, o qual passa de um modelo biomédico, hospitalocêntrico, clínico e voltado para a doença, para um modelo de saúde pública, mais voltado para a comunidade, para a saúde e com o foco em estratégias de prevenção, proteção e promoção (MATOS, 2004). A possibilidade de atuar num novo campo que vêm aos poucos se abrindo e se configurando para a Psicologia leva a uma cada vez maior inserção do profissional psicólogo nos serviços de saúde (SPINK, 2003). Tal campo configura o que a literatura denomina de Psicologia da Saúde. Para Spink (2003), o psicólogo que trabalha nesta área “tende a pesquisar e atuar em serviços de atenção primária, em contextos comunitários, em problemas de saúde em que pesa a prevenção à doença e a promoção à saúde [...]” (p. 27).

Indo ao encontro das ideias trazidas por Spink, Teixeira (2004) apresenta a Psicologia da Saúde enquanto a área dentro da Psicologia que se dedica aos fenômenos da saúde e da doença, bem como da prestação de cuidados de saúde, levando em consideração os contextos sociais e culturais em que estes fenômenos ocorrem. De acordo com o autor, neste campo são realizadas intervenções direcionadas para os indivíduos e para as comunidades, através de ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença, visando à melhoria da qualidade de vida e o aumento do bem-estar. Dentro destas atuações, salienta-se o foco dado à capacitação das populações, mediante o desenvolvimento de competências e habilidades pessoais e sociais, possibilitando que, ao se depararem com situações de risco, consigam enfrentá-las e superá-las com um mínimo de danos à sua saúde (MATOS, 2004).

Por se tratar de um campo no qual o psicólogo não estava inserido – com contextos e populações diferentes das suas práticas iniciais –, este profissional tem se deparado com dificuldades para intervir nas instituições onde se dá o processo saúde-doença. Seja por não conseguir adaptar as suas técnicas de uma esfera para outra ou pelos demais profissionais da equipe multiprofissional não compreenderem a sua função (SPINK, 2003), o psicólogo da saúde tem encontrado uma necessidade de repensar a sua prática, redefinir o seu papel, ampliar o seu campo de trabalho e buscar complementos a sua formação (MATOS, 2004). Os questionamentos de como atuar e onde atuar têm refletido o processo inicial no qual se encontra a formação desta nova área (SPINK, 2003); um campo que paulatinamente tem sido descoberto e explorado.

A prática da psicoterapia em novos contextos

Frente a tais dificuldades e questionamentos, os psicólogos que atuam no setor público de saúde muitas vezes optam por fazer o que eles tradicionalmente sabem, ou seja, prestar atendimentos exclusivamente clínicos, individuais e sem a interlocução necessária com os demais profissionais; não atendendo, desta forma, a demanda crescente por serviço de Psicologia presente nos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2004). Os autores ainda salientam que a clínica psicológica é necessária, mas o trabalho da Psicologia não pode se restringir apenas a ela.

Desta forma, enquanto prática indispensável – devido à possibilidade de um transtorno psíquico se instaurar e à necessidade de intervenção para que a saúde do paciente seja restaurada –, o campo da psicoterapia deve ser constantemente foco de reflexão e pesquisa, uma vez que diferentes contextos e realidades têm demandado a atuação e a inserção da Psicologia dentro de novos espaços. Ao se abordar, portanto, a questão da psicoterapia em unidade básica de saúde, ambulatório ou qualquer outro serviço que em alguma medida difere do consultório particular, não se pode esquecer que tal prática ainda deve ser reconhecida dentro da grande área das psicoterapias. Com isto se quer dizer que, embora o espaço institucional ou a população atendida por determinado serviço mude, o modelo de clínica oferecido aos usuários não pode divergir tanto a ponto de não se situar dentro dos pressupostos ou sobre os pilares que configuram e delimitam o fazer da Psicologia Clínica.

A transposição desta prática de um contexto para outro não pode gerar um embate entre a psicoterapia de consultório particular *versus* a de instituições públicas de saúde como se elas supusessem duas clínicas que diferem radicalmente uma da outra (FIGUEIREDO, 1997). Por outro lado, seria do mesmo modo um equívoco afirmar que ambas não divergem entre si, visto que a diferença de campo de atuação leva a uma alteração e adaptação necessárias a qualquer recontextualização a fim de que a prática faça sentido e atenda às necessidades e demandas da realidade em que está se inserindo. Tal mudança não desqualifica nem separa uma prática da outra, uma vez que ambas se assemelham e se aproximam dentro da grande área que fundamenta ambos os fazeres. Tais formas de se exercer uma mesma profissão estão ligadas por aqueles elementos que juntos formam a identidade de um campo de intervenção, unindo-as na diferença (FIGUEIREDO, 1997). Tomando o campo da Psicologia Clínica, ao ampliá-lo para outros contextos, não devemos abandonar aquilo que é próprio da sua área, mas sim aumentar a sua abrangência através da sua atualização e

adaptação a essas novas realidades, sem com isto descaracterizar o que é comum às práticas psicoterápicas (FIGUEIREDO, 1997).

Por um tempo, uma grande parcela da população foi desconsiderada pela área da psicoterapia e, quando da necessidade de se expandir o campo e reformular a identidade da Psicologia Clínica pautada numa política que visa disponibilizar serviços psicológicos a todos os grupos sociais, iniciou-se uma busca por modelos alternativos de atendimento desvinculados do exercício estereotipado de clínica voltada para as classes abastadas. Nesse sentido, fez-se imprescindível a implementação de serviços adaptados ao contexto social da intervenção; sendo fundamental, para tanto, conhecer a cultura e as reais necessidades das comunidades em que a Psicologia estava se inserindo (MACEDO, 1984). Para tanto, não se deve simplificar o psiquismo a ponto de universalizar o sofrimento psíquico e, conseqüentemente, a sua terapêutica para todos os sujeitos em seus mais diversos contextos sociais, históricos e temporais, posto que cada indivíduo se angustia de modo impar, influenciado por questões pessoais e culturais (BEZERRA JR., 1987).

A prática tem mostrado uma inadequação dos dispositivos terapêuticos para o atendimento dos grupos da população que divergem da clientela da clínica privada, dentre eles, as classes trabalhadoras. Os poucos resultados alcançados, a alta taxa de desistência do tratamento e a ineficácia das psicoterapias apontam para uma restrição do saber psicológico (BEZERRA JR., 1987; ROPA; DUARTE, 1985). Seja por uma diferença no sistema linguístico ou por uma incompreensão da cultura daquela população, tem-se evidenciado um abismo sócio-cultural que separa os profissionais das comunidades assistidas, o que produz serviços descolados da realidade e atendimentos, por sua vez, ineficazes (ROPA; DUARTE, 1985). O profissional raramente vai se deparar com uma pessoa que apresenta as mesmas concepções de saúde e doença psíquica que ele – incluindo aqui suas causas, sua cura e o que consiste o seu tratamento. Ao não levar isto em consideração, sua escuta torna-se limitada e sua intervenção produz pouco ou nenhum efeito (BEZERRA JR., 1987). Antes de transpor indiscriminadamente uma prática de um contexto para outro, dever-se-ia questionar a eficácia desse modelo de atendimento junto às novas populações visadas. Para além disto, seria igualmente necessário compreender as representações daquela comunidade a respeito de sofrimento psíquico e que espaços ela destina para os indivíduos que a integram tratarem e lidarem com suas angústias (ROPA; DUARTE, 1985). Tal ampliação da prática clínica, devido à urgência de se expandir e, com isso, repensar o fazer da Psicologia, implicou e ainda implica em algumas dificuldades.

Com o intuito de refletir acerca de tais impasses, pensemos a psicoterapia enquanto um sistema simbólico que permite ao paciente, por intermédio do terapeuta, pensar sobre experiências e fantasias até então inomináveis, ao mesmo tempo em que as elabora e as integra à sua história. Deste modo, enquanto terapêutica, a clínica psicológica apresenta sua eficácia na medida em que possibilita ao sujeito simbolizar e, com isto, representar vivências até então desagregadas e, portanto, traumáticas para si. Enquanto sistema simbólico que oportuniza a assimilação de estados e oferta algumas possibilidades de representação, a psicoterapia depende, em alguma medida, da credibilidade com a qual o indivíduo a investe e, conseqüentemente, do lugar social que esta ocupa como prática terapêutica (ROPA; DUARTE, 1985). O sujeito tem que colocar o analista no lugar de saber, ou seja, de alguém que tem um conhecimento sobre o paciente e sobre a forma de ajudá-lo a lidar com as suas angústias e sofrimentos. Por sua vez, o analista deve ocupar este espaço que lhe é reservado; sabendo, contudo, ser este um lugar de suposto saber.

Desta forma, para operar terapeuticamente junto a um indivíduo que apresenta sofrimento psíquico, o paciente tem que estar vinculado ao sistema da psicoterapia, ao passo que este deve fazer algum sentido dentro do conjunto de crenças e valores do paciente. Tal possibilidade de se vincular a um sistema vai depender tanto do lugar que este ocupa na sociedade (isto é, das representações sociais que cercam esta práxis) e das características pessoais do sujeito (ROPA; DUARTE, 1985). Com isto se quer dizer que o sucesso ou o fracasso de uma relação terapêutica não está depositado unicamente sobre a competência do analista ou sobre a capacidade do paciente, mas também e principalmente sobre as limitações do modelo de escuta e intervenção da prática psicoterápica frente a determinados grupos da população (BEZERRA JR., 1987; ROPA; DUARTE, 1985).

A configuração do campo e do fazer da Psicologia Clínica se deu a partir do atendimento de pacientes oriundos de classes sociais dominantes – tanto econômica quanto culturalmente –; estando, portanto, a sua prática voltada e moldada para atender às demandas e necessidades dessa clientela, havendo uma maior afinidade entre o modelo clínico estabelecido e a forma destes sujeitos pensarem a si mesmos (MACEDO, 1984; ROPA; DUARTE, 1985). Este grupo, devido à sua escolarização, aprendeu que a história de cada um juntamente com as experiências e os sentimentos inerentes ao viver vão determinar, direta ou indiretamente, os sofrimentos pelos quais a pessoa está atualmente passando. O tratamento, deste modo, é facilmente assimilado como algo dirigido à investigação, reflexão e descobrimento do sentido do sintoma através do dispositivo da fala. Para estes, o medicamento, se imprescindível, opera enquanto instrumento auxiliar deste processo. Por

outro lado, os grupos populares apresentam algumas singularidades as quais devem ser foco de atenção quando a questão é o atendimento psicológico. Tais particularidades são explanadas a seguir (BEZERRA JR., 1987):

Os grupos populares demandam do profissional de saúde mental alguma orientação ou prescrição de algum remédio que os possibilite retornar o mais rápido possível ao seu trabalho. Isto se dá uma vez que para esta parcela da sociedade a representação de doença está muito mais relacionada à incapacidade de exercer as suas atividades laborais, restringindo a definição de doença e alargando a de saúde, a qual abarca também estados pertencentes ao campo do mal-estar, mas que não atuam enquanto empecilho para a atividade profissional. Além disto, a causa da doença é referida como sendo normalmente de ordem somática – algum problema nos nervos ou na cabeça. Como a causa do transtorno localiza-se, portanto, no corpo, os esforços em direção à cura geralmente não se voltam para a introspecção e a análise de emoções, desejos e receios. Tais representações em torno do conceito de saúde e doença vão influenciar, desse modo, o momento em que o sujeito vai buscar o tratamento, o que espera alcançar como resultado e a ideia de como este pode auxiliá-lo.

Pode-se pensar, desse modo, que a inadequação das psicoterapias em grupos populares reside nestas diferenças entre terapeuta e paciente. Para os profissionais da Psicologia, a doença é oriunda de um conflito psíquico para o qual os recursos do sujeito não conseguiram estabelecer uma solução satisfatória. Devido a isto, terapeuta e paciente investem num trabalho de exploração e reflexão através da palavra que permita o último se apropriar do sentido oculto do sintoma e construir destinos mais adequados para os seus conflitos. Já para a classe trabalhadora, a doença é originária de problemas orgânicos, educativos, hereditários, sobrenaturais ou místicos, vindo a procurar os serviços de saúde quando a doença acarreta dificuldades para a execução do trabalho e das tarefas domésticas. A partir disto, buscam geralmente uma solução imediatista, rejeitando propostas de intervenção mais longas que visam um funcionamento saudável e uma melhor qualidade de vida para o sujeito. Isto deve ao fato do paciente acreditar na impossibilidade de alcançar tal estado ou de não se reconhecer como estando numa situação de mal-estar – devido a uma diferença cultural –, não devendo o analista despender esforços para instaurar no paciente sua própria concepção de bem-estar.

Além disto, para que o processo de psicoterapia se dê, é esperado que o paciente seja capaz de identificar a doença como um problema que lhe acarreta perdas e, consecutivamente, sofrimento. Somando-se a isto, deve ser capaz de reconhecer esta dor psíquica como resultante de uma multiplicidade de fatores que podem se tornar acessíveis ao seu

conhecimento. Deve também buscar o sentido do sintoma através da reconstituição da sua história, o que lhe permite se apropriar de experiências até então estranhas, criar novos sentidos e reconstruir sua biografia. Nesse sentido, uma questão se faz presente: como exercer um processo terapêutico que exige noções de causalidade, hábito de problematização, atitude de exploração, valorização das experiências emocionais, capacidade de introspecção e comunicação da intimidade se estes não são atributos *a priori* da natureza humana, mas sim oriundos de um aprendizado cultural, que não ocorre – pelo menos não da mesma forma – em todos os grupos sociais?

Talvez a possibilidade de se encontrar uma resposta para tal questionamento se dê a partir da reflexão do que é esperado pelo paciente pertencente aos grupos populares, a saber, uma resolução mais imediatista do seu problema. O terapeuta espera que o seu paciente veja o futuro como um campo repleto de possibilidades e que este possa, a partir dos resultados da terapia, fazer escolhas com maior clareza, alcançando maior satisfação, prazer e realização pessoal. Isto implica na ideia de que o sujeito se responsabilize por suas escolhas e esteja ciente de que elas determinam seu futuro. Contudo, as condições do grupo popular não permitem que seus integrantes possam efetivamente optar, voltar atrás, mudar suas escolhas e planejar suas vidas a longo prazo. Os membros dos grupos populares têm como preocupação sua sobrevivência – incluindo aqui questões básicas de alimentação e moradia –, o que torna a quantidade de opções que lhe são apresentadas, e a possibilidade de efetuar-las, extremamente reduzida. Isto acarreta uma perspectiva de encarar o tratamento psicológico de um modo menos “ambicioso” e mais voltado para a resolução de problemas pontuais e, portanto, imediatos que representam empecilhos para a execução das tarefas diárias. Deste modo, as frequentes interrupções e abandonos do tratamento não significam necessariamente uma desistência, podendo o paciente ter alcançado o que ele esperava conseguir por intermédio da terapia, tendo suas demandas satisfeitas. A concepção de psicoterapia enquanto um processo longo e profundo a fim de reestruturar o funcionamento psíquico do sujeito não precisa estar colada a ideia de terapia bem sucedida. O tratamento pode atingir seus objetivos através da resolução dos problemas que a pessoa está enfrentando no momento, podendo esta buscar novamente ajuda se uma nova dificuldade se fizer presente. Para que isto se dê, os profissionais têm que acolher este tipo de funcionamento dos usuários, sem tomá-lo como descaso pela própria saúde ou pelo serviço.

A partir disto, tem-se pensado em outras possibilidades de serviços que atendam a esta demanda de acolher o sujeito que está passando por um momento de crise numa modalidade de intervenção que aborde dificuldades mais pontuais e que o possibilite a retornar às suas

atividades, das quais teve que se afastar devido à doença. Nesse sentido, a proposta de intervenção estaria embasada em uma abordagem focal, através de psicoterapia breve, a qual direciona os seus esforços para auxiliar o paciente nos problemas apresentados por este. Através disto, é focado no atendimento as dificuldades do sujeito, visando descobrir e trabalhar junto com este suas capacidades, potencialidades e limitações, num pequeno intervalo de tempo, de maneira que traga como resultado a possibilidade do paciente de lidar com a situação de crise pela qual está passando, ao passo que alivia o seu sofrimento psíquico (MACEDO, 1984).

Enquanto modalidade de atendimento individual que vêm se expandindo, as psicoterapias breves não devem ser implementadas em serviços de saúde com o intuito de aumentarem o número de sujeitos atendidos visto que o tempo do processo terapêutico estaria reduzido ou limitado *a priori*. Não se trata aqui de uma questão econômica de atender um maior número de pacientes num menor intervalo de tempo para dar conta de uma demanda crescente por serviços de Psicologia. Trata-se de uma possibilidade de levar até as populações outras configurações de psicoterapia que melhor possam atender as particularidades e, com isso, as necessidades da clientela destas instituições (BEZERRA JR., 1987).

Apesar disto, ainda pode ser identificada uma dificuldade na relação terapeuta-paciente, uma vez que o indivíduo pertencente a grupos populares não vê no terapeuta apenas a figura de uma autoridade detentora de um saber técnico-científico, mas também um membro de um grupo social hierarquicamente superior ao seu. Desta forma, uma vez identificada pelo sujeito tal diferença entre as condições de vida dele e as do seu psicólogo, as comunicações deste último sobre a conflitiva do paciente podem encontrar certa dificuldade de incorporação na medida em que são percebidas como oriundas de uma posição inalcançável. Nesse sentido, a alternativa de terapias grupais para esses casos se faz presente. Entre iguais, o paciente pode se sentir mais a vontade para verbalizar e compartilhar os seus sentimentos e experiências, além de tomar para si a fala de outros integrantes do grupo mais facilmente, visto que estes compartilham à mesma realidade sócio-cultural que a sua. Neste campo, o terapeuta não opera enquanto modelo de identificação, mas como facilitador da comunicação, permitindo a troca entre os integrantes do grupo. Vale, por fim, ressaltar que o tratamento grupal não deve ser escolhido por atender um maior número de pessoas num curto espaço de tempo, mas porque ele atua como o melhor dispositivo terapêutico para um determinado universo de sujeitos (BEZERRA JR., 1987).

Com tudo isto não se quer dizer que não há demanda para um tratamento individual mais profundo e, portanto, mais demorado em grupos de camadas populares. Um atendimento

nestes moldes, que se propõe a reorganizar estruturalmente a psique do paciente e possibilitar que este consiga lidar melhor com o sofrimento inerente ao viver, também tem espaço em instituições onde ocorre o fenômeno saúde-doença. Salienta-se aqui que o importante é não estabelecer de antemão que uma única forma de terapia vai servir para todos os pacientes que utilizam o serviço, posto que a duração do atendimento e a forma de conduzi-lo vão estar atreladas a diversos fatores – entre eles, as características do sujeito e da patologia apresentada por este –; não devendo, portanto, o processo psicoterapêutico ser uniformizado (BEZERRA JR., 1987). Assim, conforme já apontado, uma modalidade de intervenção como a proposta pela psicanálise encontrará dificuldades que precisam ser alvo de reflexão quando transpomos este modelo de escuta para contextos e sujeitos diferentes dos da clínica privada.

A psicanálise na saúde pública

Na saúde pública encontramos uma imposição que se estende para todos os serviços prestados à população, a saber, que a pessoa não pode pagar pelo atendimento que recebe. Para o fazer da Psicologia aqui se coloca um impasse, visto que o não pagar pode implicar em resultados catastróficos para o tratamento, posto que a terapia – mesmo após certa elaboração por parte do paciente – não apresenta avanço sem alguma forma de pagamento. Isto se deve ao fato de que o pagar opera enquanto dispositivo eficaz na resolução da transferência, visto que, ao pagar, o paciente estaria saindo de uma posição de dívida eterna com o terapeuta pelo tratamento ofertado por este (FIGUEIREDO, 1997), uma vez que a atenção do terapeuta, sem alguma forma de pagamento, pode ser considerada um favor (BEZERRA JR., 1987).

Contudo, há vias de fato para tal empecilho ser contornado, sendo imprescindível para tanto que o sujeito pague, mesmo que não o faça com dinheiro. Dever-se-ia aqui estabelecer alguma modalidade de pagamento que valesse como metáfora do dinheiro, algo que represente alguma perda, trabalho ou esforço para o paciente, isto é, algo que custe ao sujeito e que o mobilize a se empenhar na psicoterapia. Desta forma, a pessoa poderia estar pagando pelo seu tratamento através de alguma produção própria que ela entrega ao terapeuta ou, até mesmo, pagar com o tempo que ela despense na terapia – acarretando, por exemplo, um turno por semana que o indivíduo acaba faltando ao trabalho ou não podendo cuidar dos filhos – e com os custos do deslocamento até o local do serviço. Seja como for, o importante é que o sujeito tenha uma perda significativa que não infinitize sua dívida com o

terapeuta e que garante uma perda de gozo do seu sintoma – o qual já deveria estar em cena quando da procura por tratamento (FIGUEIREDO, 1997).

Por outro lado, o paciente precisa estar consciente – e a grande maioria já está – de que o terapeuta não está ali por caridade ou favor. O seu trabalho tem um custo, ou seja, exige um pagamento recebido pelo profissional na forma de salário. Com isto, estaria posto para o paciente que o psicólogo não está ofertando sua escuta em troca ou com o intuito de alcançar um gozo proveniente do ouvir os segredos, as fantasias, os problemas e o sofrimento do paciente. O terapeuta não está ali para gozar através da fala e do discurso do outro, mas sim na busca de obter o gozo do dinheiro. Dado isto, ninguém fica em débito com ninguém (FIGUEIREDO, 1997).

Outro aspecto importante a ser levado em consideração é a ausência do divã nos serviços públicos de saúde, visto que este não faz parte do mobiliário obrigatório e essencial. O divã, enquanto dispositivo clínico, opera na interdição do olhar do paciente em direção à figura do analista. O não olhar resulta em ganho para a terapia, uma vez que as associações do paciente não se misturam com a transferência, não vindo esta a aparecer como resistência precocemente durante o processo terapêutico. Desta forma, por meio do divã, a transferência emerge enquanto resistência em seu devido momento, restringida às fantasias do analisando; não sofrendo, portanto, as interferências da imagem do analista (FIGUEIREDO, 1997).

Quando fala sobre si em análise, o paciente revela algo inerente à fantasia a um outro, isto é, compartilha o que antes era da ordem do particular; do que não deve ser dito, mas sim escondido. Ao discorrer sobre coisas íntimas e secretas, o sujeito pode ficar envergonhado – acarretando até um possível suspender a fala –, visto que o “despir” sua mente frente a um outro pode gerar encabulamento, uma vez que o paciente se mostra ao olhar do analista, implicando na fantasia do analisando algo da ordem do julgamento. Neste sentido, o divã entra com o intuito de atenuar os excessos produzidos na transferência, visando que a pessoa do analista saia o máximo possível de cena, diluindo o imaginário do paciente sobre a figura do terapeuta (FIGUEIREDO, 1997).

Entretanto, a estrutura das instituições de saúde é voltada e moldada para a consulta médica. Nestas, o frente-a-frente – evitado por intermédio do divã – perpassa todos os atendimentos realizados, uma vez que a conversa (onde geralmente um pergunta e o outro responde) faz parte dos dispositivos de intervenção, tanto diagnósticos quanto terapêuticos. Embora a clínica da psicanálise tenha início neste tipo de discurso dialógico, este deve dar lugar a uma espécie de monólogo, no qual a contrapartida da fala do analisando é a escuta do analista. Todavia, não podemos nos apegar ao objeto divã como fundamental para que o

processo analítico se dê. A ausência do divã enquanto dispositivo clínico deve ser manejada de maneira criativa; o que, não obstante, já vem sendo feita. Olhar para os lados, para cima, em direção ao próprio corpo e virar a cadeira são exemplos de artifícios que alguns pacientes têm lançado mão para desfazer o olhar inibidor do analista, demonstrando que algumas faltas podem ser contornadas (FIGUEIREDO, 1997).

Somando-se ao que já foi apresentado, encontramos ainda a questão temporal. Como manejar a frequência e a duração de uma análise na saúde pública onde se trabalha com lista de espera com uma grande demanda por atendimento psicológico? Embora o modelo *standard* coloque que se trabalha no campo da psicanálise só com um mínimo de três a cinco sessões por semana – menos que isso seria psicoterapia –, muitos profissionais se propõem a fazer um trabalho de ordem psicanalítica com atendimento semanal ou quinzenal dependendo da demanda do paciente, mostrando com isso que a frequência só se apresenta enquanto empecilho se a burocracia do serviço for muito inflexível (FIGUEIREDO, 1997).

Antes mesmo de questões dessa ordem, o que realmente preocupa os profissionais é as faltas, isto é, a constância do paciente na terapia. Como o serviço é gratuito – o sujeito não pode ser cobrado pelo atendimento que recebe –, é possível que alguns pacientes acabem se comprometendo menos, visto que estes podem faltar sem que isto lhes acarrete em algum custo, representando até mesmo alguma economia com relação ao tempo ou ao dinheiro da passagem que seria despendido ao comparecer ao serviço. Mesmo com as regras de duas ou três faltas sem justificativa levar ao desligamento do paciente, eles sabem que podem retornar ao serviço e reingressar na lista de espera para serem atendidos (FIGUEIREDO, 1997).

Contudo, a frequência que mais interessa não é a dos pacientes que faltam e desistem do atendimento, mas sim a dos que persistem a vir, dando continuidade ao trabalho de elaboração. Isto pode levar a pensar que para estes a psicoterapia produziu algum sentido, que a figura do psicólogo se mostrou diferente da do médico, encontrando no psicoterapeuta a pessoa que pode ajudá-los a resolver os seus problemas. A partir disto, começa a se tornar evidente que o fazer da Psicologia tem sido incorporado pelas populações e comunidades junto as quais ela atua, sendo construída uma cultura do fazer psicológico, um espaço percebido como diferente e necessário (FIGUEIREDO, 1997).

Ressalta-se, por fim, que, embora muito já tenha sido pensado e refletivo, este ainda é um campo novo para a Psicologia. Seja através de estratégias de intervenção em nível de promoção de saúde, prevenção de doenças ou recuperação de saúde, a atuação da Psicologia tem se feito imprescindível frente à crescente demanda por atenção à saúde. Tal necessidade tem se dado em diferentes contextos que em alguma medida divergem da clínica privada,

exigindo uma contextualização e adaptação dos serviços prestados às novas realidades assistidas. Neste sentido, outras formas de atenção têm sido demandadas da Psicologia nas instituições públicas de saúde, se mantendo, a pesar disto, a necessidade da prática clínica tanto voltada para adultos e adolescentes como para crianças. Infelizmente, estas últimas acabam muitas vezes não recebendo a atenção devida por parte das políticas públicas, ficando grande número de crianças sem assistência adequada. Contudo, é importante lembrar que na história da clínica com crianças na Europa pode-se identificar que houve uma preocupação de que as problemáticas da infância e a necessidade de compreendê-las foram apontadas por autores que se debruçaram com muita dedicação à infância (DOLTO, 1971/1984, 1979/2004, 1984/1998; MANNONI, 1967/1987, 1979/2004, 1985/1989; WINNICOTT, 1957/1982, 1958/2000, 1971/1984, 1979/1983, 1986/2005). Vê-se agora que tal preocupação é um desafio para os profissionais brasileiros. Enquanto prática indispensável, a psicoterapia continua sendo uma estratégia de intervenção fundamental quando se pensa em atenção à infância, devendo esta também ser alvo de reflexão que vise adequar cada vez mais o serviço prestado às particularidades e às demandas das populações atendidas.

A psicoterapia de crianças

O lugar dos pais na clínica infantil

“Trabalhamos com desgraças. E com as consequências delas. Aqui se inscreve nossa prática. [...] Houve uma catástrofe, e os pais vêm a nós com seus escombros. Trazem-nos o filho, que não é nem será aquele outro. Este é um ponto de não-retorno. Fica marcado um impossível-real [...]” (TKACH, 2007, p. 303). O ponto de partida para qualquer atendimento psicológico de crianças é o reconhecimento, por parte dos pais (ou responsável pela criança), de que algo não vai bem com esta; de que alguma coisa está bloqueando ou dificultando o seu desenvolvimento, acarretando prejuízos em diversos contextos (familiar, escolar, ...).

Este processo implica em sofrimento e angústia para ambos os pais, pois ao assumirem que há algo “errado” com o filho, estão concomitantemente tomando para si uma falha na eficácia da família quanto às funções de maternagem e paternagem e admitindo sua “impotência” para lidarem com a situação. Com isto se quer dizer que os responsáveis, ao se

voltarem para o terapeuta pedindo ajuda, frequentemente vêm nesse pedido o reconhecimento da sua parcela de culpa na doença da criança (DOLTO, 1979/2004; FINKEL, 2009; KLEIN, 1975/1997; TKACH, 2007). Por isso, a queixa parental inicial geralmente encobre sintomas mais severos na criança ou diferem dos que realmente motivaram a consulta (MANNONI, 1979/2004). Além disto, a perda do filho ideal golpeia e fere o narcisismo dos pais, a ilusão de continuarem a existir através do filho – uma vez que não se reconhecem mais neste – e os sonhos do que almejavam alcançar através deste. “[...] toda a conquista e sucesso é a partir dali. Com os pedaços quebrados, com os restos, com enfoques novos que irão surgindo nos pais, e que a partir de nosso lugar terapêutico os ajudaremos a ir construindo” (TKACH, 2007, p. 304).

Desta forma, conforme Tkach (2007), o espaço da clínica com crianças deve propiciar que os pais renunciem ao filho impossível e, ao mesmo tempo, comecem a idealizar um futuro diferente para este; um futuro onde alguma modificação se efetue e no qual o filho real possa se inscrever e ser reconhecido. Segundo o autor, o terapeuta opera enquanto suporte para a constituição de um novo lugar onde a criança com toda a sua subjetividade possa emergir e se concretizar.

Klein (1975/1997) nos mostra que, a partir das observações psicanalíticas, a infância deixa de ser vista como uma fase “tranquila”, livre de conflitos. Seja devido aos impulsos sexuais, aos desapontamentos pelas falhas do ambiente e/ou aos sentimentos de culpa, as crianças – mesmo as que estão na mais tenra idade – encontram-se muitas vezes em sofrimento psíquico, experimentando pressão e ansiedade. Conforme a autora, tais sentimentos são oriundos das tendências agressivas infantis relacionadas à conflitiva edípica.

Por outro lado, mesmo em casos onde o estado de sofrimento seja mais grave, as crianças, de maneira geral, não se sentem ou se identificam enquanto doentes. Por si só, elas não vão se submeter aos rigores de uma terapia (KLEIN, 1975/1997; SIGAL, 2002). Aqui, cabe aos responsáveis pela criança olharem para ela e, ao identificarem que algo não vai bem, que alguma coisa está atrapalhando o bom desenvolvimento e o processo de maturação desta, procurarem ajuda de um profissional especializado. Desta forma, como a criança só chega à clínica e retorna a ela através de algum adulto que se preocupe e se dedique a cuidar dela, para que a terapia seja realizada, é necessário que se estabeleça um vínculo de confiança entre o analista e os responsáveis pelo paciente. Devido a esta relação de dependência da criança com os seus pais, estes acabam invariavelmente sendo inseridos no espaço analítico (DEAKIN; NUNES, 2009; DOLTO, 1971/1984; FINKEL, 2009; KLEIN, 1975/1997; SEI; SOUZA; ARRUDA, 2008; SIGAL, 2002). Contudo, devemos lembrar que os pais não estão sendo

analisados, podendo estes ser auxiliados por intermédio, por exemplo, de orientações. Ainda se faz necessário ressaltar que, embora com os pais nos utilizemos da sugestão quando os aconselhamos, a nossa postura frente à criança durante o tratamento é diferente (DOLTO, 1971/1984).

Os pais chegam à clínica com um pedido de que sejam efetuadas intervenções que possibilitem mudanças em comportamentos e atitudes indesejados por eles no seu filho. Tal pedido não necessariamente corresponde ao desejo da criança. Como esta é o paciente e os pais são os responsáveis por ela no tratamento, o analista geralmente se vê no meio de um conflito entre os anseios da criança e o querer dos pais. Isto dificulta o trabalho analítico, uma vez que o profissional se depara frente a uma análise “encomendada”, limitada – em certa medida – a eliminar os sintomas da criança. Esta encomenda, muitas vezes proveniente de médicos e professores que encaminham a criança para tratamento, leva os pais a chegarem à clínica exigindo a resolução dos comportamentos “desajustados” do seu filho. Seja como for, o psicólogo não pode deixar de escutar e considerar a demanda parental, visto que o não acolhimento desta – nem que seja parcialmente – pode acarretar em risco ou sabotagem à terapia; sendo estes manifestos, por exemplo, por meio de atrasos e faltas (SIGAL, 2002).

Além disto, a relação com os pais do paciente pode apresentar outras dificuldades, visto que para estes é difícil que detalhes particulares da sua vida familiar sejam compartilhados com o analista. Desta relação ainda pode surgir um sentimento de ciúme da confiança da criança com o terapeuta. Tal ciúme geralmente é oriundo da rivalidade dos pais com as suas próprias imagens materna/paterna. Este fator, que normalmente encontra-se inconsciente, origina um comportamento ambivalente dos pais com respeito à psicoterapia e à figura do terapeuta. Esta atitude ambivalente não desaparece simplesmente pelo fato dos pais estarem conscientes quanto à necessidade do filho estar em tratamento. Desta forma, mesmo que os familiares da criança se coloquem favoráveis e colaborem com a terapia, em algum momento eles podem vir a atrapalhar o bom andamento desta. Devido a este sentimento de ambivalência, pode ocorrer também do terapeuta não receber nenhum reconhecimento dos pais, mesmo que o tratamento desempenhado por este venha a ser muito bem sucedido. Neste sentido, devemos ter em mente que o objetivo do atendimento é garantir o bem-estar do paciente e não a gratidão dos pais. Contudo, quando se fala do vínculo estabelecido com os responsáveis pela criança, o importante é construir uma boa relação com estes e assegurar que eles cooperarão com o nosso trabalho. Assim, eles nos servirão como fonte de conhecimentos importantes sobre a criança fora do atendimento (KLEIN, 1975/1997).

Ainda em relação aos pais, estes geralmente se posicionam de duas formas frente aos sintomas da criança. Ou eles afirmam se tratar de uma doença ou anormalidade física/orgânica desta ou que ela se comporta de determinada forma por má vontade ou preguiça, dotando a criança de uma espécie de “ruindade”. Tanto a primeira atitude – que não atribui nenhuma responsabilidade à criança – quanto à segunda – que lhe inflige toda a responsabilidade – são prejudiciais para a saúde psíquica do infante, uma vez que ambas fixam o paciente ainda mais em seus sintomas (DOLTO, 1971/1984).

Mesmo nos casos em que a criança ainda não fala, o analista opera no campo da linguagem, uma vez que em torno da perturbação da criança é construído um discurso – a queixa dos pais – que muito diz do lugar que a infância ocupa para estes. A criança tem na sociedade o estatuto de realizar o futuro dos adultos; sendo, portanto, transmitida a esta a “missão” de corrigir os insucessos dos pais e alcançar os sonhos irrealizados por estes. Nesse sentido, acaba sendo depositado sobre a infância um fardo demasiado pesado para esta carregar, o de confortar os adultos dos seus fracassos (DOLTO, 1979/2004, 1984/1998; MANNONI, 1967/1987). A criança, assim, encontra-se marcada desde antes de nascer pela maneira como é aguardada, pelo que ela representa e pelas projeções inconscientes dos seus pais (DOLTO, 1979/2004). Desta forma, evidencia-se o quanto à queixa dos pais muito nos diz da sua própria problemática. Na análise de adultos, isto pode ser observado, uma vez que quando estes se põem a falar do passado geralmente não expõem tanto um fato vivido quanto um desejo não concretizado (MANNONI, 1967/1987). Contudo, faz-se importante ressaltar que qualquer esforço que a criança despender no sentido de satisfazer o desejo dos seus genitores é percebido – a partir da dinâmica inconsciente – enquanto incestuoso (DOLTO, 1984/1988).

É a criança que geralmente opera enquanto suporte das tensões familiares ou da dinâmica sexual inconsciente dos seus pais – daquilo que estes não podem muitas vezes enfrentar. As implicações disso são tão mais intensas quanto maiores forem os esforços para se manter o fato gerador das tensões em silêncio e segredo. É nesse ponto, no qual a linguagem termina, que o comportamento persiste em falar e a criança – através das suas perturbações e sintomas – denuncia a conflitiva familiar/conjugal, aquilo que os pais desejam manter oculto ao mesmo passo que toleram. Aqui o não-dito familiar ganha destaque no sintoma da criança, visto que não é uma árdua verdade que traumatiza o sujeito, mas ele ter que se deparar e ter que conviver com a “mentira” apresentada pelo adulto. É essa mentira que a criança traz a tona e denuncia através do seu sintoma, apontando que o prejudicial não é a

realidade, mas sim a verdade não verbalizada (DOLTO, 1979/2004; MANNONI, 1967/1987, 1979/2004, 1985/1989).

Mannoni (1985/1989) salienta que, antes mesmo de completar sete anos, uma criança já se encontra inteiramente informada dos conflitos presentes nos seus pais e, portanto, vivenciados dentro do ambiente familiar. Devido a isto, o filho muitas vezes ocupa o lugar de componente regulador do casal em problemas, se inserindo entre as tensões parentais. É o fato da criança ser posta a desempenhar um papel e ocupar um lugar que não são próprios dela – que não são próprios da infância – que é patológico, podendo ocorrer distorções que aprisionam a criança nos anseios incestuosos ou homossexuais dos pais. Contudo, o sintoma da criança não deve ser entendido como “culpa dos pais”, mas sim que toda criança sofre as influências da dinâmica libidinal inconsciente de seus responsáveis uma vez que está inserida nesta.

Nesse sentido, o sintoma da criança se insere num discurso coletivo, onde cada um dos seus integrantes participa com suas problemáticas pessoais. Assim, o surgimento da doença na criança revela o que há de errado na família; não se podendo, desta forma, tratar da criança sem que isto de algum modo abale a estrutura familiar (FINKEL, 2009; MANNONI, 1967/1987). Corroborando esta relação entre o sintoma da criança e o sintoma familiar, constata-se em mais de 50% dos casos de neurose infantil um comportamento neurótico dos pais ou responsáveis da criança (DOLTO, 1971/1984), visto que a sintomatologia do infante normalmente reflete transtorno em um ou em ambos os pais (SEI; SOUZA; ARRUDA, 2008; WINNICOTT, 1971/1984). Embora se perceba juntamente ao sintoma da criança certa desordem familiar, não se pode estabelecer uma relação direta de causa e efeito entre o transtorno familiar e os distúrbios da criança (MANNONI, 1979/2004). Devido a isto, o terapeuta tem que estar atendo ao que é enunciado pelo sintoma, uma vez que só uma postura investigativa frente ao sentido que o sintoma contém torna possível uma postura analítica diante do transtorno apresentado pelo paciente. O analista deve, nesse sentido, tomar o sintoma como uma palavra e, consecutivamente, realizar a leitura deste na busca de encontrar o seu sentido, isto é, o que este tem por função ocultar (MANNONI, 1967/1987). Para tanto, o profissional tem que saber a forma que a criança utiliza para se comunicar.

A linguagem do brincar

Realizado o primeiro momento de escuta da queixa dos pais ou responsáveis, cabe ao terapeuta avaliar se esta se enquadra dentro da área de trabalho da clínica com crianças. Winnicott (1986/2005) situa como campo sobre o qual recai o nosso fazer os distúrbios que não apresentam causa orgânica, mas sim psicológica; sendo, portanto, um obstáculo ao processo maturacional e ao desenvolvimento emocional do indivíduo. Assim, os distúrbios psicológicos acarretam em imaturidade emocional para o sujeito, uma vez que há uma falha na capacidade do *self* de se relacionar com as pessoas e com o ambiente.

Segundo Winnicott (1986/2005), a psicoterapia se propõe a eliminar esse obstáculo, devolvendo o sujeito ao processo de desenvolvimento e maturação. Para tanto, a modalidade de atendimento clínico que a psicoterapia vai adotar – o tipo de manejo despendido pelo terapeuta para com seu paciente – vai depender da especificidade do caso e das necessidades do paciente, visto que a técnica da psicanálise apresenta grande diferença conforme o paciente possuir uma organização neurótica, psicótica ou anti-social (WINNICOTT, 1979/1983). O autor divide os distúrbios psicológicos e as variedades de psicoterapia em três categorias (WINNICOTT, 1986/2005):

A primeira, a das psiconeuroses, abrange os transtornos dos sujeitos que foram bem cuidados durante as primeiras etapas do desenvolvimento, o que os possibilitou ter uma vida plena – na qual controlam os seus impulsos, não sendo controlados por eles. Estes indivíduos acabam sendo, de modo geral, bem-sucedidos em enfrentar às dificuldades inerentes à vida, ao mesmo tempo em que também falham em algumas situações. O tratamento nesses casos se baseia no fornecimento, por parte do terapeuta, de um ambiente confiável e acolhedor no qual o paciente possa trazer, através da transferência, seus conflitos inconscientes, torná-los conscientes e elaborá-los de maneira imaginativa. “Com o suporte do ego fornecido pelo terapeuta, a criança se torna capaz, pela primeira vez, de assimilar essas experiências-chave na personalidade global” (WINNICOTT, 1971/1984, p. 227).

A segunda categoria, a das psicoses, compreende os transtornos causados por uma falha nos estágios iniciais do desenvolvimento infantil, nas fases mais precoces da vida da criança, gerando um distúrbio na estruturação do ego e da personalidade do sujeito. A terapia consiste em possibilitar que o paciente, numa situação de dependência com o terapeuta, tenha experiências correspondentes à fase da vida na qual houve tal falha. Para tanto, o psicólogo desempenha junta à criança o que Winnicott chama de *holding* (segurar). Tal função – que o

autor atribui à figura da mãe – corresponde não só ao segurar propriamente dito, mas também a todo o manejo físico e emocional direcionado e adaptado às necessidades da criança.

A terceira e última categoria corresponde a das tendências anti-sociais, nas quais o ambiente iniciou bem a tarefa de promover os cuidados necessários ao desenvolvimento da criança, mas falhou num dado momento ou repetidamente. Essa falha, sentida como abandono e privação por parte da criança pequena, e o sofrimento produzidos por esta aparecem na clínica sob a forma de sintoma (roubo, destruição, ...) na tentativa de chamar a atenção do ambiente para que este aja. Nestes casos, para que a psicoterapia tenha efeito, é necessário que o paciente encontre-se num estágio inicial do quadro anti-social, sem que tenham se instituído as habilidades delinquentes e os ganhos secundários. Apenas nesse momento é que a criança ainda consegue se colocar no local de paciente e empreender junto com o terapeuta uma busca pela origem do problema atual.

Independente do tipo de transtorno apresentado, a clínica com crianças possui especificidades que a distingue do fazer da clínica com adultos, a saber, que a criança não transmite os seus conflitos e os seus sofrimentos da mesma maneira que um adulto. Ela o faz de forma característica e própria, utilizando-se de brincadeiras, jogos e desenhos para se expressar; sendo, portanto, uma das particularidades do campo a linguagem do brincar (AVELLAR, 2004; DOLTO, 1971/1984; SIGAL, 2002). Da mesma forma que o adulto reconstitui seu passado, reordenando sua história de acordo com suas aspirações, pondo suas lembranças sob uma nova perspectiva através da fala, a criança o faz no seu brinquedo, reordenando o seu mundo passado e presente conforme os seus anseios (MANNONI, 1967/1987). Por isso, segundo Winnicott (1957/1982), na análise de crianças, o desejo de comunicar-se através do brincar é utilizado no lugar da fala dos adultos. A criança vale-se do brincar na clínica, pois é através deste que ela consegue controlar suas angústias, ideias, pensamentos, conflitos e impulsos. É através das suas brincadeiras e fantasias que a criança adquire experiência, desenvolve a sua personalidade e se organiza inicialmente para estabelecer relações emocionais e sociais. Além disto, o brincar atua na comunicação e revelação de material inconsciente. Apesar disto, torna-se importante ressaltar que a psicanálise com crianças não diverge da com adultos, uma vez que a base de todo empreendimento psicanalítico é uma teoria complexa do desenvolvimento emocional iniciada por Freud – a qual continua até hoje sendo expandida e corrigida (MANNONI, 1967/1987, 1985/1989; WINNICOTT, 1979/1983).

Klein (1975/1997) aponta que, devido a características específicas da mente da criança, esta não consegue fornecer – pelo menos em um grau suficiente – as associações de

fala utilizadas no tratamento de adultos. Como estamos trabalhando com um sujeito que tanto ele quanto o seu aparelho psíquico estão em construção (SIGAL, 2002), não é possível nos valeremos das livres-associações na análise de crianças (DOLTO, 1971/1984). Além disto, durante um longo período inicial da terapia, também acabamos prescindindo da fala da criança uma vez que o estado de ansiedade inerente ao conflito em que esta se encontra a impede de abordar e apresentar o seu problema de uma maneira direta, utilizando, para tanto, a brincadeira, o jogo e o faz-de-conta como formas de representação. Nestes momentos em que a criança é invadida por uma intensa sensação de ansiedade, ela acaba podendo comunicar suas associações somente através do brincar, visto que as palavras lhe faltam. Uma vez que a angústia tenha sido diminuída por intermédio da interpretação, a criança retorna a poder falar mais livremente. Assim, quando brinca, a criança mais age do que fala, colocando pensamentos em atos (*acting out*¹) ao invés de palavras, dramatizando e revivendo experiências e fantasias (KLEIN, 1975/1997).

Freud em seu texto “Além do princípio de prazer” (1920/2006) evidenciou a importância da brincadeira para as crianças ao relatar o jogo de um menino de um ano e meio que fazia desaparecer e voltar a aparecer objetos que estavam ao seu alcance. Freud interpretou essa atividade enquanto a repetição – por parte da criança – da experiência desagradável da partida da mãe. O autor concluiu, a partir disto, que a criança transformava em brincadeira suas vivências, elaborando de maneira ativa situações desagradáveis vividas de forma passiva. O brincar, assim, devido à sua função, se constitui na clínica com crianças a forma pela qual o terapeuta vai ter acesso às associações do infante e entender o seu inconsciente, uma vez que tanto a brincadeira quanto os materiais e objetos utilizados nessa representam alguma outra coisa (KLEIN, 1975/1997).

A interpretação

Segundo Klein (1975/1997) – partindo do princípio de que a criança expressa suas fantasias, desejos, experiências e conflitos de uma forma indireta, isto é, de um modo simbólico através do brincar – é função do terapeuta dentro do *setting* interpretar o significado

¹ “Entende-se por *acting* a expressão e a descarga de um material analítico conflitante por intermédio de um ato, em vez de uma verbalização. O ato opõe-se aqui à palavra, mas ambos procedem de uma volta do recalado, dando lugar num caso a uma repetição e no outro a uma lembrança” (MIJOLLA, 2005, p. 178).

e compreender o conteúdo daquilo que a criança está querendo lhe comunicar. É a partir deste entendimento que o terapeuta vai encontrar-se apto a realizar interpretações e intervenções no tempo e na forma adequadas ao paciente (AVELLAR, 2004), apresentando a este “seus próprios pensamentos inconscientes sob o seu aspecto real” (DOLTO, 1971/1984, p. 132). De acordo com Avellar (2004), a interpretação verbal nem sempre é eficaz na análise de crianças, mesmo quando esta é ajustada a uma linguagem que o paciente entenda. Para Winnicott (1971/1984), a interpretação deve ser mínima, uma vez que a “interpretação não é, em si mesma, terapêutica, mas facilita aquilo que é terapêutico, isto é, o retorno à memória da criança de experiências assustadoras” (p. 227). Por outro lado, Klein (1975/1997) acreditava que o impacto analítico – necessário para que as mudanças desejadas se sucedam no paciente – seria obtido através da exposição dos elementos simbólicos da brincadeira para a criança por meio da interpretação do material trazido por esta. A autora defendia a ideia de que a não-interpretação ou a retenção da interpretação por parte do terapeuta leva a um grande aumento da ansiedade no paciente, podendo surgir o risco da análise ser interrompida. Desta forma, não haveria nenhuma vantagem em não fazê-la visto que é a interpretação na análise de crianças que inicia o processo analítico e o mantém durante o tratamento.

Entretanto, o destaque conferido ao trabalho interpretativo deveria depender, pelo menos em parte, da estrutura de ego do paciente. Se o analista se depara com a existência de um ego intacto e se assegura da qualidade dos cuidados recebidos pelo paciente quanto à adaptação às suas necessidades egóicas, o contexto analítico – compreendido aqui como o resultado da soma de vários pormenores referentes ao manejo – revela-se menos significativo do que os esforços voltados à interpretação. Contudo, há casos em que o ambiente não foi bem sucedido em adaptar-se às necessidades da criança, não possibilitando o desenvolvimento de um ego, mas sim de um pseudo-eu como resultado das falhas do ambiente. Nesses pacientes, encontra-se um verdadeiro eu oculto e protegido por um falso eu, o qual responde às falhas ambientais, conservando e proporcionando a continuidade de ser do verdadeiro eu; sofrendo este, contudo, um empobrecimento devido à carência de experiências. Aqui, a ênfase é transferida do trabalho interpretativo para o contexto analítico. Se o analista consegue ser sensível às necessidades da criança e adaptar-se suficientemente bem a elas, é despertado no paciente um sentimento de esperança quanto à possibilidade de seu verdadeiro eu iniciar a ter experiências e viver. Com isto, o paciente se utiliza do sucesso do seu terapeuta em adaptar-se, passando o seu ego a poder recordar as falhas originais (WINNICOTT, 1958/2000).

Independentemente da importância atribuída à interpretação na análise de crianças, esta deve ser feita no momento em que o material apresentado pelo paciente torne claro para o terapeuta o que interpretar. Com isto se quer dizer que se o analista não está certo do que interpretar, deve esperar mais algum tempo até encontrar algum indício que possibilite a interpretação que seja apropriada para aquela ocasião (WINNICOTT, 1979/1983). Uma vez que o material resgatado propicie a compreensão sobre como o paciente funciona no presente, o analista deve articular esse seu entendimento de maneira a ser transmitido de uma forma mais adequada à criança. Isto é, o terapeuta deve levar em consideração o nível de desenvolvimento em que o paciente se encontra, suas resistências e se o analisado encontra-se pronto para receber certa interpretação sem que isto mobilize nele uma quantidade excedente de angústia e sentimento de culpa ou vergonha com o qual não consiga lidar. Nesse sentido, refere-se aqui a necessidade do analista encontrar forma e momento oportunos para realizar suas interpretações (SANDLER, 2001). Contudo, o que realmente importa ao paciente não é a precisão da interpretação, mas sim o desejo do terapeuta em ajudá-lo e a capacidade deste de se identificar com a criança e, assim, satisfazer as suas necessidades logo que estas sejam transmitidas verbalmente ou em linguagem não-verbal ou pré-verbal. Assim, se o analista consegue ser objetivo e se preocupar com as demandas da criança, então o tratamento será bem sucedido em se adaptar às necessidades do paciente conforme estas se apresentarem ao longo do atendimento (WINNICOTT, 1979/1983).

Torna-se importante salientar aqui que a brincadeira não é a única via de expressão da criança e nem o único alvo das interpretações do terapeuta. O modo como esta se comporta durante as sessões, isto é, como ela passa de uma atividade para outra e o meio que usa para compartilhar determinado conteúdo, ganha significado quando analisado na situação como um todo (KLEIN, 1975/1997). Deste modo, uma variedade de comportamentos – como gestos, mímicas, erros, expressões, palavras e lapsos – são observados e levados em consideração (DOLTO, 1971/1984). Além disto, enquanto brinca, a criança fala e conversa, transmitindo ao seu terapeuta toda uma variedade de informações, que, segundo Klein (1975/1997), adquirem o valor de associações. Dolto (1971/1984) situa que, a partir dessa fala da criança, é estabelecida uma espécie de “conversação” entre terapeuta e paciente, com o analista provocando discursos variados no analisado através, por exemplo, da devolução de perguntas que a criança o faz. Desta forma, a fala e, em alguma medida, as associações verbais também figuram enquanto instrumento do tratamento.

A transferência

Somando-se a isto, o trabalho de análise alcança sua maior produtividade quando – para além de dar conta do que a criança está tentando comunicar através do brincar, do comportamento e da fala – se detém também sobre o fenômeno da transferência. A situação de transferência caracteriza-se enquanto uma vinculação afetiva com a figura do terapeuta, o qual é convertido ao longo da terapia, por intermédio da transferência, em um personagem importante do mundo interno da criança. O psicanalista, assim, possibilita ao seu paciente reconstruir e reviver o rumo da sua história relacional, estabelecendo com o analista uma vinculação positiva (amorosa) ou negativa (hostil) relacionada com situações dinâmicas relacionais pregressas da criança com pessoas com as quais já vivenciou esses sentimentos – por exemplo, sua mãe e seu pai. O terapeuta tenta, a partir da constatação de que o fenômeno da transferência está em jogo dentro do espaço analítico, descobrir o significado do que o paciente expressa na transferência e por quem este o toma em relação à sua história, fazendo-lhe entender que ele – o terapeuta – não corresponde àquilo que a criança lhe projeta. Deste modo, o paciente remonta paulatinamente a seus genitores, primeiras figuras significativas com quem se relaciona, por intermédio da pessoa do analista – um profissional neutro à escuta das angústias do paciente. Isto configura a análise da transferência. É devido a este fenômeno que o nosso pequeno paciente consegue com tanta facilidade trabalhar imaginativamente durante o tratamento, compartilhar conosco o seu mundo interior e nos contar sonhos e segredos que não compartilha com mais ninguém. É através da transferência que a criança deposita no seu psicólogo o sentimento de confiança que opera enquanto base das intervenções terapêuticas; dando-se, portanto, o efeito terapêutico somente em transferência (DOLTO, 1971/1984, 1984/1998).

Tendo isto em vista, o analista não deve desperdiçar o valioso material que emerge no relacionamento emocional estabelecido entre ele e o paciente. A importância de se analisar a transferência é oriunda da verificação que desta surgem fragmentos do padrão individual da vida e da realidade psíquica do sujeito, sendo estes passíveis de interpretação (WINNICOTT, 1979/1983). Assim, o analista deve estar atento ao que está acontecendo no aqui e agora da terapia, uma vez que na figura do analista são projetados e, desta forma, atualizados papéis, conflitos e desejos do paciente. Elementos e conteúdos provenientes da criança que se relacionam à pessoa do terapeuta e/ou ao processo analítico devem, desse modo, ser compreendidos e transmitidos ao paciente (SANDLER, 2001). Nesse sentido, quando detecta

que tais fenômenos inconscientes da transferência apareceram na sessão, o terapeuta deve se valer dos indícios fornecidos pela criança ao longo do tratamento para interpretar este material de acordo com o que o paciente está pronto para aceitar conscientemente (WINNICOTT, 1979/1983). É através da exploração e análise de conflitos atuais presentes no contexto analítico que o terapeuta muitas vezes consegue abrir caminho para que o paciente se lance a investigar seu passado na busca de materiais históricos e bibliográficos importantes que sustentem e propiciem *insights* da forma como o analisado funciona no presente (SANDLER, 2001).

O *holding*

Para que as interpretações e os novos *insights* oferecidos ao paciente sejam gradualmente aceitos, se faz necessário um ambiente suficientemente amparador e tolerante dos aspectos infantis, sejam eles perversos, conflitantes, agressivos ou estranhos. Tal ambiente constitui o *holding* em análise. Os pacientes, ao passo que vão se apropriando da complexidade que envolve o trabalho analítico, vão identificando na pessoa do analista uma postura de interesse e disposição de ajudá-los a refletir acerca de seus sentimentos e comportamentos. Da atitude do terapeuta, os pacientes obtêm um forte sentimento de confiança tanto no processo analítico quanto na própria figura do profissional, visto que se percebem enquanto lembrados e reconhecidos nas suas singularidades. Embora, ao longo de toda a análise, a criança fantasie sobre a ameaça e a possibilidade de perda desta relação devido a constantes ataques à pessoa do analista, ao manter sua presença e interesse pelas questões do paciente, o terapeuta mostra que sobrevive às explosões deste e não o retalia por isso, nutrindo-o de uma sensação de constância e amparo – o *holding* – que possibilitam que a criança se sinta segura em terapia, permitindo que o trabalho interpretativo e o processo analítico se dêem (SANDLER, 2001). Aqui o que faz a especificidade do trabalho clínico é a receptividade do terapeuta, a sua capacidade de “escuta” (DOLTO, 1979/2004).

Com isto quer-se dizer que, durante o tratamento, o analista não se utiliza somente da interpretação. Ele pode lançar mão também de atitudes para se comunicar com o paciente, possibilitando à criança vivenciar experiências novas e significativas (AVELLAR, 2004). O terapeuta, desse modo, pode dizer o que o paciente precisa ou pode fazer o que o paciente precisa (GENTILEZZA, 2007). Seja como for, toda atuação do psicólogo, dentro

do *setting* terapêutico, seja interpretando ou intervindo de outra maneira, encontra-se na sobreposição das áreas de brincar da criança e do terapeuta. Dentro deste espaço compartilhado de jogo, terapeuta e paciente jogam juntos, ambos tendo a chance de serem criativos (WINNICOTT, 1971/1984). Desta forma, o brincar permite tanto à criança comunicar seus conflitos e angústias, como também permite o terapeuta fazer suas intervenções, auxiliando o paciente a ter novas experiências criativas (AVELLAR, 2004).

Construindo novos destinos: os ganhos em análise

Uma vez que conseguimos apreender corretamente a maneira que a criança utiliza para se expressar, bem como os conteúdos que ela comunica, temos o que é necessário para penetrar níveis mais profundos da sua mente e, com isto, empreender um trabalho terapêutico com a criança. Como as crianças têm o inconsciente em contato mais próximo e direto com o consciente do que os adultos, elas podem representá-lo diretamente no ambiente terapêutico, vivenciando situações e fixações originais. Como estas experiências geralmente são acompanhadas por e despertam sentimentos de angústia e ansiedade na criança, o brincar pode ser interrompido pela emergência de uma inibição (KLEIN, 1975/1997). A interpretação do material trazido pela criança diminui e por vezes resolve este estado de ansiedade, liberando a energia gasta pela criança para manter a repressão² do conteúdo inconsciente, podendo essa energia agora ser investida e direcionada para outras áreas de interesse da criança, inclusive para o brincar, sendo este expandido e restaurado. A sensação de alívio proveniente da resolução de certa quantidade de ansiedade, juntamente com o ganho em prazer, fornece o incentivo que a criança precisa para prosseguir com o trabalho analítico. Com isto, o paciente começa a perceber e a entender o valor que a terapia tem para ele, bem como o uso que pode fazer desta, o que o orienta na direção do tratamento analítico (KLEIN, 1975/1997; SANDLER, 2001; WINNICOTT, 1979/1983). Contudo, o paciente – independente de sua faixa etária – só se sentirá estimulado para entrar em análise se estiver angustiado, isto é, se apresentar algum sofrimento psíquico. Existindo tal demanda, ele receberá a ajuda do terapeuta para entender a dinâmica que opera no seu sintoma e se

² Em relação à definição da expressão “repressão”, ver Dicionário Internacional da Psicanálise (MIJOLLA, 2005).

desprender do estado de angústia vinculado a situações que vivenciou no seu passado ou que ainda experimenta no seu presente (DOLTO, 1984/1998).

Tendo em vista o que acima foi apontado, o analista deve em alguma medida verbalizar, através de interpretação, o que o paciente lhe traz em cada sessão. A importância da interpretação ao longo do processo analítico se deve a dois motivos. O primeiro diz respeito à posição a partir da qual o terapeuta se comunica com o paciente. Como o analista o faz do lugar que a neurose (ou psicose) de transferência o coloca, ele apresenta neste algumas características de fenômeno transicional. Mesmo que represente o princípio de realidade, o terapeuta não deixa de ser percebido enquanto um objeto subjetivo para a criança. Assim, ao realizar as suas interpretações, o analista adquire certa qualidade externa, posto que nem sempre suas verbalizações são exatas, estando inclusive estas por vezes erradas. Com isto, o paciente não fica com a concepção de analista enquanto alguém que sabe e, portanto, compreende tudo (WINNICOTT, 1979/1983). Contudo, o analista deve ser cauteloso, visto que uma interpretação falsa, a qual – por estar errada – não mobiliza mudanças no comportamento do paciente, mostra-se nula e, por vezes, agravante do quadro sintomático da criança (DOLTO, 1971/1984). O segundo motivo se deve ao fato da interpretação no tempo exato mobilizar forças intelectuais na criança quando relacionada com o material proveniente da cooperação inconsciente do paciente (WINNICOTT, 1979/1983).

Pela forma como é estruturado e organizado, o processo analítico mobiliza e, dessa forma, põe em movimento algumas situações recalçadas³. Uma vez que o material recalçado encontra-se em circulação no espaço analítico, este pode ser trabalhado, isto é, pode ganhar novos destinos através de novos arranjos e articulações (SIGAL, 2002). A produção desses novos elementos nos leva a pensar que a análise não tem uma função apenas de rememorar eventos recalcados e, portanto, esquecidos pelo paciente (SANDLER, 2001; SIGAL, 2002). O processo terapêutico também opera enquanto produtor de novos sentidos, oportunizando o sujeito a possibilidade de criar uma nova subjetividade. Nesse sentido, dando novos destinos ao material que circula em análise, a criança pode realizar novas construções, atribuindo um estatuto menos traumático ao conteúdo recalçado. É esta possibilidade de criação, de que algo novo seja posto, que permite a mudança. Como consequência, o paciente pode alcançar vias de satisfação não sintomáticas. Ao trazer a tona o material recalçado, a criança pode flexibilizá-lo, gerando novas combinações, tecendo e ligando elementos de novas maneiras. Através disto, é alcançado um movimento que propicia que significações preestabelecidas

³ Em relação à definição da expressão “recalçado”, ver Dicionário Internacional da Psicanálise (MIJOLLA, 2005).

sejam desarticuladas para, em seguida, serem novamente articuladas de diferentes formas, o que possibilita a construção de novos significados com relação a experiências e fantasias pregressas e atuais (SIGAL, 2002).

Como consequência do processo analítico, a relação estabelecida com a realidade vai aos poucos se fortalecendo. No caso de crianças neuróticas, essas não suportam a realidade por não aguentarem as frustrações inerentes ao processo de viver. Elas acabam se protegendo da realidade e do ambiente “ameaçador” negando-os. Com isto, um dos objetivos da terapia é tornar as crianças capazes de tolerar estas frustrações, possibilitando-as se adaptar melhor à realidade – mesmo que esta seja difícil – e enfrentar as dificuldades que a vida lhe apresenta. Nos casos em que o ambiente é muito desfavorável, a terapia pode não atingir êxito completo, podendo a criança vir a ter uma recorrência do seu quadro neurótico. Contudo, mesmo que a neurose não consiga ser totalmente eliminada, o tratamento fornece para a criança uma grande sensação de alívio, desembocando na melhora do seu desenvolvimento. Além disto, quando a análise consegue produzir mudanças a nível mais profundo no paciente, se a doença vier a recorrer, esta não se dará de forma tão grave. Em acréscimo, na análise de crianças também está se evitando que ocorram algumas dificuldades posteriores na vida adulta ou mesmo que quadros psicóticos venham a se instaurar (KLEIN, 1975/1997).

Uma vez que a criança não consegue ela própria alterar as situações da sua vida da mesma forma que um adulto, o trabalho de análise vai no sentido de fortalecer o ego da criança, possibilitando que esta se desenvolva de modo mais saudável e mais livremente, se sentindo, através disto, melhor no ambiente e no contexto familiar em que se insere (KLEIN, 1975/1997). Com este intuito de fortalecer estruturas psíquicas importantes ao bom desenvolvimento da criança e alterar aquelas que podem acarretar prejuízo para o seu processo de maturação, coopera-se com o paciente em todas as atividades empreendidas por este ao longo do tratamento, ao passo que é coletado material para a interpretação (WINNICOTT, 1979/1983).

Como consequência, ao tratarmos da neurose infantil ou de qualquer outro transtorno que acometa uma criança, os resultados do trabalho estarão, por conseguinte, alcançando o ambiente em que o paciente se encontra, diminuindo as dificuldades deste, visto que os responsáveis pela criança reagirão de um modo menos neurótico assim que a análise começar a efetuar mudanças positivas no paciente. Assim que as dificuldades dos pais em lidarem com o seu filho diminuí, é atenuado o seu sentimento de culpa, o que acarreta melhoras na relação entre eles, além de diminuir as dificuldades dos pais em aceitar e seguir as orientações do terapeuta quanto à forma de lidarem com a criança. Ainda neste sentido, uma vez que

o *setting* terapêutico permite a renovação de sintomas, dificuldades e “maus comportamentos” da criança, a interpretação deste material gera um conhecimento novo para o paciente, o qual é paulatinamente assimilado por este – de maneira predominantemente inconsciente. Como resultado, o paciente melhora seu relacionamento com seus pais ao rever a relação que estabelecia com eles, ganhando em adaptação social e diminuindo suas dificuldades educacionais (KLEIN, 1975/1997).

Somando ao já apresentado, a análise também acarreta a diminuição do sentimento de culpa visto que reduz as exigências do superego. Com isto, a criança se torna capaz, em alguma medida, de utilizar-se da rejeição crítica de impulsos, ideias e desejos ao invés do processo de repressão. Tal modificação acarreta concomitantemente na remoção das inibições no brincar e na aprendizagem, levando ao alargamento da área de interesses da criança, expandindo a sua fala, tornando sua imaginação mais livre, ampliando seus meios de representação e desenvolvendo o seu senso de humor (KLEIN, 1975/1997). Juntamente, temos como ganho da terapia a gradativa redução das defesas, a qual resulta no fortalecimento do ego do paciente, sentindo-se este mais livre e, portanto, não mais preso à doença – mesmo que ainda persistam alguns sintomas. Fortalecido, o ego do paciente inicia um processo de revelação e afirmação das suas características pessoais, devolvendo a criança para o crescimento e o desenvolvimento emocional (WINNICOTT, 1979/1983). Como consequência, o paciente consegue se tornar independente – pelo menos em parte – do desejo parental, saindo da posição que este lhe coloca, fazendo valer seus próprios anseios (MANNONI, 1967/1987). Tendo isto em vista, trabalha-se no intuito de proporcionar a criança uma maior autonomia, ajudando esta a elaborar o seu desejo pessoal e ir à busca da sua realização (SIGAL, 2002).

Concomitantemente, o analista busca auxiliar o paciente a aceitar e, com isto, lidar de outras formas com aspectos e desejos pessoais com os quais este entra em conflito. Por tomar estas partes de si como estranhas – por vê-las como inadmissíveis e ameaçadoras – são erigidas defesas contra elas as quais ocasionam a instauração de um quadro patológico, acarretando risco para o fluxo do desenvolvimento da criança. Objetiva-se aqui que o paciente, ao tolerar e manejar melhor seus desejos e fantasias, não precise criar sintomas para conservá-los sob controle (SANDLER, 2001). Buscamos ajudar a criança a aceitar e encontrar uma maneira de expressar suas pulsões reprimidas de uma forma que satisfaça tanto as demandas da sua libido quanto as exigências do seu meio e da sua ética, diminuindo, assim, o seu sentimento de culpa (DOLTO, 1971/1984). Isto é oportunizado por intermédio da interpretação e de um ambiente amparador que permitem ao paciente integrar de maneira

harmoniosa e tolerar esses aspectos pessoais que antes tomava como inaceitáveis e alheios a si. Contudo, ao tentar auxiliar a criança a se habituar a traços da sua personalidade – aspectos estes que foram negados ou rejeitados – o terapeuta pode muitas vezes ser percebido pelo paciente enquanto uma figura ameaçadora e perigosa (SANDLER, 2001).

Assim, é possível que no processo de análise de crianças percam-se pacientes, principalmente quando estes se encontram no período de latência, visto que neste período fortes defesas são erguidas e mantidas, não havendo uma cooperação consciente em direção ao tratamento, uma vez que estas não se compreendem como estando doentes e, portanto, não querem ser curadas. Deste modo, algumas crianças não possuem o incentivo nem para começar nem para continuar à análise, podendo apresentar certa desconfiança do processo a ser empreendido (KLEIN, 1975/1997; WINNICOTT, 1979/1983). Segundo Winnicott (1979/1983), podemos delegar aos pais a responsabilidade de exercer junto à criança o papel de transmitir-lhes a compreensão intelectual do motivo e da necessidade delas estarem em atendimento. Por outro lado, a forma como os pais vão dizer aos seus filhos o que eles podem esperar da terapia vai acarretar diferentes desdobramentos ao longo das sessões. Independente do caso, temos que despender esforços no sentido de solucionar a situação conforme esta nos é apresentada.

Acrescentado a isto, a criança na fase de latência ainda apresenta um comportamento mais reservado para além da certa falta de confiança. Tal atitude em parte resulta de uma ampla preocupação com o conflito que empreende contra a masturbação, estando assim oposta a qualquer processo investigativo que se aproxime dos impulsos dos quais ela mal consegue dar conta. Tais características entram o começo e o desenrolar de uma análise, uma vez que os pacientes desta faixa etária já não brincam como as crianças pequenas e ainda não fornecem associações verbais da mesma forma que os adultos. Devido à repressão das suas fantasias ter se intensificado e do seu ego encontrar-se mais desenvolvido, as brincadeiras das crianças durante o período de latência estão mais ajustadas à realidade e, portanto, menos próximas de suas fantasias. Apesar disto, o desejo reprimido por conhecimento serve como via de acesso ao material inconsciente e, portanto, de estabelecimento da situação analítica, uma vez que o terapeuta utilize-se deste desejo para interpretar os conteúdos inconscientes à medida que estes forem emergindo na forma de medos, dúvidas ou teorias sexuais. Desta forma, por intermédio da interpretação, as dificuldades acima citadas são superadas, sendo removida uma parcela de repressão e abrindo-se caminho para as fantasias inconscientes, a ansiedade e os sentimentos de culpa do paciente (KLEIN, 1975/1997).

Ainda tendo em vista a questão da confiança, é fundamental para que o processo analítico se dê que o paciente estabeleça com o seu terapeuta um vínculo de confiança para que possa se sentir a vontade para trazer-lhe suas associações, medos, fantasias, pensamentos e sentimentos, ou seja, toda uma gama de informações pessoais sem as quais o analista não teria material para realizar suas interpretações e intervenções e, com isto, desempenhar um empreendimento terapêutico junto à criança. Para tanto, o psicólogo deve manter em sigilo qualquer pormenor do tratamento, não transmitindo aos pais ou responsáveis do paciente nada que a criança tenha lhe confiado em análise, tendo esta o mesmo direito a discrição do terapeuta quanto um adulto (KLEIN, 1975/1997).

O fim do tratamento

Com relação ao final da terapia, este deve ser pensado de acordo com o caso individual de cada paciente e com o diagnóstico deste, visto que a fase em que a criança se encontra acarreta consequências que devem ser levadas em consideração. Quando se está trabalhando com crianças pequenas, em período de pré-latência, o processo de análise é ajudado pelas transformações naturais que ocorrem com as crianças entre cinco e sete anos. Ao passo que tais mudanças se dão, em alguma medida, facilitadas pela terapia, os ganhos e as melhoras que o paciente tem com a análise também alcançam maior amplitude devido a esta tendência natural das crianças pequenas ao desenvolvimento. Neste período de transição da pré-latência para a latência, a criança deixa de apresentar comportamentos mais primitivos e inconstantes, demonstrando avanços no seu processo de socialização – fato que deixa os responsáveis pela criança satisfeitos com os resultados alcançados pela terapia. Já com crianças em fase de latência, o tratamento normalmente termina quando o paciente está por volta dos onze/doze anos, quando as complicações da pré-puberdade e da própria puberdade estão começando a aparecer. Seria mais adequado que a análise fosse planejada de forma a ser encerrada antes da puberdade iniciar ou de modo a ter continuidade ao longo dos primeiros anos dessa nova etapa do desenvolvimento (WINNICOTT, 1979/1983).

Seja o momento que for, o fim do tratamento deveria se dar quando a “cura” é alcançada, isto é, quando o analista está assegurado não só da dissipação duradoura dos sintomas antes apresentados pelo paciente, mas também que os mecanismos inconscientes deste estão “sossegados”. Com isto se quer dizer que as pulsões foram admitidas pela

personalidade consciente da criança, possibilitando que essas ganhem tradução adequada no meio em que ela vive. Deste modo, o tratamento é cessado quando o paciente for bem sucedido em alcançar um equilíbrio entre as demandas pulsionais por descarga libidinal suficiente e as exigências do seu ambiente e da sua ética pessoal. Ou seja, quando a pessoa consegue atravessar as dificuldades inerentes ao viver sem maiores conflitos e angústias (DOLTO, 1971/1984).

Para Mannoni (1985/1989) não se alcançaria verdadeiramente o fim de análise com crianças, mas sim o encerramento de um “trecho” de análise, sendo este então interrompido quando o paciente encontra-se capacitado a enfrentar as dificuldades oriundas da conflitiva edipiana. É importante ainda ressaltar que, na relação estabelecida entre o terapeuta e a criança, o terapeuta “[...] só vê o paciente com hora marcada e, além disso, apenas por um tempo limitado, já que o objetivo de toda terapia é chegar a um ponto em que cessa a relação profissional, porque o viver e a vida do paciente ‘assumem o comando’, e o terapeuta passa ao trabalho seguinte” (WINNICOTT, 1986/2005, p. 102).

Salienta-se, por fim, que a clínica infantil é um espaço que por suas especificidades – a inserção dos pais no ambiente analítico, a linguagem do brincar, ... – configura-se enquanto um campo rico e valioso para a Psicologia. Neste, mudanças podem advir da retomada, elaboração e reconstrução da história de vida de cada criança. Esta não só proporciona uma terapêutica dos quadros patológicos, como também possibilita vários outros ganhos que evitam o aparecimento posterior de diversas complicações na vida adulta. Desse modo, enquanto estratégia de intervenção, a clínica psicológica infantil deve ser erigida sobre uma boa vinculação entre terapeuta e paciente, pautada no sentimento de confiança da criança pelo seu analista que a possibilita desdobrar, explorar e trabalhar suas questões e problemáticas frequentemente ameaçadoras e angustiantes. Tendo isto em vista, realça-se a importância da compreensão das representações da criança que circundam e moldam a imagem que esta possui do seu psicólogo posto que tal imagem influencia profundamente o modo como a criança vai se relacionar e se utilizar da figura do terapeuta.

A representação social e a Psicologia Clínica com crianças

A representação do psicólogo na clínica infantil

Inicialmente, parte-se da ideia da representação de si como um dos elementos integrantes da subjetividade e, enquanto parte desta, sujeita também as mesmas vicissitudes. Mezan (2002) entende a subjetividade a partir de dois aspectos indissociáveis, a saber, a experiência de si e a condensação de uma série de determinações. Partindo do primeiro ponto, a subjetividade é, em parte, a vivência que o sujeito tem de si mesmo – *self*. Tal sensação de si é, conforme o autor, influenciada por fatores inconscientes, pelas emoções e pela história pregressa do sujeito, assim como por fatores culturais e sociais do contexto em que este se insere.

Aqui entramos no segundo ponto, ou seja, da subjetividade enquanto a condensação de vários determinantes. Nesta perspectiva, a subjetividade é oriunda de processos que vão aquém e além dela mesma, isto é, é o resultado de elementos biológicos, psicológicos, históricos – além dos fatores sociais e culturais já mencionados anteriormente – que juntos e combinados vão definir a forma como se darão as experiências singulares que cada indivíduo vai ter de si e do mundo (MEZAN, 2002).

Desta forma, valendo-se dos dois aspectos apontados pelo autor, pode-se pensar no sujeito enquanto ator ao mesmo tempo ativo e passivo na formação da sua subjetividade. Com outras palavras, ao passo que, em alguma medida, o indivíduo determina as vivências que tem de si, este mesmo indivíduo acaba sendo ele também – assim como suas experiências – determinado por elementos e fatores externos, os quais fogem do seu controle.

Retomando a ideia de que a representação de si é um dos elementos constituintes da subjetividade e que, portanto, é atravessada pelos mesmos destinos, chegamos, assim, a um ponto-chave fundamental para abordar a temática da representação, a saber, que esta vai depender tanto da forma como o sujeito em questão se vê (a representação que tem de si mesmo), como da forma como os outros (pais, família, sociedade, ...) lhe percebem. Não se pode esquecer que ambas as formas são influenciadas pelo lugar social que este sujeito ocupa, pelo tempo histórico e pelo contexto cultural em que ele se insere.

Transpondo isto para o caso do psicólogo da clínica com crianças, a sua representação vai se constituir através dos dois fatores acima apresentados. O primeiro, a representação que

ele tem de si, vai depender em parte da sua concepção do que é ser e o que faz um terapeuta de crianças, mas também, e principalmente, de como ele se vê como tal, isto é, da experiência que ele tem de si enquanto psicólogo que trata da infância. Isto se deve ao fato de que, dependendo da forma como eu concebo o trabalho psicológico com crianças, vou desempenhá-lo de acordo com esta forma. Se, por outro lado, eu o represento de outra maneira, eu trabalho também de outra.

Antes de aprofundar este ponto, faz-se necessário retomar a questão da subjetividade. Segundo Mezan (2002), a subjetividade pode ser pensada em três níveis: o singular, o universal e o particular. Conforme o autor, o singular é aquilo que é único de determinada pessoa; são aqueles atos, pensamentos e emoções individuais que somados fazem desta pessoa o sujeito que ela é, e não outro. Por outro lado, o universal é aquilo que é compartilhado por todos; isto é, num determinado grupo, é aquilo que é inerente e próprio a todos os seus integrantes. Por sua vez, o particular estaria entre o singular e o universal, sendo, assim, aquilo que é característico de alguns, mas não de todos. Desta forma, a representação, assim como a subjetividade, é composta por elementos dos três planos: singular, particular e universal.

Retornando ao ponto abordado anteriormente, pode-se pensar a representação de si nestes três níveis. Pegando a parte do que é ser terapeuta de crianças, do que é comum a todos, chega-se ao que é universal nesse grupo, isto é, aquilo que caracteriza o trabalho com crianças independente da linha teórica e da abordagem que o psicólogo segue. Por outro lado, o psicólogo que segue a psicanálise, realizando um trabalho de análise com crianças, vai se utilizar de conceitos tais como inconsciente, regressão, transferência e interpretação, estando este fazer dentro da categoria do particular, uma vez que é compartilhado por outros psicoterapeutas, mas não por todos. Há também os psicólogos de crianças que trabalham com diversas outras abordagens, entre elas, a cognitivo-comportamental.

Torna-se importante salientar que os elementos universais e os particulares se tornam presentes na subjetividade dos sujeitos de diversas formas, dependendo dos contingentes situacionais e pessoais de cada um (MEZAN, 2002). Esta forma específica de se manifestar é o que constitui o singular de cada pessoa. Assim, neste plano – e seguindo com o exemplo do psicólogo clínico de crianças que se utiliza da teoria psicanalítica – temos o que é específico deste sujeito, isto é, a forma que ele encontrou de ser profissional da Psicologia, de trabalhar com crianças e de operar com os conceitos psicanalíticos. A forma de fazer o contrato, valorizar mais a interpretação ou realizar mais apontamentos, não utilizar o jogo, intervir através do brincar, ter uma postura mais ativa ou mais passiva durante as sessões, realizar

entrevistas mensalmente com os pais ou só chamá-los quando achar necessário, entrar em contato com outros profissionais da saúde que atendem a criança e fazer sessões de cinquenta minutos ou deixar que o movimento da criança durante a sessão determine a duração desta são todos traços próprios que vão fazer a sua prática única, não sendo, portanto, igual à de outro.

Pode-se dizer, com outras palavras, que o que é próprio da Psicologia (universal) e o que é inerente ao trabalho com crianças e ao fazer da psicanálise (particular) constituem processos e mecanismos comuns a um determinado número de sujeitos que os exercem, mas a forma e o conteúdo como esses processos e mecanismos vão se manifestar na prática é único (singular) de cada sujeito (MEZAN, 2002). Desta forma, a representação do psicólogo na clínica com crianças vai estar atrelada à maneira como esses elementos do plano do universal e do particular vão ganhar forma no nível singular desse psicólogo, ou seja, na sua forma de ser terapeuta e fazer terapia.

Abordemos agora outro aspecto, os fatores externos que vão influenciar a auto-imagem do profissional em questão. Dentro destes determinantes, chama-se a atenção para a forma como os outros o percebem. A maneira como ele é visto constrói, em alguma medida, o lugar que o psicólogo de crianças vai ocupar no social. A forma como o representam diz sobre o que esperam dele, o espaço que esperam que ele ocupe. Em parte, o terapeuta de crianças se reconhece e se coloca nesta posição. Assim, ele se organiza primeiramente conforme o modelo de psicólogo que a sociedade lhe oferece, se identificando com esta imagem, com este papel (MEZAN, 2002). Pode-se pensar que, ao fazer isto, ele estará se colocando no lugar que seus pares, isto é, outros psicólogos esperam que ele ocupe, desempenhando um trabalho dentro do paradigma psicológico. O profissional da Psicologia aceita o lugar que lhe é imposto socialmente para ser reconhecido como tal, uma vez que, em alguma medida, só somos o que somos enquanto formos reconhecidos como tal. Por outro lado, dentro deste espaço que lhe é destinado, o psicólogo tem liberdade para criar, isto é, moldar e adaptar o que é próprio da Psicologia (universal) às suas particularidades e singularidades, sem com isso descaracterizar o que é inerente e próprio ao seu campo e a sua área.

Como a criança não chega à clínica para terapia sozinha – ela sempre vem trazida pelos pais ou responsáveis por ela – o psicoterapeuta também tem o seu fazer e a sua identidade atravessados pelo olhar e pelas expectativas que estes familiares lhe depositam ao buscar a sua ajuda devido a algum problema ou dificuldade que a criança – seu filho ou não – vem apresentando. Vale ressaltar que, neste momento, o psicólogo tem que levar em consideração as demandas dos responsáveis pela criança. Se as descartar, os pais não encontrarão nenhum retorno para o que procuravam e, possivelmente, tirarão a criança do

tratamento. Se atendê-las totalmente, não estará levando em consideração as necessidades da criança que é, afinal, o paciente.

Além disto, o terapeuta entra em contato com outros profissionais que trabalham com a criança, dependendo do caso específico desta. Dentre eles, o professor, o pediatra, o psiquiatra, o fonoaudiólogo, o fisioterapeuta, o neurologista, o conselheiro tutelar, etc.. O olhar destes profissionais também atravessa o fazer da Psicologia, uma vez que a comunicação com outras áreas do saber e um trabalho interdisciplinar são fundamentais para o atendimento integral do paciente. Tão importante quanto, se não o mais importante, é a forma como o paciente vai enxergar o seu terapeuta. Este aspecto será apresentado e discutido posteriormente.

As representações que construímos e introjetamos ao longo da vida servem-nos enquanto base que organiza e direciona o nosso comportamento e guia as relações que estabelecemos com o meio social. Segundo Moscovici (1978), tais produções não são oriundas apenas de observações e análises individuais do ambiente. Elas são fabricações sociais destinadas a apreender, interpretar e elaborar o mundo concreto para, em seguida, responder aos estímulos provenientes deste. Importante salientar que o sujeito representa em grupo, estando suas representações, portanto, atreladas ao contexto em que ele se insere. Desta forma, as circunstâncias mudam a forma de conceber alguma coisa e, uma vez que são formadas socialmente, estas representações normalmente são acompanhadas de opiniões, julgamentos e estereótipos, submetendo o objeto ou a pessoa representada a uma escala de valores (MOSCOVICI, 1978). Assim, conforme o autor, as representações sociais, ao passo que constituem formas de pensar e agir transmitidas e vinculadas através das interações e dos discursos, regem as condutas desejáveis e admissíveis num determinado contexto cultural. Ao ditar o que é ser psicólogo, o social está transmitindo o que é esperado que um psicólogo faça – o que ele pode e deve fazer –, bem como o que este não pode fazer.

Partindo do que foi dito, a imagem que uma pessoa faz da Psicologia ou de um psicólogo vai depender diretamente da representação que a sociedade que esta pessoa integra construiu de Psicologia e psicólogo. Moscovici (1978) nos fala que a representação social de alguma coisa é a ideia que fazemos da natureza e da função desta na vida, no cotidiano. Então, dependendo do papel atribuído coletivamente à Psicologia, esta vai ganhar um desenho específico no grupo em que ela se insere. Embora, como já apresentado, a representação seja um processo e um produto do social, isto é, construído socialmente, ela não se resume a isto. No momento em que certa representação é incorporada por alguém, ela passa a sofrer a influência das experiências pessoais que este indivíduo vai ter, já teve ou está tendo com o

objeto ou fenômeno da representação. Isto corrobora a ideia abordada no início de sujeito ao mesmo tempo ativo e passivo na ação de produção de representações, sejam suas, sejam de outros.

Desta forma, o sujeito psicólogo se encontra dentro de um jogo de movimentos sociais, construindo e sendo construído pelas relações que estabelece, pelos discursos que o envolvem. Sua realidade psíquica, segundo Mezan (2002), se constitui através desses fenômenos, denominados modalidades de subjetivação, os quais se encarregam de transmitir costumes, valores e crenças destinadas a perpetuar e manter o funcionamento da sociedade. Conforme o autor, tais leis e padrões de autocontrole são incorporados por pessoas e instituições que se destinam a transmiti-las a novos indivíduos e integrantes do grupo social. Embora muros sejam levantados e linhas sejam traçadas para delimitar o espaço permitido no qual cada sujeito – dependendo do papel e das funções que desempenha no seu dia-a-dia – pode transitar, este é livre para alterar um pouco as bordas que ao mesmo tempo o definem e o aprisionam. É-lhe permitida certa flexibilidade para criar uma diversidade necessária, fundadora de modos diversos de ser (MEZAN, 2002).

Nesse sentido, o fazer e a identidade do psicólogo da clínica com crianças vão estar atrelados à forma como os outros lhe vem, ao lugar que lhe é construído socialmente. Como já mencionado anteriormente, o psicólogo não vai se colocar totalmente no local que o olhar dos demais o destina. Ele vai estar em alguma medida ocupando este espaço, mas, ao mesmo tempo, modificando-o, criando um novo lugar condizente com características e preferências próprias, a como ele acredita que deve ser o trabalho clínico com crianças, a forma com que ele se apropriou deste campo. A sua representação é, deste jeito, construída pela soma e pelo entrelaçamento de vários fatores e linhas de força; algumas determinadas por ele, outras que o determinam (MEZAN, 2002).

É indispensável ressaltar que, ao passo que a representação de si é construída socialmente através e nas relações, ela é ao mesmo tempo cristalizada e fluída. Cristalizada, pois parte dela se mantém fixa, não mudando independente do contexto e da situação em que nos encontramos. Esse núcleo mais rígido da representação é o que permite a sensação de continuidade ao longo do tempo. Sem isso, não teríamos um mínimo de coesão interna que nos permitiria nos relacionar. Sem essa auto-imagem para nos apoiar, não nos reconheceríamos e nem seríamos reconhecidos, pois estaríamos em constante e radical mudança na forma de ser. Este núcleo muda, mas paulatinamente ao longo dos anos.

Por outro lado, uma parte mais fluída e externa da representação de si permite certa alteração e adaptação ao contexto e ao lugar em que o sujeito está inserido num dado

momento. Por exemplo, em casa, um indivíduo qualquer pode ser marido, pai, filho e/ou irmão, mas no espaço de trabalho, no consultório, ele é psicólogo/terapeuta. Num local, ele pode ser aluno e em outro, professor. Os papéis e funções que ele exerce mudam conforme o contexto em que ele se encontra, isto é, como em cada ambiente vão existir diferentes exigências quanto a funções, comportamentos e posturas que uma dada pessoa tem que ter, ela vai desempenhar o papel que o lugar vai exigir. Mudando o lugar, mudam as demandas e muda também o papel a ser desempenhado.

Mas a representação de si não se altera apenas devido ao espaço em que nos encontramos. Ela também se transforma conforme as relações que estabelecemos com outras pessoas ou grupo de pessoas (MOSCOVICI, 1978). Peguemos por exemplo o caso de uma mulher que trabalha num hospital. Com relação aos seus pacientes ela pode ser médica/enfermeira, mas quando está com outra médica ela pode ser colega de trabalho ou amiga. Transpondo isto para o campo da clínica com crianças, podemos pensar que o terapeuta de crianças é um terapeuta diferente com cada um de seus pacientes, uma vez que a interação que se dá entre o psicólogo e cada uma das crianças é única, gerando processos de representação e identificação singulares. O terapeuta vai estar se valendo de dispositivos e utilizando-os de formas variadas dependendo das características e necessidades do paciente.

Desta forma, alguns elementos da representação do psicólogo mudam conforme o sujeito com quem ele está se relacionando – seja paciente, responsável pela criança ou colega –, mas o núcleo desta, aquilo que é mais geral, se mantém independente disto. Utilizando de outra maneira a ideia dos planos de Mezan (2002), a representação se mantém ou se modifica também de acordo com os três níveis. Haverá elementos da subjetividade do terapeuta que vão estar presentes com todos os pacientes que ele se relacionar (universal), outros traços vão se manifestar apenas na interação com algumas crianças (particular) e algumas características pode ser que apareçam apenas no caso específico daquele paciente único (singular).

Ao dar sentido ao universo em que pertence, definindo e representando eventos, objetos e pessoas ao seu redor, o sujeito encontra-se, ao mesmo tempo, constituindo-se enquanto tal (MOSCOVICI, 1978). Isto acontece, pois ao organizar os papéis e o lugar das coisas no ambiente, a pessoa está se situando com relação a este universo social e material em que se encontra, estabelecendo um espaço e papéis para si também no contexto definido. Na clínica com crianças, o psicólogo ao representar a sala onde está como o *setting* terapêutico, os brinquedos e os materiais como recursos e dispositivos para a terapia e a criança enquanto paciente, ele está ao mesmo tempo se situando e se representando como psicoterapeuta de crianças naquelas circunstâncias que norteiam e denunciam o papel e as funções que ele tem e

são esperadas que ele exerça e desempenhe. Moscovici (1978) aponta para essa forte relação da própria definição com a definição dos outros, uma vez que ao representar estamos não obstante nos representando.

Assim, uma pessoa pode ser várias coisas dependendo do contexto em que ela se encontra e, ainda assim, continuar sendo ela mesma. Isto se dá devido aos papéis sociais que nos são impostos pela sociedade, havendo um papel específico a ser desempenhado para cada ambiente em que nos encontramos. Contudo, há uma margem em que o sujeito pode desenvolvê-lo ao seu modo. Uma vez que o papel é incorporado à singularidade da pessoa, constituindo em alguma medida a representação desta, a representação e a subjetividade desta pessoa também vão moldar e alterar de alguma forma o papel a ser desempenhado. Desta maneira, o papel é adaptado ao modo de pensar, ser e agir específico de cada um, e isto é importante para o social – talvez por isto sendo aceito e tolerado – para a criação da diversidade. Caso contrário, todas as pessoas que desempenham certo papel o fariam da mesma forma. Seriam todos iguais. Este “modo” de cada um constitui a personagem que a pessoa vai ser nas relações e nos jogos sociais que estruturam a sua vida.

Tudo o que até agora foi apresentado, a subjetividade, os fatores contextuais, os elementos universais, particulares e singulares, a representação que tem de si e que os outros têm dele, as relações, as expectativas, o reconhecimento e os papéis sociais, tudo isto vai influenciar e determinar a representação do psicólogo na clínica com crianças. Não obstante, todos esses elementos também vão influenciar a forma como a criança vai representar o seu terapeuta. É um jogo contínuo onde vários fatores estão interligados, alterando ao passo em que são alterados. Numa clínica, embora o psicólogo seja o mesmo para todos os pacientes, cada criança vai ter a sua representação do seu terapeuta. Desta forma, haverá tantos terapeutas quantos forem os pacientes atendidos. E as representações não são fixas. Elas mudam ao longo do tratamento. Desta forma, numa sessão o terapeuta pode ser construído, pintado, investido e cortado, para na próxima ser destruído, reparado, colado, apagado, moldado e esvaziado de acordo com as necessidades da criança.

A representação que a criança faz do psicólogo

A maneira como a criança percebe e representa o seu psicoterapeuta determina a forma como esta vai se relacionar com o ele e utilizá-lo no *setting* ao longo do tratamento, durante as

sessões. Pode-se pensar que, como a criança não tem uma representação pré-existente de psicólogo ela vai, num primeiro tempo, relacionar-se com esta figura se utilizando de padrões construídos anteriormente. Segundo Moscovici (1978), ao nos depararmos com algo estranho e novo, transportamos conteúdos e elementos de uma área que já nos é conhecida, corrente e, portanto, abundante de signos para essa nova área que surge desconhecida e escassa de símbolos. Por isso, pode-se pensar por que é tão comum no início da terapia a criança chamar o psicólogo de médico, doutor, professor e/ou tio na busca de achar uma figura, um conceito, que se encaixe no recorte deste novo profissional com quem agora entra em contato. A criança representa o seu terapeuta na tentativa de atenuar a “estranheza” inerente ao contato com o novo – a figura do psicólogo. Com isto, ela busca introduzi-lo e inscrevê-lo no seu universo interior, carregando-o de sentido para torná-lo familiar e poder, com isso, relacionar-se com ele (MOSCOVICI, 1978). Conforme o autor, é importante ressaltar que essa imagem que a criança cria do seu terapeuta pode até se assemelhar a ele, mas nunca vai coincidir com o objeto terapeuta representado. Ela é sempre diferente.

Além disto, essa percepção inicial vai ser influenciada pelo que os pais ou responsáveis pela criança disseram ou deixaram de dizer a esta. Todo este montante de informação sobre onde ela está indo, quem ela vai ver lá, qual o motivo dela estar indo e o que ela vai fazer neste local vão entrar em movimento e criar uma imagem inicial do profissional que a criança está indo ver, o que ela pode esperar dele, bem como o que esperam dela. Não é pouco frequente, contudo, que a criança chegue para terapia achando que vai levar injeções ou fazer os temas do colégio. Tais imagens distorcidas podem ser oriundas de falhas na comunicação. Os pais podem não estar dizendo para o seu filho o motivo dele estar indo no psicólogo nem o que este vai fazer lá ou dizê-lo de uma forma muito simplificada. Isto pode se dar uma vez que alguns pais não sabem como colocar para a criança as suas queixas quanto aos comportamentos que esta apresenta e que os fizeram buscar ajuda. Por outro lado, os pais podem não o fazer simplesmente por não saberem, visto que muitas vezes os responsáveis pela criança são encaminhados a serviços de Psicologia por profissionais da educação e da saúde sem maiores esclarecimentos sobre a razão deste encaminhamento ou sobre o que um psicólogo faz. Assim, os pais não podem explicar ao seu filho algo que eles também não sabem.

Aqui entra a importância do profissional psicólogo, nas entrevistas iniciais com os pais ou responsáveis pelo infante, explicar-lhes no que consiste uma psicoterapia e o que podem esperar desta enquanto resultados e ganhos de tratamento. Da mesma forma, o terapeuta pode auxiliar os pais a encontrarem uma forma de dizer para a criança o porquê dela

estar indo para terapia de maneira que facilite tanto à criança compreender, quanto aos adultos contarem.

Somado ao que os responsáveis vão falar, pode-se colocar o que o psicólogo vai dizer à criança durante o período de avaliação – o que vai ser dito no contrato, o que a criança pode esperar do terapeuta e o que o terapeuta espera dela, o que ela pode fazer dentro do *setting* terapêutico e o que ela não pode. Com o avançar das sessões e com a relação estabelecida entre terapeuta e paciente, a representação que a criança tem do psicólogo vai mudando e se transformando dependendo da forma como o terapeuta se relaciona com o paciente, da maneira como é conduzido o tratamento e dos recursos disponíveis na sala. Algumas ideias preconcebidas são descartadas e outras novas vão sendo agregadas. Juntamente, surgem demandas espontâneas da criança pelo tratamento, fantasias e idealizações desta com relação ao terapeuta e certos elementos da terapia são valorizados pelo paciente em detrimento de outros. Concomitantemente, a criança vai aos poucos percebendo os ganhos que ela tem em psicoterapia, agregando à sua representação de terapia e terapeuta a forma que ela pode estar se valendo destes, bem como para que ela pode estar utilizando este espaço e este profissional. São a todas estas coisas, que constituem a imagem que a criança tem do seu terapeuta, que o psicólogo tem que estar atento para realizar o tratamento em função das necessidades da criança.

Com o intuito de levantar em que sentido tem se dado as pesquisas no campo da clínica infantil, realizou-se em março de 2011 uma busca na base de dados em Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Nesta, utilizou-se os descritores "psicoterapia da criança" e "psicoterapia infantil" para encontrar textos completos em português. Ocupou-se dos que se encontravam indexados no Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Deste modo, foram localizados vinte e cinco artigos científicos relacionados à psicoterapia com crianças.

Os artigos encontrados variavam quanto ao tema central apresentado. Deste modo, foram encontradas pesquisas que tinham como foco de estudo: a) a patologia apresentada pela criança, b) algum fenômeno presente no *setting* terapêutico, c) o referencial teórico que embasava a intervenção, d) a modalidade de atendimento e/ou e) o local onde a psicoterapia era realizada. Quanto ao transtorno ou evento estressor ao qual o paciente encontrava-se exposto, os artigos abordaram: o transtorno de ansiedade (ANTHONY, 2009; MENEZES; LÓPEZ; DELVAN, 2010), o abuso sexual (BOARATI; SEI; ARRUDA, 2009; HABIGZANG et al., 2011), a alopecia (LEITE et al, 2003; MENEZES; LÓPEZ; DELVAN, 2010), a depressão materna (BRUM, 2006), a ausência paterna (EIZIRIK; BERGMANN, 2004), as

modificações constantes no contexto familiar (MARQUE; GOMES, 2006), o comportamento desafiador e agressivo (GOSCH; VANDENBERGHE, 2004), o autismo (MARQUES; ARRUDA, 2007), a Síndrome de Down (LEITE et al., 2003), o vitiligo (MENEZES; LÓPEZ; DELVAN, 2010), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (MONDARDO; VALENTINA, 1998), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS (AGUIRRE; ARRUDA, 2006), o diabetes (MARCELINO; CARVALHO, 2005), o mutismo (BRAGA; KUNZLER; HUA, 2008) e o transtorno de humor bipolar (BRAGA; KUNZLER; HUA, 2008).

Já os estudos que se centraram em algum fenômeno presente no contexto do tratamento se debruçaram sobre: o envolvimento dos pais no tratamento da criança (FINKEL, 2009; OTERO, 1993; SEI; SOUZA; ARRUDA, 2008), os resultados obtidos pela psicoterapia (DEAKIN; NUNES, 2008, 2009; HABIGZANG et al., 2011), o fantasiar (HABER; CARMO, 2007; NALIN, 1993), o abandono do tratamento (DEAKIN; NUNES, 2009; DI LORETO, 2001), o brincar (FELICE, 2003; VIEIRA; SPERB, 2007), o desenho (FERNANDES, 2006), o sentimento experimentado pelos pacientes e seus responsáveis (OTERO, 1993), a gravidez da psicóloga (SILVEIRA, 2003), o vínculo terapêutico (MARQUES; ARRUDA, 2007), a narrativa da criança (VIEIRA; SPERB, 2007), a importância da figura materna (MONDARDO; VALENTINA, 1998), a transmissão psíquica transgeracional (GOMES; ZANETTI, 2009) e as características da clientela que frequenta o serviço (CUNHA; BENETTI, 2009).

Com relação à perspectiva teórica que orientava a psicoterapia ou a discussão do tema proposto pelo estudo, as pesquisas apresentaram como referencial teórico: a psicanálise (AGUIRRE; ARRUDA, 2006; AZEVEDO & SAMPAIO, 2009; BOARATI; SEI; ARRUDA, 2009; BRUM, 2006; DEAKIN; NUNES, 2008, 2009; DI LORETO, 2001; FELICE, 2003; FINKEL, 2009; GOMES; ZANETTI, 2009; LEITE et al., 2003; OLIVEIRA, 2002; MARQUE; GOMES, 2006; MARQUES; ARRUDA, 2007; MENEZES; LÓPEZ; DELVAN, 2010; SEI; SOUZA; ARRUDA, 2008; VIEIRA; SPERB, 2007), a terapia comportamental (GOSCH; VANDENBERGHE, 2004; HABER; CARMO, 2007; MOURA; GROSSI; HIRATA, 2009; MOURA; VENTURELLI, 2004; OTERO, 1993), a gestalt-terapia (ANTHONY, 2009; COSTA; DIAS, 2005; MATTAR, 2010), a terapia cognitiva (BRAGA; KUNZLER; HUA, 2008), a terapia cognitivo-comportamental (HABIGZANG et al., 2011), a psicologia existencial (MATTAR, 2010), a psicologia humanista (MATTAR, 2010), o psicodrama (COSTA; DIAS, 2005) e a abordagem centrada na pessoa (COSTA; DIAS, 2005). Identificaram-se também artigos que abordavam a modalidade de atendimento

referente à psicoterapia de grupo (FERNANDES, 2001, 2006; HABIGZANG et al., 2011; SILVEIRA, 2003) e à psicoterapia breve (MONDARDO; VALENTINA, 1998; OLIVEIRA, 2002).

Por fim, os trabalhos que deram alguma ênfase ao local da intervenção referenciaram que a terapia teve como palco: o ambulatório (BOARATI; SEI; ARRUDA, 2009; MARQUES; ARRUDA, 2007; MONDARDO; VALENTINA, 1998), a clínica-escola (CUNHA; BENETTI, 2009; MENEZES; LÓPEZ; DELVAN, 2010) e a unidade de terapia intensiva – UTI (FELICE, 2003).

Por outro lado, pôde-se observar também o método empregado pelos autores para o desenvolvimento da pesquisa. Percebeu-se que a grande maioria de estudos realizou uma apresentação de um caso clínico (AGUIRRE; ARRUDA, 2006; ANTHONY, 2009; AZEVEDO; SAMPAIO, 2009; BOARATI; SEI; ARRUDA, 2009; BRAGA; KUNZLER; HUA, 2008; BRUM, 2006; EIZIRIK; BERGMANN, 2004; FELICE, 2003; GOMES; ZANETTI, 2009; GOSCH; VANDENBERGHE, 2004; LEITE et al., 2003; MARQUE; GOMES, 2006; MARQUES; ARRUDA, 2007; MENEZES; LÓPEZ; DELVAN, 2010; MONDARDO & VALENTINA, 1998; MOURA; GROSSI; HIRATA, 2009; SEI; SOUZA; ARRUDA, 2008; VIEIRA; SPERB, 2007), valendo-se os demais artigos de revisão de literatura (DEAKIN; NUNES, 2008; EIZIRIK; BERGMANN, 2004; HABER; CARMO, 2007; MARCELINO; CARVALHO, 2005; MOURA; VENTURELLI, 2004), de entrevistas com psicólogos (COSTA; DIAS, 2005; HABER; CARMO, 2007), de entrevistas com crianças e adolescentes (HABIGZANG et al., 2011), de aplicação de testes com crianças e adolescentes (DEAKIN; NUNES, 2009; HABIGZANG et al., 2011) e de consulta a prontuários (CUNHA; BENETTI, 2009).

Através deste levantamento de um recorte da produção científica acerca da clínica infantil pode-se perceber uma carência de estudos que tem a criança enquanto participante das pesquisas realizadas. Dos vinte cinco artigos analisados apenas dois voltaram-se para a criança enquanto sujeito que pode falar sobre si (DEAKIN; NUNES, 2009; HABIGZANG et al., 2011). Os demais apontam para uma concentração de artigos onde o profissional que trabalha junto à criança é quem ganha voz, relatando alguma experiência clínica a partir do seu ponto de vista, normalmente o de psicólogo/pesquisador, uma vez que não se ocupou de escutar a criança. Por outro lado, não foi encontrado nenhum artigo sobre a representação que o infante tem de psicólogo ou psicoterapia, o que faz pensar que os estudos nessa área são muito remotos, havendo uma possível lacuna na literatura sobre este tema. A partir disto, levanta-se a importância de se realizar estudos que ouçam a criança enquanto paciente de

psicoterapia e enquanto indivíduo que tem muito a expressar sobre si, devendo ela ser o foco de novas investigações que visem compreender a forma como as crianças vivenciam e experimentam as diversas estratégias e intervenções terapêuticas nos diferentes contextos em que elas se dão.

Levando isto em consideração, o presente trabalho buscou identificar como crianças que estavam em atendimento psicológico na rede básica de saúde representam a sua terapia e o seu terapeuta. Juntamente, este estudo objetivou levantar quais papéis e funções a criança atribui à figura do terapeuta, investigar possíveis fantasias e idealizações que a criança faz do processo de psicoterapia, estudar quais dentre os diversos fenômenos que atuam dentro do *setting* analítico são valorizados pela criança e conhecer, através do olhar do paciente, quais as funções desempenhadas pela psicoterapia e em que medida ela tem atendido às suas demandas.

O estudo de tais questões nos permitirá adequar a nossa prática às reais necessidades da criança (e não ao que julgamos que ela precisa ou o que os seus responsáveis disseram-nos que ela precisa durante a entrevista de anamnese ou em entrevistas posteriores de devolução/orientação). Tal pesquisa nos possibilitará também adaptar as nossas intervenções e a nossa postura dentro do espaço terapêutico ao que realmente é valorizado e esperado pela criança (e, novamente, não ao que nós achamos ser importante para ela ou ao que atende muito mais às nossas necessidades enquanto terapeutas do que às necessidades da criança enquanto paciente).

Além disto, o campo da Psicologia sempre buscou investigar e entender o funcionamento e a dinâmica do ser humano em diversos contextos, seja em grupo ou individualmente, para depois poder intervir sobre este. O estudo da infância e dos fenômenos pertencentes a esta fase é fundamental para a elaboração de estratégias de intervenção que visem à promoção de saúde e bem-estar psicológico. Desta forma, este trabalho também se justificou pelos seus fins de estudo e pesquisa por ser entendido como elemento de auxílio na atuação de psicólogos e demais profissionais que trabalham e intervêm junto à criança.

MÉTODO

Participantes

Para a execução deste estudo investigou-se a representação de psicoterapia de crianças que realizaram atendimento psicológico em instituição pública de saúde com idade até doze anos incompletos. O limite de doze anos incompletos diz respeito a uma divisão etária no desenvolvimento humano, uma vez que indivíduos com doze anos já são considerados adolescentes, não entrando, por isso, na população alvo do estudo. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa com idade até doze anos incompletos, e adolescente o sujeito com idade entre doze e dezoito anos. Papalia, Olds e Feldman (2006) apresentam a adolescência enquanto período de transição entre a infância e a vida adulta que tem início nos onze ou doze anos e término por volta dos vinte anos.

Com relação ao número de sujeitos participantes, o mesmo foi definido em função do critério de saturação. Conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008), a amostragem por saturação é definida como a não inclusão de novos participantes na amostra da pesquisa a partir do momento que, na opinião do investigador, o material coletado começa a se repetir, isto é, os novos dados apreendidos não apresentam nenhum elemento novo significativo para a proposta do estudo. Neste sentido, foram sujeitos do estudo oito crianças que realizaram atendimento psicológico por pelo menos cinco meses no Serviço de Psicologia junto à Unidade Sanitária Kennedy, em Santa Maria. Tal serviço era prestado pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e desenvolvido pelos acadêmicos deste, estando os mesmos sob supervisão de professores e técnicos do Curso de Psicologia da UFSM. Ao longo do ano de terapia, a criança era atendida pelo mesmo estagiário e – caso fosse indicada a continuidade do tratamento – mudando o ano, mudava-se também o terapeuta. Todas as crianças integrantes do estudo tiveram experiência de atendimento com terapeutas do sexo feminino. A escolha do local deu-se pela identificação de que neste frequentavam crianças que estavam em atendimento psicológico, a população alvo da presente pesquisa.

A eleição do critério da criança ter realizado pelo menos cinco meses de psicoterapia justifica-se, no nosso entendimento, pelo fato de que este seria um tempo mínimo adequado

para a criança desenvolver uma representação interna própria da sua terapia e do seu terapeuta. Deste modo, se esperava que as crianças que participassem do estudo já tivessem uma representação própria do seu psicoterapeuta e do ambiente terapêutico mais condizente com a figura e o papel do psicólogo, não sendo, portanto, encontradas aquelas fantasias e ideias iniciais de terapeuta enquanto alguém que exerce funções semelhantes à de outros profissionais (como médico, professor, ...).

Além disto, para as crianças que não se encontravam no momento da aplicação em atendimento, para ingressarem no estudo estas deveriam ter recebido alta ou abandonado o atendimento entre os anos de 2009 e 2010. A eleição deste outro critério de inclusão/exclusão deu-se pelo fato de se acreditar que crianças que estão a um tempo maior sem entrar em contato com o processo de psicoterapia apresentariam, na nossa visão, uma representação menos detalhada de psicoterapia e psicoterapeuta.

Desenho do estudo

Com o intuito de alcançar o objetivo de compreender de forma mais ampla e profunda a questão da representação da clínica infantil por parte da criança, foi realizado um estudo qualitativo. Segundo Creswell (2007), uma abordagem qualitativa geralmente é realizada quando o pesquisador se utiliza da perspectiva construtivista para enxergar o mundo e compreender a realidade, isto é, quando o investigador entende que para o fenômeno ou conceito estudado existirão diversas e variadas significações e representações. Deste modo, o pesquisador tentará alcançar a complexidade dessa experiência a fim de desenvolver uma teoria ou tema (CRESWELL, 2007). Para o autor, tais categorias ou padrões são elaborados a partir da coleta, análise e interpretação dos dados, sejam eles textos ou imagens, que emergem e surgem dos participantes do estudo. Desta forma, o pesquisador estabelece significados para o fenômeno investigado a partir da visão dos participantes (CRESWELL, 2007).

Além disto, utilizou-se uma técnica que possibilitou a apreensão dos aspectos anteriormente citados. A técnica em questão é o desenho-estória (abreviado, D-E). Conforme Trinca e Tardivo (2002), o D-E constitui uma técnica composta por desenhos livres seguidos de narrativas de histórias também de modo livre. Tal instrumento permite a exploração do funcionamento dinâmico da personalidade do examinando, incluindo o levantamento de diversos outros aspectos deste, como queixas, angústias, fantasias, conflitos e impulsos.

Alguns estudos já utilizaram o D-E alcançando, através de sua aplicação, os objetivos propostos nas pesquisas (AMAZONAS et al., 2003; ÁVILA; TACHIBANA; VAISBERG, 2008; BARRETO; VAISBERG, 2007; CARETA; MOTTA, 2005; COSTA; MOMBELLI; MARCON, 2009; CRUZ, 1997; FIGLIE; MORAES; PAYA, 2004; FRANCO; MAZORRA, 2007; PEREIRA; PEREIRA JR., 2003; POLLI; ARPINI, 2010; PONTES et al., 2008; QUINTANA et al., 2007; RIBEIRA et al., 2007; RUSSO; COUTO; VAISBERG, 2009; SETZ; PEREIRA; NAGANUMA, 2005; TACHIBANA; VAISBERG, 2007).

Técnica que possibilita a criança comunicar-se livremente pelo uso da projeção e da associação livre, o D-E é aplicado individualmente, necessitando apenas de folhas de papel brancas, lápis preto e de cor (TRINCA; TARDIVO, 2002). A tarefa é iniciada com o pesquisador solicitando à criança que faça um desenho, a qual, em seguida, é estimulada a contar uma estória relacionada ao mesmo. Após a realização do desenho e da estória, o pesquisador – durante o inquérito – pode fazer perguntas com o objetivo de buscar mais detalhes e/ou esclarecer certos pontos do material trazido pela criança. Por fim, é pedido um título para a estória e é guardado o desenho. Este procedimento é repetido mais quatro vezes. Ao término do D-E, o investigador ainda deve tomar nota de como o indivíduo se comportou durante toda a aplicação.

Para este estudo, foi solicitada uma sequência de três D-E relacionados com a temática da clínica infantil. O procedimento do desenho-estória com tema é o mesmo do D-E, com a única diferença de que é solicitada a produção de desenhos e, conseqüentemente, de estórias com determinado tema (TRINCA; TARDIVO, 2002). No presente estudo, optou-se pela realização de três desenhos pela criança no procedimento do D-E com o tema da clínica com crianças, a saber: 1) o desenho da sala onde a criança é atendida, 2) o desenho da criança na terapia e 3) o desenho do terapeuta da criança.

Ao convidar a criança para fazer o D-E sobre a clínica infantil, foi proporcionado um espaço onde esta pode colocar e representar conteúdos relacionados à dinâmica da sua psicoterapia, como papéis desempenhados por ela, pelo terapeuta e pelos seus responsáveis (pai, mãe, tios, avós), vínculos, conflitos, desejos, relacionamentos, trocas, demanda/queixa, entre outros. Trinca e Tardivo (2002) ainda salientam que crianças e adolescentes (além de alguns adultos) “preferem comunicar-se por desenhos e fantasias aperceptivas a se expressar por comunicações verbais diretas” (p. 431), motivo pelo qual o D-E foi escolhido para realização deste estudo.

Como o presente projeto de pesquisa se propôs a estudar a representação que crianças que realizaram psicoterapia na rede básica de saúde têm da sua terapia e do seu terapeuta, este

levou, portanto, em consideração a visão que estas crianças têm do processo terapêutico e os significados subjetivos que cada uma atribui a esse. Neste sentido, o projeto teve por base uma postura epistemológica construtivista. O construtivismo, enquanto escola do conhecimento, postula que os sujeitos buscam a todo o momento compreender o mundo em que vivem, atribuindo significados a todas as experiências que atravessam (CRESWELL, 2007).

No caso da clínica com crianças, a criança, ao iniciar o processo de terapia, não tem uma representação deste, uma vez que ainda não o vivenciou. Aos poucos, ao longo das sessões, a criança vai atribuindo significados próprios, os quais vão depender de características e experiências prévias que ela teve, da forma que essa se apropria do psicólogo e do espaço terapêutico, de como o terapeuta se apresenta para ela, do que os seus responsáveis lhe disseram ou deixaram de dizer, entre diversos outros fatores. Desta forma, pode-se pensar que cada criança tem uma representação própria do seu terapeuta, percepção esta que em alguns aspectos se assemelha a das demais, mas em outros se diferencia. Tendo em vista a existência desta variedade de significados, o pesquisador busca essa complexidade de visões durante a realização do estudo, baseando-se, portanto, nos significados e na percepção que os participantes da pesquisa têm da situação ou do fenômeno investigado (CRESWELL, 2007).

Importante ressaltar que, para Creswell (2007), o pesquisador que tem como base postulados construtivistas entende as representações e os significados subjetivos atribuídos pelo sujeito ao conceito estudado como percepções e ideias formadas e construídas através das relações e das interações com outras pessoas. No caso da psicoterapia, da relação que a criança estabelece com o seu terapeuta e com os seus responsáveis. Esses significados também sofrem a influência do contexto social, histórico e cultural no qual a pessoa se insere (CRESWELL, 2007).

Coleta dos dados

Através da consulta ao prontuário dos pacientes da clínica psicológica infantil da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde a pesquisa foi realizada, levantou-se as crianças que estavam ou estiveram em psicoterapia no serviço em questão por um período mínimo de cinco meses. Através dos dados presentes no prontuário do paciente, entrou-se em contato por

telefone com o responsável pela criança no atendimento. Neste primeiro contato, convidamos o responsável – após terem sido expostos os objetivos da pesquisa – a comparecer na Unidade em um dia marcado com a criança para que pudéssemos convidá-la a ingressar no estudo. Depois que foi explicado, em linguagem simples, no que a pesquisa consistia e a criança consentiu em participar, foram assinados o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) pelo responsável e o Termo de Assentimento (Apêndice B) pela criança.

A aplicação do desenho-estória se deu no mesmo dia na sala de atendimento psicológico adulto da UBS em questão, visto que esta correspondia a um ambiente reservado e adequado para aplicação da técnica. A realização dos D-E, portanto, não se deu na sala de atendimento psicológico infantil, uma vez que foi solicitado às crianças que realizassem o desenho da sala onde elas eram atendidas, podendo esta interferir no desenvolvimento do procedimento visto da possibilidade da criança poder querer copiar o que ela vê na sala no momento da aplicação ao invés de projetar no desenho os elementos que ela lembra e, desta forma, valoriza e/ou confundir o que está sendo realizado com uma sessão de terapia.

Ao responsável foi pedido que aguardasse do lado de fora da sala, enquanto criança e pesquisador realizavam o procedimento de coleta de dados. Todas as aplicações de Desenho-Estória foram realizadas pelo autor do presente trabalho. A aplicação da técnica iniciou-se com a criança fazendo o desenho da sala onde ela era atendida. Em seguida, a mesma foi solicitada a escrever uma estória sobre este primeiro desenho, sendo esta depois lida ao pesquisador. Caso a criança não soubesse escrever, o pesquisador escreveu a estória para a criança, a qual, portanto, teve que contá-la ao pesquisador. Após a estória ter sido narrada, o investigador leu a estória para a criança, verificando se era aquilo que ela queria contar ou se havia mais algo que ela gostaria de acrescentar. Durante o inquérito, o pesquisador fez perguntas com o intuito de esclarecer pontos relacionados ao desenho e à estória como, por exemplo, o que a criança havia desenhado. Por último, pediu-se a criança para dar um título à estória, sendo esta e o desenho guardados. O procedimento foi repetido mais duas vezes com a solicitação do desenho da sala onde a criança era atendida e do seu terapeuta.

Ao longo de todo o processo de coleta dos dados, percebeu-se que algumas crianças apresentavam dificuldade em contar a estória, vindo algumas inicialmente a apenas descrever o que já haviam desenhado. Nesses casos, o investigador realizou perguntas como “O que acontecia na sala?” e “O que vocês (terapeuta e paciente) faziam lá?” com o intuito de aprofundar o que havia sido narrado pelas crianças, instigando-as a falar e contar mais. A mesma dificuldade não foi percebida durante a realização dos desenhos. No final, a coleta foi

encerrada com um total de 24 desenhos e 21 estórias, visto que uma das crianças (Criança 6, M, 5 anos), não quis contar nenhuma das três estórias.

Análise dos dados

A avaliação dos dados foi feita através de análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Num primeiro momento, a sequência de desenho-estória de cada criança foi analisada separadamente, sendo avaliado o que havia aparecido em cada D-E. Posteriormente, foi realizada uma análise de todas as crianças conjuntamente, sendo focalizado o que aparecia com maior intensidade e frequência, portanto, o que era comum e se repetia nos desenhos e nas estórias. Através da análise dos dados coletados pelo D-E foram estabelecidas as categorias a serem trabalhadas. Utilizou-se da teoria psicanalítica como referencial para a realização da discussão dos resultados, buscando, com isto, uma compreensão de como a criança que realizou atendimento psicológico em instituição pública de saúde representa a sua psicoterapia e o seu terapeuta.

Aspectos éticos

Durante o processo de elaboração da pesquisa foram respeitados os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, conforme apontam as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Buscando manter o anonimato das crianças, o material apresentado por cada uma foi identificado através de um número, do sexo (M – masculino; F – feminino) e da idade da criança (exemplo: Criança 1, F, 9 anos). O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o registro 0259.0.243.000-10.

A instituição e o serviço de Psicologia

A pesquisa foi realizada na Unidade Sanitária Kennedy, Unidade Básica de Saúde da região norte da cidade de Santa Maria (RS). Nesta, de 2001 a 2010, por meio de um convênio com o Curso de Psicologia da UFSM, foram desenvolvidas atividades de estágio curricular. Dentre as atividades realizadas pelos estagiários, encontra-se o atendimento psicológico individual com crianças. Todos os atendimentos eram realizados na mesma sala, a qual possuía diversos recursos lúdicos, como brinquedos, jogos e material para desenhar. A seguir, são apresentadas algumas fotos da sala (Figura 1 e Figura 2) onde eram realizadas as sessões de psicoterapia.



Figura 1 – Foto da sala da clínica infantil.



Figura 2 – Foto da sala da clínica infantil.

O responsável por alguma criança que quisesse que esta fosse atendida pelo Serviço de Psicologia deveria primeiramente participar do Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis, coordenado por dois estagiários da Psicologia. O grupo funcionava semanalmente na UBS, precisando os pais apenas marcar a sua participação na agenda disponível na recepção da Unidade. Nos grupos, os responsáveis pelo infante colocavam o que motivou a busca pelo serviço e eram pensadas conjuntamente ações e medidas que os pais poderiam tomar na tentativa de resolver ou amenizar o problema trazido por estes. Neste sentido, o grupo tinha como objetivos realizar esclarecimentos acerca do desenvolvimento infantil, orientar os pais e, caso fosse identificada a necessidade, encaminhar a criança para outros profissionais ou serviços. Além disto, caso fosse levantado pelos estagiários a necessidade da criança ser avaliada, esta era colocada na lista de espera para atendimento psicológico. Após a criança ter sido chamada para realizar a avaliação, esta, identificada demanda, iniciava o processo de psicoterapia, sendo as sessões semanais de aproximadamente cinquenta minutos cada. A frequência dos atendimentos podia variar conforme a demanda da criança e o momento da terapia. Concomitantemente, eram realizadas sessões de devolução e orientação com os responsáveis pelo infante no tratamento.

Devido ao fato do serviço ser realizado por alunos do quarto e quinto ano do Curso de Psicologia em estágio curricular, os atendimentos clínicos eram desenvolvidos no período de março a dezembro de cada ano, ficando o serviço em período de férias nos meses de janeiro e fevereiro. Assim, como os alunos realizam todo o primeiro ou segundo ano de estágio no

mesmo local, o paciente passava o ano inteiro sendo atendido pelo mesmo terapeuta, vindo a passar pela mudança de estagiário de Psicologia caso tivesse indicação de continuar o tratamento no próximo ano. Deste modo, mudando o ano, mudavam os estagiários que integravam a equipe da UBS e, com isso, ocorria a troca de terapeuta. Poucos pacientes durante os dez anos que o estágio funcionou na Unidade tiveram que passar pela troca de terapeuta durante o ano de atendimento devido a motivos pessoais que levaram o estagiário a se afastar das atividades de estágio.

Em 2010, foi desenvolvida na Unidade uma pesquisa que buscou caracterizar a clínica infantil em questão no que diz respeito à população atendida por esta (CAVALHEIRO; ARPINI; POLLI, 2010). Os resultados do estudo mostraram que o serviço era frequentado principalmente por crianças do sexo masculino (60% meninos e 40% meninas), com idade de seis a nove anos, tendo estas geralmente a mãe como responsável por elas no atendimento. Os responsáveis normalmente chegavam ao serviço por demanda espontânea (65%) ou por encaminhamento, sendo este comumente feito pela escola (43%), pelo pediatra (27%) ou pelo neurologista (7%). Por sua vez, as crianças chegavam ao serviço por apresentarem dificuldades caracteriais (51%), desordens escolares (28%) e/ou reações somáticas (21%)⁴.

As crianças

Com o intuito de se conhecer um pouco mais sobre cada criança que integrou o estudo, foi realizada consulta aos prontuários dos pacientes do Serviço de Psicologia junto à Unidade Sanitária Kennedy. A partir dos dados contidos nos prontuários, foram elaboradas historietas sobre a passagem de cada criança no serviço, as quais são apresentadas a seguir.

Criança 1, F, 9 anos

Escolaridade: 4º ano/3ª série

Mora com: o pai, a mãe, a irmã e a avó

⁴ Esta divisão das problemáticas infantis foi elaborada por Mannoni (1979/2004).

Responsável pelo atendimento: mãe

Data da aplicação: 26/11/10

A mãe da menina participou do Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis em 2008, encaminhada pela neurologista da filha, apresentando como principal queixa a sua agitação excessiva. Os pais não conseguiam impor limites, dizendo que a menina era muito teimosa, não tinha sossego, não parava quieta, era desobediente, respondia e brigava com a irmã. Além disto, a menina tinha convulsões, motivo pelo qual tomava Gardenal desde os quatro anos. Do grupo, a menina entrou para a lista de espera para atendimento psicológico e, em 18 de junho de 2008, foi chamada para iniciar o tratamento com sete anos de idade.

Concomitantemente, a menina continuou tomando Gardenal receitado pela neurologista. Ao final do ano, a paciente teve indicação para continuar em atendimento terapêutico em 2009. Em março de 2009, retornou ao atendimento sendo, em dezembro do mesmo ano, indicado que ela continuasse em atendimento em 2010. Neste ano, a principal queixa da mãe era o seu baixo rendimento escolar. As notas da menina estavam muito baixas. Disse que ela era muito agitada e que não focava atenção em uma atividade. Em dezembro de 2010, a menina teria indicação para continuar em atendimento, sendo encaminhada para a Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP) da UFSM. Porém a mãe da menina informou que não teria condições de levá-la no atendimento na CEIP. Dessa forma, foi encerrado o atendimento desta. No último encontro com a mãe, esta afirmou que a menina estava bem melhor, bem mais calma. Disse que ela estava tentando recuperar as notas no final do ano, como fazia em todos. Ao longo dos três anos de atendimento, a menina passou três vezes por mudança de terapeuta, sendo atendida por quatro estagiárias da Psicologia.

Criança 2, F, 11 anos

Escolaridade: 5ª série

Mora com: a mãe

Responsável pelo atendimento: mãe

Data da aplicação: 07/12/10

A mãe da menina participou do Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis em 2008, encaminhada pela pediatra do Programa de Equilíbrio Alimentar, apresentando como principal queixa o seu sobrepeso. Segunda a mãe, a menina não tinha controle com a comida. A mãe tinha um bar e a menina pegava escondida as coisas do bar para comer. Por conta disso, estava muito acima do peso normal. Era bastante nervosa e se irritava facilmente. A mãe acredita que a menina comia demais, pois ficava ansiosa pela falta do pai, que há muitos anos não mora mais com elas. A mãe disse que a menina estava sempre com fome, comendo exageradamente por ansiedade. No mesmo ano, a menina entrou (aos nove anos) para a lista de espera para atendimento psicológico e, em junho de 2009, foi chamada para iniciar o tratamento com dez anos de idade.

Durante os atendimentos, foi observado pela terapeuta que a menina apresentava comportamento de idade maior que a cronológica. Ao final do ano, a paciente teve indicação para continuar em atendimento terapêutico em 2010. Em março de 2010, o atendimento foi retomado e teve continuidade, sendo trabalhadas questões referentes ao difícil relacionamento com a mãe. Em novembro, a menina apontou que seu relacionamento com a mãe havia melhorado bastante. Tanto a postura dela para com a mãe, quanto a postura da mãe para com ela eram mais satisfatórias. Notou-se que, ao longo do tratamento, a menina abandonou a atitude queixosa que apresentava no início do ano. No último encontro com a mãe, esta apontou que a filha estava bem mais tranquila, parecia ter amadurecido e estava mais responsável. Também disse que a relação das duas estava melhor e que elas estavam passando mais tempo juntas. Além disso, falou que a menina estava comendo bem menos “porcarias”. Dessa forma, a paciente recebeu alta no final do ano. Ao longo dos dois anos de atendimento, a menina passou uma vez por mudança de terapeuta, sendo atendida por duas estagiárias da Psicologia.

Criança 3, M, 9 anos

Escolaridade: 2º ano

Mora com: a mãe, o padrasto e a irmã

Responsável pelo atendimento: mãe

Data da aplicação: 16/02/11

A mãe do menino participou do Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis em 2008, apresentando como principal queixa o mau comportamento e a desobediência do filho. Segundo a mãe, este era agressivo, não obedecia, contrariava, debochava, não parava quieto e tinha problemas na escola – já mordeu a professora, riscou o carro desta e a parede da escola, e quebrou os óculos de um colega. Maltratava e brigava com a irmã, dizendo que ela ia ser ruim que nem ele. Não respeitava a mãe nem a obedecia. Só respeitava o padrasto porque tinha medo dele. Os pais eram separados. Na época, ele não tinha contato e não queria se relacionar com o pai e agia como se ele não existisse. Dizia que ninguém gostava dele, que ia se matar. Dizia também ter raiva e não gostar da mãe. No mesmo ano, o menino entrou para a lista de espera para atendimento psicológico e, em junho de 2009, foi chamado para iniciar o tratamento com sete anos de idade.

Ao final do ano, o paciente teve indicação para continuar o tratamento no ano seguinte. Em 2010, o atendimento foi retomado, sendo que na metade do mesmo, devido à mudança de residência, a mãe informou não ter condições de dar continuidade ao tratamento do menino, pois moraria longe da UBS. Ao longo dos dois anos de atendimento, o menino passou duas vezes por mudança de terapeuta, sendo atendido por três estagiárias da Psicologia.

Criança 4, M, 11 anos

Escolaridade: 6º ano/5ª série

Mora com: a mãe, o pai e o irmão

Responsável pelo atendimento: mãe

Data da aplicação: 06/04/12

A mãe do menino participou do Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis em 2008, encaminhada pela escola pelo fato do filho brigar muito com os colegas e atrapalhar as aulas. Segundo a mãe, o menino era muito agitado na escola. Concomitantemente, o caso também foi encaminhado para o Conselho Tutelar. No mesmo ano, o menino entrou para a lista de espera para atendimento psicológico e, em 12 de setembro de 2008, foi chamado para iniciar o tratamento com oito anos de idade.

Ao final do ano, o paciente teve indicação para continuar o tratamento no próximo ano. Em 2009, o atendimento foi retomado e teve continuidade. Em outubro, foi percebido que o menino estava melhor em sua demanda, não necessitando no momento de psicoterapia, motivo pelo qual recebeu alta no mesmo mês. Ao longo dos dois anos de atendimento, o menino passou uma vez por mudança de terapeuta, sendo atendido por duas estagiárias da Psicologia.

Criança 5, F, 5 anos

Escolaridade: ainda não frequentava a escola

Mora com: a avó, o avô e o tio

Responsável pelo atendimento: avó

Data da aplicação: 17/12/10

A avó da menina participou do Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis em 2009. Neste, a avó relatou que os pais de menina separaram-se quando ela tinha em torno de dois anos e deixaram-na morando com os avós. A avó contou que a mãe a visitava todos os dias, mas rapidamente, sem dar o principal, o amor. O pai a visitava somente de vez em quando. Quando a menina pedia, a avó ligava para o pai visitá-la. A avó achava que ela sentia falta deles. Às vezes ela chorava “sem motivo nenhum”. Quando era perguntada, dizia que estava lembrando do pai e da mãe, quando eles cuidavam dela. A avó acreditava que a menina era muito grudada com ela, pois durante três anos tentou que ela fosse à creche, para se relacionar com outras crianças, mas ela foi por alguns dias e não quis ir mais. No mesmo ano, a menina entrou para a lista de espera (aos quatro anos) para atendimento psicológico e, em junho de 2010, foi chamada para iniciar o tratamento com cinco anos de idade.

A menina demonstrou aproveitar muito bem o espaço das sessões para elaborar em sua brincadeira seu sofrimento pelo “abandono” dos pais, bem como a saudade que sentia do pai, que mora em outra cidade. Com o passar das sessões, a paciente começou a ser atendida duas vezes por semana, o que foi muito proveitoso por acelerar seu processo de elaboração. Ao longo do atendimento, a menina apresentou ao longo do tratamento indícios que apontaram para a suspeita de ter sofrido abuso sexual. Em dezembro de 2010, a paciente foi encaminhada para o Centro de Referência Especializada em Assistência Social II (CREAS II) e foi indicado

que a menina continuasse o tratamento em 2011 na CEIP. Ao longo deste primeiro ano em psicoterapia, a menina foi atendida sempre pela mesma terapeuta, não passando pela mudança de estagiária da Psicologia.

Criança 6, M, 5 anos

Escolaridade: educação infantil

Mora com: a mãe, a avó, o tio e o irmão

Responsável pelo atendimento: mãe

Data da aplicação: 03/12/10

A mãe do menino participou do Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis em 2008, apresentando como queixa o filho ter dificuldade para aprender. Segundo a mãe, o menino chegava chorando da aula, ele chorava por qualquer motivo. Além disto, relatou que ele tinha problemas com a fala – viu um colega gaguejar, “achou bonito” e começou a fazer igual. Isso acontecia principalmente quando ele estava nervoso. Quando perguntavam o que ele havia dito, ele ficava bravo e gaguejava mais ainda. Os pais são separados. A mãe disse que o menino sentia falta do pai, que queria vê-lo, mas esta não deixava porque ele mora longe. Ela também disse que o filho não parava quieto, inclusive na escola, deixando a professora “louca”, pois ficava cantando o tempo todo, além de muitas vezes fugir da escola. O menino sentia muita falta do avô, e não sabia que ele tinha morrido. Contaram para ele que o avô tinha ido viajar. Da morte do avô, o menino parou de falar. Quando voltou a falar, voltou falando pior do que antes. No mesmo ano, o menino entrou para a lista de espera (aos três anos) para atendimento psicológico e, em 16 de setembro de 2009, foi chamado para iniciar o tratamento com quatro anos de idade.

Ao final do ano, o paciente teve indicação para continuar o tratamento no ano seguinte. Em 2010, o atendimento foi retomado. O menino evoluiu muito no decorrer do atendimento. Inicialmente demonstrou-se com comportamentos sexualizados. Percebeu-se que estava passando pela conflitiva Edípica. Posteriormente esses comportamentos foram diminuindo. O paciente conseguiu elaborar esta fase em sua brincadeira, bem como o distanciamento do pai. Não demonstrando mais sofrimento, quando se conversaria com ele sobre a alta, ele próprio mencionou que não precisaria mais frequentar a terapia, o que

confirmou sua melhora. Deste modo, recebeu alta do serviço em novembro de 2010. No dia da aplicação, a mãe disse que a criança não quis mais ir ao atendimento, pois este ficou brabo com a terapeuta após esta numa sessão tê-lo pintado todo com tinta. Ao longo dos dois anos de atendimento, o menino passou uma vez por mudança de terapeuta, sendo atendida por duas estagiárias da Psicologia.

Criança 7, F, 6 anos

Escolaridade: educação infantil

Mora com: a mãe, o pai e o irmão

Responsável pelo atendimento: avó

Data da aplicação: 16/02/11

A avó da menina participou do Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis em 2008, apresentando como queixa a menina sofrer agressões físicas e verbais de ambos os pais. Segunda a avó, a mãe da menina a negligenciava, não comprava roupas, não dava comida nem atenção, vindo esta a apresentar sinais, pensamentos e sentimentos de tristeza e agressividade. No mesmo ano, a menina entrou para a lista de espera para atendimento psicológico e, em 24 de setembro de 2009, foi chamado para iniciar o tratamento com cinco anos de idade.

Ao final do ano, a paciente teve indicação para continuar o tratamento no próximo ano. Em março de 2010, a mãe da menina foi chamada duas vezes para retomar o atendimento. Como a mesma não compareceu em ambos, a menina foi desligada do serviço. No dia da aplicação, a avó da menina disse que a mesma nunca foi chamada para retomar o atendimento em 2010. Ao longo deste ano em psicoterapia, a menina foi atendida sempre pela mesma terapeuta, não passando pela mudança de estagiária da Psicologia.

Criança 8, F, 6 anos

Escolaridade: pré-escola

Mora com: a avó (biológica), a avó (adotiva), o avô (biológico) e o avô (adotivo)

Responsável pelo atendimento: avó biológica

Data da aplicação: 01/02/11

A avó da menina participou do Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis em 2008, apresentando como queixa a neta ser muito revoltada. Ela se mordida, se batia, puxava os cabelos. Não parava quieta. Quando era contrariada, falava que ia se matar. Era agressiva só em casa. Batia sem motivo nas pessoas. A avó disse que achava que essa revolta devia-se à falta da mãe da menina, a qual se separou do pai desta e foi morar em outra cidade com outro companheiro, com o qual teve gêmeas. À noite enquanto dormia, batia-se, acordava e chamava pela mãe. A avó acreditava que a neta não conseguia elaborar a separação dos pais. A menina mora com a avó adotiva e a avó biológica, às quais chama de mãe. No mesmo ano, entrou para a lista de espera (aos três anos) para atendimento psicológico e, em setembro de 2009, foi chamada para iniciar o tratamento com quatro anos de idade.

Ao final do ano, a paciente teve indicação para continuar o atendimento no ano seguinte. Em 2010, o atendimento foi retomado. Com o decorrer das sessões, a avó apontou que a neta estava bem mais calma, que não se mostrava mais agressiva. Disse que ela estava menos revoltada com as avós e com a mãe. Em vista disso, a paciente recebeu alta do atendimento em dezembro de 2010. Ao longo dos dois anos de atendimento, a menina passou uma vez por mudança de terapeuta, sendo atendida por duas estagiárias da Psicologia.

ARTIGO 1

A representação de psicoterapia em crianças atendidas em instituição pública de saúde⁵

⁵ O artigo encontra-se nas normas da *American Psychological Association* (APA) tendo em vista que a maioria dos periódicos científicos em Psicologia aceita para publicação manuscritos formatados conforme estas normas.

A representação de psicoterapia em crianças atendidas em instituição pública de saúde

Resumo

A maneira como a criança percebe e representa a sua psicoterapia determina a forma que ela vai se utilizar do tratamento. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo investigar a forma como crianças que estão em atendimento psicológico na rede básica de saúde representam a sua terapia. Com este intuito, realizou-se um estudo qualitativo com a aplicação da técnica do desenho-estória. Participaram deste oito crianças com idade entre cinco e doze anos incompletos. Foi solicitado às crianças que realizassem uma sequência de três desenhos-estórias. A análise dos dados coletados foi feita através de análise de conteúdo. Os resultados evidenciam que as crianças têm uma representação de psicoterapia enquanto um espaço destinado tanto para brincar quanto para falar sobre si. O destaque dado pelos infantes aos recursos lúdicos e ao conversar salienta a valorização destes enquanto dispositivos terapêuticos que as possibilitaram abordar, comunicar e trabalhar os seus conflitos e sofrimentos. Além disto, o tratamento foi experienciado pelas crianças como um lugar destinado a estas realizarem mudanças com o intuito de alcançarem ganhos terapêuticos e melhorarem. Por fim, o final do tratamento foi vivenciado como algo ruim devido à perda do contato com a figura do psicólogo e daquele espaço que proporcionaram tantas experiências positivas para elas.

Palavras-chave: psicoterapia da criança; saúde pública; procedimento de desenhos-estórias.

The representation of psychotherapy in children treated in public health institution

Abstract

The way children perceive and represent their psychotherapy determines the way they make use of the treatment. This study aimed to investigate how children under psychological care in basic health institution, represent their therapy. For this purpose, a qualitative study was carried out, using the draw and tell a story procedures. Eight children between five and twelve years old participated in this study. Children were asked to perform a sequence of three drawing-stories. The data analysis was performed using content analysis. The results show that children have a representation of psychotherapy as a place to play and to talk about themselves. The emphasis given by children to the ludic resources and conversations points out to the importance of these therapeutic tools since they help children to approach, communicate and work on their conflicts and sufferings. Moreover, the treatment was experienced by children as a place where changes happen in order to achieve therapeutic gains and improvements. Finally, the end of the treatment was experienced as something bad due to the loss of contact with the figure of the psychologist and the place that provided so many positive experiences for them.

Keywords: child psychotherapy; public health; draw and tell a story procedures.

INTRODUÇÃO

A psicoterapia de crianças

A clínica com crianças apresenta especificidades que a distingue do fazer das outras práticas clínicas. A criança não transmite os seus conflitos e os seus sofrimentos da mesma maneira que um adulto. Ela o faz de forma característica e própria, utilizando-se de brincadeiras, jogos e desenhos para se expressar; sendo, portanto, uma das particularidades do campo a linguagem do brincar (Avellar, 2004; Dolto, 1971/1984; Sigal, 2002). Da mesma forma que o adulto reconstitui seu passado, reordenando sua história de acordo com suas aspirações, pondo suas lembranças sob uma nova perspectiva através da fala, a criança o faz no seu brinquedo, reordenando o seu mundo passado e presente conforme os seus anseios (Mannoni, 1967/1987). Por isso, segundo Winnicott (1957/1982), na análise de crianças, o desejo de comunicar-se através do brincar é utilizado no lugar da fala dos adultos. A criança vale-se do brincar na clínica, pois é através deste que ela consegue controlar suas angústias, ideias, pensamentos, conflitos e impulsos. É através das suas brincadeiras e fantasias que a criança adquire experiência, desenvolve a sua personalidade e se organiza inicialmente para estabelecer relações emocionais e sociais. Além disto, o brincar atua na comunicação e revelação de material inconsciente.

Klein (1975/1997) aponta que, devido a características específicas da mente da criança, esta não consegue fornecer – pelo menos em um grau suficiente – as associações de fala utilizadas no tratamento de adultos. Como estamos trabalhando com um sujeito que tanto ele quanto o seu aparelho psíquico estão em construção (Sigal, 2002), não é possível nos valermos das livres-associações na análise de crianças (Dolto, 1971/1984). Além disto, durante um longo período inicial da terapia, também acabamos prescindindo da fala da

criança uma vez que o estado de ansiedade inerente ao conflito em que esta se encontra a impede de abordar e apresentar o seu problema de uma maneira direta, utilizando, para tanto, a brincadeira, o jogo e o faz-de-conta como formas de representação. Nestes momentos em que a criança é invadida por uma intensa sensação de ansiedade, ela acaba podendo comunicar suas associações somente através do brincar, visto que as palavras lhe faltam. Uma vez que a angústia tenha sido diminuída por intermédio da interpretação, a criança retorna a poder falar mais livremente. Assim, quando brinca, a criança mais age do que fala, colocando pensamentos em atos (*acting out*) ao invés de palavras, dramatizando e revivendo experiências e fantasias (Klein, 1975/1997).

Freud em seu texto “Além do princípio de prazer” (1920/2006) evidenciou a importância da brincadeira para as crianças ao relatar o jogo de um menino de um ano e meio que fazia desaparecer e voltar a aparecer objetos que estavam ao seu alcance. Freud interpretou essa atividade enquanto a repetição – por parte da criança – da experiência desagradável da partida da mãe. O autor concluiu, a partir disto, que a criança transformava em brincadeira suas vivências, elaborando de maneira ativa situações desagradáveis vividas de forma passiva. O brincar, assim, devido à sua função, se constitui na clínica com crianças a forma pela qual o terapeuta vai ter acesso às associações do infante e entender o seu inconsciente, uma vez que tanto a brincadeira quanto os materiais e objetos utilizados nessa representam alguma outra coisa (Klein, 1975/1997).

Torna-se importante salientar aqui que a brincadeira não é a única via de expressão da criança e nem o único alvo das interpretações do terapeuta. O modo como esta se comporta durante as sessões, isto é, como ela passa de uma atividade para outra e o meio que usa para compartilhar determinado conteúdo, ganha significado quando analisado na situação como um todo (Klein, 1975/1997). Deste modo, uma variedade de comportamentos – como gestos, mímicas, erros, expressões, palavras e lapsos – são observados e levados em consideração

(Dolto, 1971/1984). Além disto, enquanto brinca, a criança fala e conversa, transmitindo ao seu terapeuta toda uma variedade de informações, que, segundo Klein (1975/1997), adquirem o valor de associações. Dolto (1971/1984) situa que, a partir dessa fala da criança, é estabelecida uma espécie de “conversação” entre terapeuta e paciente, com o analista provocando discursos variados no analisado através, por exemplo, da devolução de perguntas que a criança o faz. Desta forma, a fala e, em alguma medida, as associações verbais também figuram enquanto instrumento do tratamento.

Uma vez que conseguimos apreender corretamente a maneira que a criança utiliza para se expressar, bem como os conteúdos que ela comunica, temos o que é necessário para penetrar níveis mais profundos da sua mente e, com isto, empreender um trabalho terapêutico com a criança. Como as crianças têm o inconsciente em contato mais próximo e direto com o consciente do que os adultos, elas podem representá-lo diretamente no ambiente terapêutico, vivenciando situações e fixações originais. Como estas experiências geralmente são acompanhadas por e despertam sentimentos de angústia e ansiedade na criança, o brincar pode ser interrompido pela emergência de uma inibição (Klein, 1975/1997).

A interpretação do material trazido pela criança diminui e por vezes resolve este estado de ansiedade, liberando a energia gasta pela criança para manter a repressão do conteúdo inconsciente, podendo essa energia agora ser investida e direcionada para outras áreas de interesse da criança, inclusive para o brincar, sendo este expandido e restaurado. A sensação de alívio proveniente da resolução de certa quantidade de ansiedade, juntamente com o ganho em prazer, fornece o incentivo que a criança precisa para prosseguir com o trabalho analítico. Com isto, o paciente começa a perceber e a entender o valor que a terapia tem para ele, bem como o uso que pode fazer desta, o que o orienta na direção do tratamento analítico (Klein, 1975/1997; Sandler, 2001; Winnicott, 1979/1983). Contudo, o paciente – independente de sua faixa etária – só se sentirá estimulado para entrar em análise se estiver

angustiado, isto é, se apresentar algum sofrimento psíquico. Existindo tal demanda, ele receberá a ajuda do terapeuta para entender a dinâmica que opera no seu sintoma e se desprender do estado de angústia vinculado a situações que vivenciou no seu passado ou que ainda experimenta no seu presente (Dolto, 1984/1998).

Como consequência do processo analítico, a relação estabelecida com a realidade vai aos poucos se fortalecendo. No caso de crianças neuróticas, essas não suportam a realidade por não aguentarem as frustrações inerentes ao processo de viver. Elas acabam se protegendo da realidade e do ambiente “ameaçador” negando-os. Com isto, um dos objetivos da terapia é tornar as crianças capazes de tolerar estas frustrações, possibilitando-as se adaptar melhor à realidade – mesmo que esta seja difícil – e enfrentar as dificuldades que a vida lhe apresenta. Uma vez que a criança não consegue ela própria alterar as situações da sua vida da mesma forma que um adulto, o trabalho de análise vai no sentido de fortalecer o ego da criança, possibilitando que esta se desenvolva de modo mais saudável e mais livremente, se sentindo, através disto, melhor no ambiente e no contexto familiar em que se insere (Klein, 1975/1997).

Com relação ao fim do tratamento, este deveria se dar quando a “cura” é alcançada, isto é, quando o analista está assegurado não só da dissipação duradoura dos sintomas antes apresentados pelo paciente, mas também que os mecanismos inconscientes deste estão “sossegados”. Com isto se quer dizer que as pulsões foram admitidas pela personalidade consciente da criança, possibilitando que essas ganhem tradução adequada no meio em que ela vive. Deste modo, o tratamento é cessado quando o paciente for bem sucedido em alcançar um equilíbrio entre as demandas pulsionais por descarga libidinal suficiente e as exigências do seu ambiente e da sua ética pessoal. Ou seja, quando a pessoa consegue atravessar as dificuldades inerentes ao viver sem maiores conflitos e angústias (Dolto, 1971/1984). Para Mannoni (1985/1989) não se alcançaria verdadeiramente o fim de análise com crianças, mas

sim o encerramento de um “trecho” de análise, sendo este então interrompido quando o paciente encontra-se capacitado a enfrentar as dificuldades oriundas da conflitiva edipiana.

A representação de psicoterapia

Como a criança não tem uma representação pré-existente de psicólogo ela vai, num primeiro tempo, relacionar-se com esta figura se utilizando de padrões construídos anteriormente. Segundo Moscovici (1978), ao nos depararmos com algo estranho e novo, transportamos conteúdos e elementos de uma área que já nos é conhecida, corrente e, portanto, abundante de signos para essa nova área que surge desconhecida e escassa de símbolos. Por isso, pode-se pensar por que é tão comum no início da terapia a criança chamar o psicólogo de médico, doutor, professor e/ou tio na busca de achar uma figura, um conceito, que se encaixe no recorte deste novo profissional com quem agora entra em contato. A criança representa o seu terapeuta na tentativa de atenuar a “estranheza” inerente ao contato com o novo – a figura do psicólogo. Com isto, ela busca introduzi-lo e inscrevê-lo no seu universo interior, carregando-o de sentido para torná-lo familiar e poder, com isso, relacionar-se com ele (Moscovici, 1978).

Nesse sentido, não é pouco frequente que a criança chegue para terapia achando que vai levar injeções ou fazer os temas do colégio. Tendo em vista que essa percepção inicial é influenciada pelo que os pais ou responsáveis pela criança disseram ou deixaram de dizer a esta, tais imagens distorcidas podem ser oriundas de falhas na comunicação. Os pais podem não estar dizendo para o seu filho o motivo dele estar indo no psicólogo nem o que este vai fazer lá ou dizê-lo de uma forma muito simplificada. Isto pode se dar uma vez que alguns pais não sabem como colocar para a criança as suas queixas quanto aos comportamentos que esta apresenta e que os fizeram buscar ajuda. Por outro lado, os pais podem não o fazer

simplesmente por não saberem a razão do filho estar precisando de auxílio, visto que muitas vezes os responsáveis pela criança são encaminhados a serviços de Psicologia por profissionais da educação e da saúde sem maiores esclarecimentos sobre a razão deste encaminhamento ou sobre o que um psicólogo faz. Assim, os pais não podem explicar ao seu filho algo que eles também não sabem.

Somado ao que os responsáveis vão falar, podemos colocar o que o psicólogo vai dizer à criança durante as sessões iniciais, isto é, o que a criança pode esperar do terapeuta e o que este espera dela, o que ela pode fazer dentro do espaço da terapia, bem como o que ela não pode. Com o andar do tratamento e com a vinculação estabelecida entre psicólogo e paciente, a representação que a criança tem de psicoterapia vai se alterando e se aprimorando dependendo da maneira como o profissional se relaciona com o paciente, da forma como é dirigida a terapia e dos recursos disponíveis na sala. Algumas construções preconcebidas são substituídas, ao passo que outras novas vão sendo acrescentadas. Juntamente, surgem demandas espontâneas da criança pelo tratamento, fantasias e idealizações desta com relação à terapia e certos elementos são valorizados pelo paciente em detrimento de outros. Concomitantemente, a criança vai aos poucos percebendo os ganhos que ela tem em psicoterapia, somando à sua representação o modo que ela pode estar se valendo desta, bem como para que ela pode estar se utilizando deste espaço. São a todas estas coisas, que constituem a imagem que a criança tem da sua psicoterapia, que o psicólogo tem que estar atento para realizar o tratamento em função das necessidades da criança.

Com o intuito de levantar em que sentido tem se dado as pesquisas no campo da clínica infantil, realizou-se em março de 2011 uma busca na base de dados em Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Nesta, utilizou-se dos descritores "psicoterapia da criança" e "psicoterapia infantil" para encontrar textos completos em português. Ocupou-se dos que se encontravam indexados no Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic) e no

Scientific Electronic Library Online (SciELO). Deste modo, foram localizados vinte e cinco artigos científicos relacionados à psicoterapia com crianças, o que evidencia uma escassez de estudos nesta área (Deakin & Nunes, 2008). Não foi encontrado nenhum artigo sobre a representação que o infante tem de psicólogo ou psicoterapia, o que faz pensar que as pesquisas com esta temática são muito remotas, havendo uma possível lacuna na literatura sobre este tema.

A partir disto, levanta-se a importância de se desenvolver pesquisas que escutem o infante enquanto paciente de psicoterapia e enquanto sujeito que tem muito a comunicar sobre si, devendo ele ser o foco de novos estudos que visem compreender a forma como as crianças vivenciam e experimentam as diferentes intervenções terapêuticas nos diversos contextos em que elas se dão. Tal aspecto ganha maior relevância quando se destaca que as crianças constituem a clientela que mais busca, mais recebe e mais abandona os tratamentos nas clínicas de Psicologia (Cunha & Benetti, 2009). Levando isto em consideração, o presente trabalho buscou identificar como crianças que estavam em atendimento psicológico na rede básica de saúde representam a sua terapia.

MÉTODO

Participantes

Para a execução deste estudo investigou-se a representação de psicoterapia de oito crianças com idade entre cinco e doze anos incompletos que realizaram atendimento psicológico em instituição pública de saúde. Com relação ao número de sujeitos participantes, o mesmo foi definido em função do critério de saturação (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008). As crianças que integraram o estudo realizaram atendimento psicológico por pelo menos

cinco meses no Serviço de Psicologia junto à Unidade Sanitária Kennedy, em Santa Maria (RS). Tal serviço era prestado pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e desenvolvido pelos acadêmicos deste, estando os mesmos sob supervisão de professores e técnicos do Curso de Psicologia da UFSM. Ao longo do ano de terapia, a criança era atendida pelo mesmo estagiário e – caso fosse indicada a continuidade do tratamento – mudando o ano, mudava-se também o terapeuta.

Desenho do estudo

Com o intuito de alcançar o objetivo de compreender de forma mais ampla e profunda a questão da representação da clínica infantil por parte da criança, foi realizado um estudo qualitativo (Creswell, 2007). Além disto, utilizou-se o desenho-estória (abreviado, D-E) para a apreensão da maneira como as crianças representam a sua psicoterapia. Conforme Trinca e Tardivo (2002), o D-E constitui uma técnica composta por desenhos livres seguidos de narrativas de estórias também de modo livre. Tal instrumento permite a exploração do funcionamento dinâmico da personalidade do examinando, incluindo o levantamento de diversos outros aspectos deste, como queixas, angústias, fantasias, conflitos e impulsos.

Técnica que possibilita a criança comunicar-se livremente pelo uso da projeção e da associação livre, o D-E é aplicado individualmente, necessitando apenas de folhas de papel brancas, lápis preto e de cor (Trinca & Tardivo, 2002). A tarefa é iniciada com o pesquisador solicitando à criança que faça um desenho, a qual, em seguida, é estimulada a contar uma estória relacionada ao mesmo. Após a realização do desenho e da estória, o pesquisador – durante o inquérito – pode fazer perguntas com o objetivo de buscar mais detalhes e/ou esclarecer certos pontos do material trazido pela criança. Por fim, é pedido um título para a estória e é guardado o desenho. Este procedimento é repetido mais quatro vezes. Ao término

do D-E, o investigador ainda deve tomar nota de como o indivíduo se comportou durante toda a aplicação.

Para este estudo, foi solicitada uma sequência de três D-E relacionados com a temática da clínica infantil. O procedimento do desenho-estória com tema é o mesmo do D-E, com a única diferença de que é solicitada a produção de desenhos e, conseqüentemente, de estórias com determinado tema (Trinca & Tardivo, 2002). No presente estudo, optou-se pela realização de três desenhos pela criança no procedimento do D-E com o tema da clínica com crianças, a saber: 1) o desenho da sala onde a criança é atendida, 2) o desenho da criança na terapia e 3) o desenho do terapeuta da criança. Todas as aplicações de Desenho-Estória foram realizadas pelo autor do presente artigo.

Análise dos dados

A avaliação dos dados foi feita através de análise de conteúdo (Bardin, 1977). Num primeiro momento, a sequência de desenho-estória de cada criança foi analisada separadamente, sendo avaliado o que havia aparecido em cada D-E. Posteriormente, foi realizada uma análise de todas as crianças conjuntamente, sendo focalizado o que aparecia com maior intensidade e frequência, portanto, o que era comum e se repetia nos desenhos e nas estórias. Através da análise dos dados coletados pelo D-E foram estabelecidas as categorias a serem trabalhadas. Utilizou-se da teoria psicanalítica como referencial para a realização da discussão dos resultados, buscando, com isto, uma compreensão de como a criança que realizou atendimento psicológico em instituição pública de saúde representa a sua psicoterapia.

Aspectos éticos

Durante o processo de elaboração da pesquisa foram respeitados os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, conforme apontam as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Buscando manter o anonimato das crianças, o material apresentado por cada uma foi identificado através de um número, do sexo (M – masculino; F – feminino) e da idade da criança (exemplo: Criança 1, F, 9 anos). O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o registro 0259.0.243.000-10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As crianças que participaram do estudo representaram a sua terapia enquanto um espaço onde “a gente (criança e terapeuta) só brinca” (Criança 1, F, 9 anos). Neste sentido, a sala onde era realizada a clínica infantil da Psicologia foi vivenciada enquanto um lugar lúdico, repleto de brinquedos, jogos e material para desenhar. Os desenhos a seguir (Figura 1 e 2) evidenciam tal aspecto da psicoterapia enquanto “uma casa pra eu entrar e brincar” (Criança 8, F, 6 anos), uma vez que “lá tem bastante brincadeira” (Criança 5, F, 5 anos):

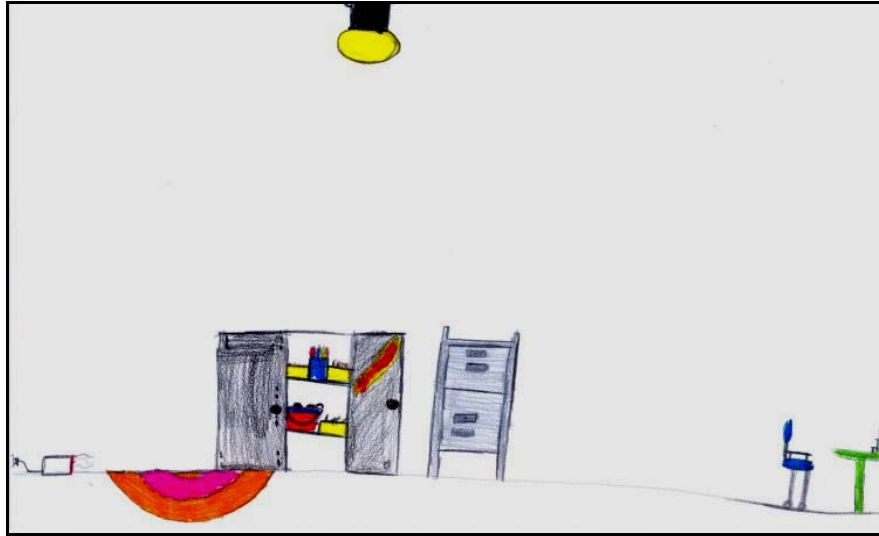


Figura 1 – Criança 4, M, 11 anos. Desenhou o aquecedor, a luz, o tapete, o armário que tinha as coisas de desenhar e brinquedo, o armário onde ela (a psicóloga) guardava as coisas (os desenhos), a cadeira e a mesa dela.



Figura 2 – Criança 5, F, 5 anos. Desenhou a pintura com os bebês da Disney, o armário que têm jogos dentro, o coelho comendo cenoura, a psicóloga, ela, o baú cheio de brinquedos, a caixa com bloquinhos de montar, o tapete do Batman, a Barbie que tem mais três amigas, as almofadas, a mesa com a caixa de pintura, lápis de cor e giz de cera, e três fantasmas que podem te comer.

Através do destaque dado pelas crianças aos recursos lúdicos da terapia – e concomitantemente ao brincar – pode-se pensar na valorização destes enquanto dispositivos

terapêuticos que as possibilitam abordar, comunicar e trabalhar os seus conflitos e sofrimentos (Avellar, 2004; Dolto, 1971/1984; Felice, 2003; Freud, 1920/2006; Klein, 1975/1997; Mannoni, 1967/1987; Sigal, 2002; Winnicott, 1957/1982). Ao longo da aplicação, as crianças trouxeram situações que evidenciam tal aspecto do brincar. A Criança 4 (M, 11 anos), encaminhada pela escola para atendimento, relata que na terapia “a gente brincava. Brincava com os bonecos, montava casinha, montava carro com as peça. Desenhava. Desenhava o colégio”. Por sua vez, a Criança 5 (F, 5 anos), a qual apresentou ao longo do tratamento indícios que apontavam para a suspeita de ter sofrido abuso sexual, disse que no atendimento “tem jogos da memória, jogos de perguntas e jogo do amor que a gente inventou. Tem que chegar até o Dia dos Namorados. Quem chega ganha uma surpresa, que é um segredo. Não sei o que é, só sei que é um segredo. Ninguém me contou o que é o segredo. [...] Quem perde vai pro pântano fedido.”

Seja por não conseguir fornecer em grau suficiente as associações de fala e/ou pelo estado de ansiedade inerente à sua problemática a impedir de abordá-la de maneira direta, a criança se vale do brincar como via de representação (Dolto, 1971/1984; Klein, 1975/1997; Sigal, 2002). Dessa forma, o desejo de se comunicar e se expressar através do brincar é utilizado na clínica infantil no lugar da fala (Winnicott, 1957/1982). Brincando, a criança coloca pensamentos em atos, dramatizando e revivendo experiências e fantasias significativas no espaço terapêutico (Klein, 1975/1997), conseguindo, mediante este, controlar as suas angústias, ideias, conflitos e impulsos (Winnicott, 1957/1982). As histórias a seguir apontam para a valorização que as crianças fizeram dos recursos lúdicos da sala:

“O armário é cheio de jogos da memória e o baú tem bonecos. As pastas é cheia de desenho. E o tapete a gente sentemos, brinquemos e jogamos, brinquemos de desenhar e se errar coloco no lixo. Brinquemos de boneca e pintemos, jogamos bola. Os jogos são legais como cozinhar, médica e o último brinquedo que nós gostamos é jogar carta.” (Criança 1, F, 9 anos)

“Era uma sala grande, com parede, porta. Tinha brinquedo, na parede tinha bichinhos. A gente brincava de joguinhos ou jogava bola. A gente brincava de Banco Imobiliário, sinuca, outro jogo que eu não lembro o nome. Tinha uma mesinha pra gente brincar, folha pra gente pintar, desenhar, tinta pra gente escrever. Eu escolhia as coisas que a gente ia fazer. Tinha um armário para guardar os brinquedos. Tinha estufa. Eu e a psicóloga brincávamos. Tinha duas. Eu tinha uma pasta onde eu guardava os meus desenhos. Eu desenhava a minha casa.” (Criança 3, M, 9 anos)

Apesar dessa preferência dada à brincadeira, ao jogo e ao faz-de-conta, a conversa dentro do espaço terapêutico também ganhou destaque nos desenhos-estórias produzidos pelas crianças. No seguinte desenho (Figura 3), o menino representou a si e a sua terapeuta “brincando com os bonecos e ela ta conversando comigo”:



Figura 3 – Criança 4, M, 11 anos. Desenhou o balde com as peças, ele, a psicóloga, os bonecos na caixinha, uma carro feito com as peças, o armário e umas pecinhas no chão.

Durante o inquérito, este mesmo menino, quando questionado sobre como era o atendimento, falou: “Legal, muito legal. Porque tinha brinquedo e eu gosto de brincar. E

podia conversar e eu não converso muito em casa”. As crianças reconheceram o *setting* terapêutico enquanto um espaço que elas tinham para trabalhar e falar das suas questões, sendo este, portanto, um elemento valorizado: “[...] eu e a psicóloga brincávamos e jogávamos muito, nós conversamos muito também, foi muito bom esse ano com ela [...]. Na maioria do tempo a gente conversava. [...] Ela é bem legal, enquanto nós estávamos jogando nós conversávamos bastante” (Criança 2, F, 11 anos). A importância atribuída à fala pôde também ser inferida através da estória a seguir:

“Nós brincava, nós escrevia, nós conversava. A gente só brincava e conversava. A gente brincava com os brinquedos de lá. A gente brincava de sinuca, tinha uma mesinha de sinuca lá. Nós jogava dominó, brincava de boneca, tinha boneca na sala. E tinha dois dominó. Eu gostava mais de conversar com ela (a terapeuta). Ela perguntava se a minha mãe brigava, se o meu pai brigava.”
(Criança 7, F, 6 anos)

Desta forma, durante a psicoterapia, se falava “um pouco sobre mim” (Criança 4, M, 11 anos), “sobre o que acontece na semana, no meu dia-a-dia. O atendimento é terça, então tudo o que acontece de terça até a próxima terça” (Criança 2, F, 11 anos). Neste aspecto, o conversar ganha relevância uma vez que os participantes do estudo salientaram que nas sessões não era falado sobre qualquer coisa. O falar na terapia vinha, desta forma, atravessado pela demanda apresentada pelos responsáveis para o tratamento: “a gente conversa sobre como eu tava na escola” (Criança 4, M, 11 anos), “conversava sobre a minha mãe, meu pai, se eles brigaram, se eles pararam de brigar. Aí no outro dia a gente conversava de novo” (Criança 7, F, 6 anos). Com base nisto, pode-se inferir dos dados coletados que para as crianças o falar ou conversar também configura como instrumento de tratamento, visto que, enquanto brinca, a criança fala e conversa, transmitindo ao seu terapeuta toda uma variedade de coisas e informações, as quais adquirem o valor de associações (Klein, 1975/1997). A

partir da fala da criança, o psicoterapeuta pode provocar discursos variados nela, vindo a estabelecer uma espécie de “conversação” com o paciente (Dolto, 1971/1984). Ressalta-se a ideia de que o brincar, apesar de especial na clínica infantil, não é a única via de comunicação da criança e nem o único alvo das intervenções do terapeuta, havendo espaço para outras formas do paciente se expressar, incluindo seus comportamentos, gestos, palavras, lapsos e diálogos estabelecidos com o profissional (Dolto, 1971/1984; Klein, 1975/1997).

Através dos desenhos-estórias, pôde-se perceber que tanto o brincar quanto o conversar foram valorizados pelas crianças enquanto recursos terapêuticos. Sabendo-se que alguns pacientes vão preferir ou ter maior facilidade em comunicar e trabalhar os seus fantasmas através da brincadeira – “e que eu gosto mais é de brincar” (Criança 5, F, 5 anos) – e que outros vão fazê-lo mais pela via da fala – “Eu gosto mais de conversar com ela” (Criança 7, F, 6 anos) – cabe ao terapeuta perceber de que modo cada criança vai valer-se para expressar e representar seus conflitos durante o tratamento. Com base nisto, quer-se dizer que o psicólogo não deve utilizar somente a palavra para efetuar suas intervenções. Ele pode lançar mão também de atitudes para se comunicar com o paciente, possibilitando à criança vivenciar experiências novas e significativas (Avellar, 2004). Assim, o terapeuta pode tanto dizer o que o paciente precisa como fazer o que o paciente precisa (Gentilezza, 2007).

Salienta-se ainda a importância do psicólogo trabalhar na linguagem da criança, não cobrando que o infante fale quando este quer brincar ou vice-versa. Caso contrário, o profissional corre o risco de não respeitar o paciente, suas características e preferências e a forma como ele consegue lidar com suas conflitivas naquele dado momento. Atribuir *a priori* uma forma de comunicação para a criança, seja dando preferência à fala ou ao brincar, pode levar a certa confusão ou descontentamento por parte da criança com relação ao tratamento, como indicam as seguintes falas: “Eu gostava mais da segunda (terapeuta). Ela mais brincava e a primeira mais conversava, e eu gosto mais de brincar” (Criança 4, M, 11 anos).

“Que eu mais gosto de brincar com ela do que ela gosta de brincar comigo. Mas a gente conversa. E aí eu brinco sozinha. Eu acho isso interessante. [...] eu acho que ela gosta mais de conversar e eu gosto mais é de brincar. Ela gosta de conversar sobre mim. [...] E eu acho que eu não gosto é de conversar com ela. E que eu gosto mais é de brincar. [...] Ela gosta de brincar comigo e ela gosta de conversar comigo, mas eu não.” (Criança 5, F, 5 anos)

Através destes trechos, as crianças salientam que elas preferem brincar enquanto, na sua vivência, a terapeuta prefere conversar. Esse lugar que o psicólogo ocupa como alguém que conversa, que está ali para falar sobre e trabalhar com as dificuldades do paciente – aquelas situações difíceis e geradoras de angústias, muitas vezes negadas e rejeitadas pela criança – pode levar o terapeuta a ser percebido enquanto uma figura ameaçadora e perigosa (Sandler, 2001). Assim, por entender que lidar com as suas questões e problemáticas – principalmente de forma direta através da fala – é por vezes muito difícil e ansiogênico, a criança pode preferir brincar. Tal “preferência” pode se dar também pelo fato da criança não conseguir colocar em palavras as conflitivas vivenciadas fora do espaço terapêutico. Além disto, através do brincar a criança ainda pode assumir de forma ativa aquilo que geralmente vive passivamente, o que a auxilia também a elaborar ansiedades e sofrimentos (Freud, 1920/2006).

Ao dizer sobre si, tanto pelo brincar como pela fala, o paciente – seja ele criança, adolescente ou adulto – esta demonstrando que confia no espaço da sessão para trazer e compartilhar suas questões. Deste modo, os pacientes, ao passo que vão identificando na pessoa do analista uma postura de interesse e disposição de ajudá-los a refletir acerca de seus sentimentos e comportamentos, obtêm um forte sentimento de confiança tanto no processo analítico quando na própria figura do profissional, visto que se percebem enquanto lembrados e reconhecidos nas suas singularidades (Sandler, 2001). Este aspecto pôde ser apreendido nas produções das crianças que, ao desenharem ou falarem do armário e das pastas presentes na

sala, referiram esta enquanto um lugar “onde eu guardo as minhas coisas” (Criança 3, M, 9 anos). Este “guardar as suas coisas” aponta para a percepção que a criança tem do espaço terapêutico como um lugar confiável, onde ela pode se colocar por acreditar que as suas vivências, sentimentos e pensamentos recebem neste uma atenção e um cuidado todo especial. Além disto, a existência de um ambiente que acolhe os seus conteúdos auxilia o paciente a internalizar uma relação de continência com o terapeuta (Felice, 2003). O investimento no ambiente da terapia ainda pode ser inferido dos desenhos abaixo (Figura 4 e 5) e no desenho já apresentado anteriormente (Figura 3), no qual a Criança 4 (M, 11 anos) representou o armário onde a sua terapeuta guardava os seus desenhos:

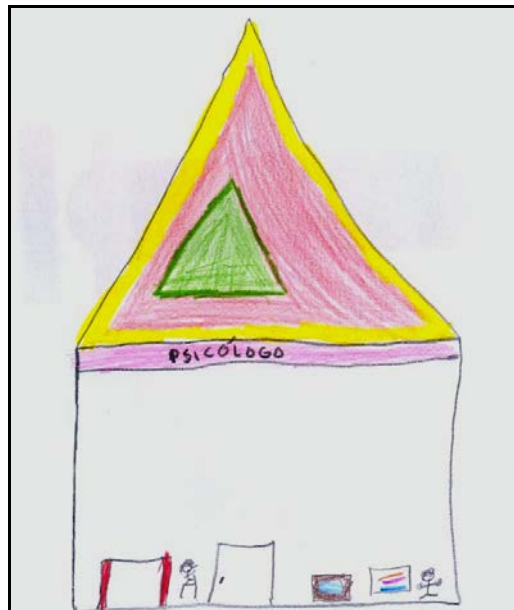


Figura 4 – Criança 3, M, 9 anos. Desenhou a mesa, com ele sentado desenhando, a porta, a pasta e ele desenhando um arco-íris.



Figura 5 – Criança 8, F, 6 anos. Desenhou a sala, uma bandeira, a porta, um cachorro, a Barbie com uma flor na roupa, o sol, nuvens, uma borboleta, um passarinho, um beija-flor, uma bola de pelúcia, a psicóloga (que antes era a Barbie) e ela.

Por fim, a terapia foi experienciada como um lugar destinado a realizar “muitas mudanças para melhor, sempre” (Criança 2, F, 11 anos). Desse modo, o discurso dos infantes, como o da Criança 4 (M, 11 anos), a qual relatou: “[...] eu já tava bem depois que eu entrei na psicóloga”, destacam o entendimento que estes pacientes possuem do valor que a terapia teve para eles, bem como do uso que puderam fazer desta. A partir do que a literatura nos mostra, pode-se pensar o quanto os participantes do estudo experienciaram alguma sensação de alívio ao longo das suas psicoterapias proveniente da resolução de certa quantidade de ansiedade, a qual, ao fornecer o incentivo que as crianças precisam para prosseguir com o trabalho terapêutico, as orientou na direção do tratamento (Klein, 1975/1997; Sandler, 2001; Winnicott, 1979/1983). O seguinte desenho (Figura 6) corrobora a percepção que os pacientes têm dos ganhos obtidos através da psicoterapia:



Figura 6 – Criança 7, F, 6 anos. Desenhou a sala com as duas janelas, um coração e a porta com bonequinhos para enfeitar. Desenhou também nuvens cinza, o sol, outro coração e terra.

Ao realizá-lo, a Criança 7 (F, 6 anos) disse que desenhou terra, pois “senão quando eu sair dali (da terapia) eu vou cair”. A referência a esse chão pode ser compreendida como o “lugar seguro” representado pelo espaço terapêutico, no sentido do suporte que o processo psicoterápico – fornecido pelo psicólogo e pelo *setting* lúdico – propicia para a criança enfrentar, elaborar e lidar com as dificuldades do seu dia-a-dia (Boarati, Sei, & Arruda, 2009; Marque & Gomes, 2006). Frente a um mundo por vezes assustador e ameaçador – durante a aplicação, a criança contou que a mãe a assustava dizendo “olha a Maria degolada”, ficando a menina com medo e não conseguindo dormir durante a noite –, o apoio dado pela psicoterapia é o que possibilita a criança não “cair”, não entrar em maior sofrimento quando tem que se haver com os seus problemas e conflitos fora do *setting* terapêutico. Esta criança trouxe no seu desenho-estória um dos objetivos da terapia defendidos por Klein (1975/1997), a saber, o fortalecimento do ego da criança na tentativa de torná-la mais capaz de tolerar as frustrações e enfrentar as dificuldades que a vida lhe apresenta, possibilitando que o paciente se desenvolva

de modo mais saudável, se sentindo, através disto, melhor no ambiente e no contexto familiar em que se insere.

Levando em consideração que as crianças apresentaram essa noção de psicoterapia enquanto um lugar destinado para mudanças, ganhos e melhoras, tendo em vista que ali elas eram auxiliadas pela sua terapeuta – “[...] ela me ajudava” (Criança 3, M, 9 anos), quando a demanda para atendimento psicológico finaliza, a relação profissional termina e, junto com ela, o tratamento. Nesse sentido, o final da terapia deve se dar quando o paciente assume o comando sobre a sua vida, suas angustias, impulsos e ideias (Winnicott, 1957/1982, 1986/2005), atravessando as dificuldades inerentes ao viver sem maiores conflitos e aflições (Dolto, 1971/1984). A seguinte fala aponta para este entendimento por parte da criança: “Porque eu melhorei no colégio a mãe não precisou me trazer mais. Eu não gostei muito. Queria continuar sempre. Ano passado e nesse também. Porque quando eu passei no colégio, a mãe falou que não precisava mais vir. Porque antes eu tava bem mal e ela dizia que eu ia rodar. Mas depois eu melhorei” (Criança 4, M, 11 anos).

Neste ponto, fica evidente um aspecto muito presente na prática da clínica infantil, a saber, o fato do tratamento estar atrelado à queixa dos responsáveis pela criança ou, quando a família chega ao serviço encaminhada pela escola ou pelo médico, vinculado ao que estes apontaram enquanto “comportamentos desajustados” na criança (Sigal, 2002). Assim, muito comumente pode acontecer do atendimento ser encerrado uma vez que a demanda parental foi satisfeita, resolvida ou amenizada, não sendo muitas vezes levada em consideração a demanda do infante por psicoterapia. Uma vez que frequentar o atendimento implica alguma perda – acarretando um turno por semana que o indivíduo acaba faltando ao trabalho ou não podendo cuidar dos filhos ou os custos do deslocamento até o local do serviço (Figueiredo, 1997) –, os responsáveis pela criança na terapia, resolvida a sua queixa, deixam de trazê-la ao atendimento.

Independente se o tratamento foi encerrado por alta ou desistência por parte dos responsáveis pelas crianças, estas manifestaram durante a aplicação o desejo de continuar o tratamento: “Chega uma hora que termina e eu sempre quero ficar mais” (Criança 7, F, 6 anos). Em relação à vivência do final do atendimento, a Criança 1 (F, 9 anos) relatou o fato como algo ruim, pois ela queria continuar, uma vez que achava a terapia “legal”. Por sua vez, a Criança 6 (M, 5 anos), quando fez referência ao episódio em que foi pintada com tinta pela psicóloga, disse que “a vó ficou braba que a psicóloga me pintou. Disse que eu não ia mais poder ir. Eu fiquei triste”. Estas falas evidenciam o final do tratamento como algo ruim para as crianças participantes do estudo. Pode-se pensar que tal percepção é oriunda da perda do contato com a figura da psicóloga e daquele espaço que proporcionou tantas experiências novas, ricas e satisfatórias para a criança: “Era bom (o atendimento). Porque eu gosto de brincar, conversar com as pessoas. Eu gostava muito de vir” (Criança 7, F, 6 anos).

Nesse sentido, frente ao fim do vínculo terapêutico e do sentimento de perda que este causa na criança – “Diz pra psicóloga que eu sinto falta, saudades dela” (Criança 8, F, 6 anos) –, os infantes demonstraram duas possíveis necessidades em crianças que estão encerrando ou já encerraram o tratamento. A primeira diz respeito a levar algo concreto da terapia, algo que lembre a psicóloga e o tratamento, visto que a criança não leva nada palpável do processo terapêutico, levando consigo apenas as vivências do que ela e a terapeuta fizeram ao longo de todo o atendimento, o que ela aprendeu ali e as melhoras que teve. A Criança 1 (F, 9 anos) comentou que no atendimento ela e a psicóloga fizeram um retrato desta última para que a menina pudesse se lembrar da sua terapeuta. Além disto, esta mesma criança relata ter dado os seus desenhos para a psicóloga, apontando que além de querer se lembrar da figura do terapeuta, a criança também pode querer ser lembrada por esta. O desenho a seguir (Figura 7) corrobora igualmente este primeiro aspecto:



Figura 7 – Criança 5, F, 5 anos. Desenhou uma malinha para levar a psicóloga pra onde ela for. Um joguinho para levar a psicóloga, com a terapeuta, ela e brinquedos e coisinhas de pintar.

Uma segunda possível necessidade por parte da criança quando do final da terapia é entender o porquê ela não vai mais ver a sua terapeuta e continuar frequentando a sala de atendimento. Nesse sentido, se a terapia não é bem finalizada com a criança podem surgir confusões nos motivos que levaram ao seu encerramento e o que aconteceu com a psicóloga. A Criança 6 (M, 5 anos) no dia da aplicação perguntou da sua terapeuta, dizendo que ela tinha ficado de ir na unidade básica de saúde, o que pode ser entendido mais como um desejo da criança em rever a terapeuta e o espaço terapêutico do que de fato um encontro marcado com ela. Em outro momento, este menino disse que “ela (a psicóloga) ta no avião. Ela ta viajando”. A estória a seguir mostra a tentativa da Criança 7 (F, 6 anos) buscar uma explicação do que se sucedeu para ter acabado o atendimento:

“Ela (a psicóloga) ta indo embora pra casa dela de lá da coisa da psicóloga e aí ela viu uma borboleta, uma flor, um coração e uma árvore. E daí ela chegou na casa dela e ela se sentou no

sofá. A primeira coisa que ela fez foi se sentar no sofá e depois ela se deitou e foi dormir. Ela tava cansada. Ela tava cansada de tanto conversar e brincar. Aí no outro dia ela acordou e não tinha psicóloga.” (Criança 7, F, 6 anos)

Essa estória apresentada pela Criança 7 (F, 6 anos) evidencia a importância da relação terapêutica estabelecida e também do final da terapia, pois pode-se pontuar que somente uma relação que tenha sido de fato significativa para a criança a leve a pensar na trajetória do profissional após a saída do “trabalho”. Destaca-se que para a criança a psicóloga poderia estar cansada remetendo a uma compreensão da clínica infantil como um trabalho que exige do profissional muito empenho e atenção, necessitando por esse motivo de repouso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da aplicação da técnica do desenho-estória, pôde-se perceber que as crianças estudadas têm uma representação de psicoterapia enquanto um espaço destinado tanto para o brincar quanto para falar sobre si. O destaque dado pelas crianças aos recursos lúdicos e ao conversar salienta a valorização destes enquanto dispositivos terapêuticos que as possibilitam abordar, comunicar e trabalhar os seus conflitos e sofrimentos. Cabe à figura do terapeuta identificar de que modo cada paciente vai valer-se para expressar e representar suas questões ao longo do tratamento, devendo este trabalhar através da linguagem utilizada pela criança, não lhe impondo uma forma de comunicação.

Além disto, o tratamento foi experienciado como um lugar destinado a realizar mudanças na criança com o intuito dessa alcançar ganhos terapêuticos e melhorar. Por isso, quando a demanda para atendimento psicológico termina, a relação profissional e o atendimento também acabam. Contudo, como frequentemente a terapia está vinculada à queixa parental, sendo o atendimento normalmente encerrado quando a demanda dos

responsáveis pela criança for satisfeita, o profissional deve trabalhar com os pais ao longo de todo o tratamento com o objetivo de sensibilizá-los quanto às demandas próprias da criança, as quais também devem ser ouvidas e tratadas durante as sessões. Assim, podem-se aumentar as chances da psicoterapia não ser interrompida antes das necessidades da criança também terem sido consideradas e atendidas.

Independente se o tratamento foi encerrado por alta ou desistência, as crianças abordaram o final do tratamento como algo ruim devido à perda do contato com a figura do psicólogo e daquele espaço que proporcionou tantas vivências positivas para elas. A partir da análise dos dados coletados, levantaram-se duas necessidades por parte das crianças, a saber, a) levar algo concreto que lembre a psicóloga e o tratamento e b) entender o porquê ela não vai mais ver a sua terapeuta e continuar frequentando a sala de atendimento. Tais possíveis demandas de pacientes que estão encerrando o seu tratamento apontam a importância do psicólogo fazer uma boa finalização da terapia com as crianças atendidas por ele, retomando o que eles fizeram juntos e os avanços e mudanças obtidas pela criança ao longo de todo o percurso terapêutico, sem deixar de trabalhar os pensamentos e sentimentos que o infante tem relacionados ao final do atendimento.

REFERÊNCIAS

Avellar, L. Z. (2004). *Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Boarati, M. C. B., Sei, M. B., & Arruda, S. L. S. (2009). Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. *Revista brasileira de crescimento e*

desenvolvimento humano, 19(3), 426-434. Recuperado em 16 março, 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.

Brasil. (1996). Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos. *Bioética*, 4(2); 15-25.

Conselho Federal de Psicologia. (2000). Resolução CFP nº 016/2000 de 20 de dezembro de 2000. *Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos*. Brasília/DF.

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.

Cunha, T. R. dos S., & Benetti, S. P. da C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de psicologia*, 59(130), 117-127. Recuperado em 16 março, 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.

Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2008). Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1). Recuperado em 16 março, 2011, de <http://www.scielo.br>.

Dolto, F. (1984). *Psicanálise e Pediatria – As grandes noções da Psicanálise – Dezesesseis observações de crianças*. Tradução: Álvaro Cabral. – 4ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Obra original publicada em 1971).

Dolto, F. (1998). O limite de nossos poderes. In F. Dolto & N. Hamad, *Destinos de crianças: adoção, famílias de acolhimento, trabalho social* (pp. 3-18). Tradução Eduardo Brandão; revisão técnica Claudia Berliner. – São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1984).

Felice, E. M. de. (2003). O lugar do brincar na psicanálise de crianças. *Psicologia: teoria e prática*, 5(1), 71-79. Recuperado em 16 março, 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.

Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24(1), 17-27. Acessado em 25 mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

Freud, S. (2006). Além do princípio de prazer. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 17-75). Com comentários e notas de James Strachey; com colaboração de Anna Freud; assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. – Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920).

Gentilezza, L. (2007). *Cataventos do sentir: o trabalho psicanalítico com crianças*. – 3ª ed. ver. – São Paulo: Casa do Psicólogo.

Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. (Obras completas de Melanie Klein; v. II). Tradução, Liana Pinto Chaves; revisão técnica, José A. Pedro Ferreira – Rio de Janeiro: Imago Ed. (Obra original publicada em 1975).

Mannoni, M. (1987). *A criança, sua “doença” e os outros: o sintoma e a palavra*. Tradução A. C. Villaça. – 3ª Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara. (Obra original publicada em 1967).

Mannoni, M. (1989). *Um saber que não se sabe: a experiência analítica*. Posfácio Patrick Guyomard; tradução Martha Prada e Silva. – Campinas, SP: Papirus. (Obra original publicada em 1985).

Marque, C. R. de, & Gomes, I. C. (2006). A mudança do setting terapêutico como modelo facilitador para promover a estabilidade do vínculo frente às modificações do contexto familiar. *Revista da SPAGESP*, 7(2), 11-17. Recuperado em 16 março, 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Sandler, A. M. (2001). Sobre interpretação e *holding* na análise de crianças. In R. Grana & A. B. S. Piva (org.), *A atualidade da psicanálise de crianças: perspectivas para um novo século* (pp. 65-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sigal, A. M. R. (2002). Psicanálise com crianças. A legitimidade de um campo. Os pais, o recalque e a circulação de significantes enigmáticos na condução da cura. In A. M. Sigal de R., *O lugar dos pais na psicanálise de criança* (pp. 27-43). São Paulo: Editora Escuta.

Trinca, W., & Tardivo, L. (2002). Desenvolvimentos do processo de desenhos-estórias (D-E). In J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico – V* (pp. 428-438). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo*. Tradução: Álvaro Cabral. – 6ª ed. – Rio de Janeiro: LTC Editora. (Obra original publicada em 1957).

Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. por Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1979).

Winnicott, D. W. (2005). *Tudo começa em casa*. Tradução: Paulo Sandler. – 4ª ed. – São Paulo: Martins Fontes. – (Psicologia e pedagogia). (Obra original publicada em 1986).

ARTIGO 2

O olhar de crianças atendidas em Unidade Básica de Saúde sobre o psicoterapeuta⁶

⁶ O artigo encontra-se nas normas da APA tendo em vista que a maioria dos periódicos científicos em Psicologia aceita para publicação manuscritos formatados conforme estas normas.

O olhar de crianças atendidas em Unidade Básica de Saúde sobre o psicoterapeuta

Resumo

Conhecer a forma como a criança representa o seu psicoterapeuta é fundamental para adequarmos o fazer da clínica infantil ao que é esperado e valorizado pelo paciente. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo investigar a forma como crianças que estão em atendimento psicológico na rede básica de saúde representam o sua terapeuta. Com este intuito, realizou-se um estudo qualitativo com a aplicação da técnica do desenho-estória. Participaram deste oito crianças com idade entre cinco e doze anos incompletos. Foi solicitado às crianças que realizassem uma sequência de três desenhos-estórias. A análise dos dados coletados foi feita através de análise de conteúdo. Os resultados evidenciam que as crianças têm uma representação de psicoterapeuta enquanto alguém que brinca e conversa com elas. Além disto, a terapia foi vivenciada enquanto um ambiente confiável destinado à relação terapeuta-paciente, isto é, um lugar onde a criança tem só para si e seu psicólogo trabalharem juntos as suas problemáticas. Por fim, para que o processo terapêutico se dê, foi valorizada a capacidade do profissional prover um ambiente confiável e amparador, no qual a criança se sinta segura para trazer as suas questões, sendo destacado nesse sentido o *holding* recebido ao longo da terapia.

Palavras-chave: psicoterapia da criança; saúde pública; procedimento de desenhos-estórias.

The perspective of the children treated at primary health care unit about psychotherapist

Abstract

Learning how children represent their psychotherapist is primary to adjust the infant clinic with what is expected and valued by the patient. This way, this study aimed to investigate how children under psychological care, in basic health institution, represent their therapist. For this purpose, a qualitative study was carried out, using the draw and tell a story procedures. Eight children between five and twelve years old participated in this study. Children were asked to perform a sequence of three drawing-stories. The data analysis was performed using content analysis. The results show that children have a representation of the psychotherapist as someone who plays and talk with them. Moreover, the therapy was experienced as a trustful environment for the therapist-patient relationship, that is, a place where the child has just for them and the psychologist to work their problems together. Finally, in order to make the therapeutic process happen, the ability of the professional to provide a reliable and supported environment was valued. In this place, the child feels safe to bring up their issues, highlighting the holding received during the treatment.

Keywords: child psychotherapy; public health; draw and tell a story procedures.

INTRODUÇÃO

A psicoterapia de crianças

O ponto de partida para qualquer atendimento psicológico de crianças é o reconhecimento, por parte dos pais – ou responsável pela criança –, de que algo não vai bem com esta; de que alguma coisa está bloqueando ou dificultando o seu desenvolvimento, acarretando prejuízos em diversos contextos. Este processo implica em sofrimento e angústia para ambos os pais, pois ao assumirem que há algo “errado” com o filho, estão concomitantemente tomando para si uma falha na eficácia da família quanto às funções de maternagem e paternagem e admitindo sua “impotência” para lidarem com a situação. Com isto se quer dizer que os responsáveis, ao se voltarem para o terapeuta pedindo ajuda, frequentemente vêm nesse pedido o reconhecimento da sua parcela de culpa na doença da criança (Dolto, 1979/2004; Finkel, 2009; Klein, 1975/1997; Tkach, 2007).

Klein (1975/1997) nos mostra que, a partir das observações psicanalíticas, a infância deixa de ser vista como uma fase “tranquila”, livre de conflitos. Seja devido aos impulsos sexuais, aos desapontamentos pelas falhas do ambiente e/ou aos sentimentos de culpa, as crianças – mesmo as que estão na mais tenra idade – encontram-se muitas vezes em sofrimento psíquico, experimentando pressão e ansiedade. Por outro lado, mesmo em casos onde o estado de sofrimento seja mais grave, as crianças, de maneira geral, não se sentem ou se identificam enquanto doentes. Por si só, elas não vão se submeter aos rigores de uma terapia (Klein, 1975/1997; Sigal, 2002). Aqui, cabe aos responsáveis pela criança olharem para ela e, ao identificarem que algo não vai bem, que alguma coisa está atrapalhando o bom desenvolvimento e o processo de maturação desta, procurarem ajuda de um profissional especializado. Desta forma, como a criança só chega à clínica e retorna a ela através de algum

adulto que se preocupe e se dedique a cuidar dela, para que a terapia seja realizada, é necessário que se estabeleça um vínculo de confiança entre o analista e os responsáveis pelo paciente. Devido a esta relação de dependência da criança com os seus pais, estes acabam invariavelmente sendo inseridos no espaço analítico (Dolto, 1971/1984; Klein, 1975/1997; Sigal, 2002).

Os pais chegam à clínica com um pedido de que sejam efetuadas intervenções que possibilitem mudanças em comportamentos e atitudes indesejados por eles no seu filho. Tal pedido não necessariamente corresponde ao desejo da criança. Como esta é o paciente e os pais são os responsáveis por ela no tratamento, o analista geralmente se vê no meio de um conflito entre os anseios da criança e o querer dos pais. Isto dificulta o trabalho analítico, uma vez que o profissional se depara frente a uma análise “encomendada”, limitada – em certa medida – a eliminar os sintomas da criança. Esta encomenda, muitas vezes proveniente de médicos e professores que encaminham a criança para tratamento, leva os pais a chegarem à clínica exigindo a resolução dos comportamentos “desajustados” do seu filho. Seja como for, o psicólogo não pode deixar de escutar e considerar a demanda parental, visto que o não acolhimento desta – nem que seja parcialmente – pode acarretar em risco ou sabotagem à terapia; sendo estes manifestos, por exemplo, por meio de atrasos e faltas (Sigal, 2002).

Realizado o primeiro momento de escuta da queixa dos pais ou responsáveis, cabe ao terapeuta avaliar se esta se enquadra dentro da área de trabalho da clínica com crianças. Winnicott (1986/2005) situa como campo sobre o qual recai o nosso fazer os distúrbios que não apresentam causa orgânica, mas sim psicológica; sendo, portanto, um obstáculo ao processo maturacional e ao desenvolvimento emocional do indivíduo. Assim, os distúrbios psicológicos acarretam em imaturidade emocional para o sujeito, uma vez que há uma falha na capacidade do *self* de se relacionar com as pessoas e com o ambiente. Segundo Winnicott (1986/2005), a psicoterapia se propõe a eliminar esse obstáculo, devolvendo o sujeito ao

processo de desenvolvimento e maturação. Para tanto, a modalidade de atendimento clínico que a psicoterapia vai adotar – o tipo de manejo despendido pelo terapeuta para com seu paciente – vai depender da especificidade do caso e das necessidades do paciente, visto que a técnica da psicanálise apresenta grande diferença conforme o paciente possuir uma organização neurótica, psicótica ou anti-social (Winnicott, 1979/1983).

Independente do tipo de transtorno apresentado, a clínica com crianças possui especificidades que a distingue do fazer da clínica com adultos, a saber, que a criança expressa suas fantasias, desejos, experiências e conflitos de uma forma indireta, isto é, de um modo simbólico através do brincar. Nesse sentido, seria função do terapeuta dentro do *setting* interpretar o significado e compreender o conteúdo daquilo que a criança está querendo lhe comunicar (Klein, 1975/1997). Contudo, o que realmente importa ao paciente não é a precisão da interpretação, mas sim o desejo do terapeuta em ajudá-lo e a capacidade deste de se identificar com a criança e, assim, satisfazer as suas necessidades logo que estas sejam transmitidas verbalmente ou em linguagem não-verbal ou pré-verbal. Assim, se o analista consegue ser objetivo e se preocupar com as demandas da criança, então o tratamento será bem sucedido em se adaptar às necessidades do paciente conforme estas se apresentarem ao longo do atendimento (Winnicott, 1979/1983).

Contudo, para que as interpretações e os novos *insights* oferecidos ao paciente sejam gradualmente aceitos, se faz necessário um ambiente suficientemente amparador e tolerante dos aspectos infantis, sejam eles perversos, conflitantes, agressivos ou estranhos. Tal ambiente constitui o *holding* em análise. Os pacientes, ao passo que vão se apropriando da complexidade que envolve o trabalho analítico, vão identificando na pessoa do analista uma postura de interesse e disposição de ajudá-los a refletir acerca de seus sentimentos e comportamentos. Da atitude do terapeuta, os pacientes obtêm um forte sentimento de confiança tanto no processo analítico quanto na própria figura do profissional, visto que se

percebem enquanto lembrados e reconhecidos nas suas singularidades. Embora, ao longo de toda a análise, a criança fantasie sobre a ameaça e a possibilidade de perda desta relação devido a constantes ataques à pessoa do analista, ao manter sua presença e interesse pelas questões do paciente, o terapeuta mostra que sobrevive às explosões deste e não o retalia por isso, nutrindo-o de uma sensação de constância e amparo – o *holding* – que possibilitam que a criança se sinta segura em terapia, permitindo que o trabalho interpretativo e o processo analítico se dêem (Sandler, 2001). Aqui o que faz a especificidade do trabalho clínico é a receptividade do terapeuta, a sua capacidade de “escuta” (Dolto, 1979/2004).

A representação de psicoterapeuta

A maneira como a criança percebe e representa o seu psicoterapeuta determina a forma como esta vai se relacionar com o ele e utilizá-lo no *setting* ao longo do tratamento, durante as sessões. Uma vez que o infante não possui *a priori* uma representação de psicólogo ele vai, inicialmente, relacionar-se com esta figura lançando mão de padrões estabelecidos anteriormente. Segundo Moscovici (1978), ao nos defrontarmos com alguma coisa estranha e nova, transferimos conteúdos e elementos de um campo que já nos é conhecido, corrente e, por conseguinte, rico em símbolos para essa nova área que surge desconhecida e pobre em signos. Por esta razão, pode-se inferir por que é tão corriqueiro no princípio do tratamento a criança chamar o seu terapeuta de médico, doutor, professor e/ou tio na procura de achar uma figura, um construto, que se encaixe no molde deste novo profissional com quem ela começa a se relacionar. O paciente representa o seu terapeuta na tentativa de amenizar a “estranheza” inerente ao contato com o novo – a imagem do psicólogo. Com isto, ela busca inseri-lo e registrá-lo no seu mundo interior, nutrindo-o de sentido para torná-lo familiar e poder, desta forma, relacionar-se com ele (Moscovici, 1978). Segundo o autor, é importante destacar que

essa figura que a criança cria do seu psicólogo pode até parecer com ele, mas jamais coincidirá com a pessoa do terapeuta representada. Ela é sempre diferente.

Além disto, essa percepção inicial vai ser influenciada pelo que os pais ou responsáveis pela criança disseram ou deixaram de dizer a esta. Todo este montante de informação sobre onde ela está indo, quem ela vai ver lá, qual o motivo desta ida e o que ela vai fazer neste local vão entrar em movimento e criar uma imagem inicial do profissional que a criança está indo ver, o que ela pode esperar dele, bem como o que esperam dela. Somado ao que os responsáveis vão falar, podemos colocar o que o profissional vai dizer à criança durante o período de avaliação – o que vai ser dito no contrato, o que a criança pode esperar do terapeuta e o que o terapeuta espera dela, o que ela pode fazer dentro do *setting* terapêutico e o que ela não pode.

Com o avançar das sessões e com a relação estabelecida entre terapeuta e paciente, a representação que a criança tem do psicólogo vai mudando e se transformando dependendo da forma como o terapeuta se relaciona com o paciente, da maneira como é conduzido o tratamento e dos recursos disponíveis na sala. Algumas ideias preconcebidas são descartadas e outras novas vão sendo agregadas. Concomitantemente, aparecem demandas espontâneas do infante pelo tratamento e certos elementos da terapia são valorizados pelo paciente em detrimento de outros. Ao mesmo tempo, a criança vai aos poucos identificando os ganhos que ela tem em psicoterapia, agregando à sua representação de terapeuta a forma que ela pode estar se valendo deste, bem como para que ela pode estar se utilizando deste profissional. São a todas estas coisas, que constituem a imagem que a criança tem do seu terapeuta, que o psicólogo tem que estar atento para realizar o tratamento em função das necessidades da criança.

Com o intuito de levantar em que sentido tem se dado as pesquisas no campo da clínica infantil, realizou-se em março de 2011 uma busca na base de dados em Psicologia da

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Nesta, utilizou-se dos descritores "psicoterapia da criança" e "psicoterapia infantil" para encontrar textos completos em português. Ocupou-se dos que se encontravam indexados no Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic) e no *Scientific Electronic Library Online* (Scielo). Deste modo, foram localizados vinte e cinco artigos científicos relacionados à psicoterapia com crianças, o que evidencia uma escassez de estudos nesta área (Deakin & Nunes, 2008). Não foi encontrado nenhum artigo sobre a representação que o infante tem de psicólogo ou psicoterapia, o que nos faz pensar que as pesquisas com esta temática são muito remotas, havendo uma possível lacuna na literatura sobre este tema.

A partir disto, levanta-se a importância de se realizar estudos que ouçam a criança enquanto paciente de psicoterapia e enquanto indivíduo que tem muito a expressar sobre si, devendo ela ser o foco de novas investigações que visem compreender a forma como as crianças vivenciam e experimentam as diversas estratégias terapêuticas nos diferentes contextos em que elas se dão. Tal aspecto ganha maior relevância quando se destaca que as crianças constituem a clientela que mais busca, mais recebe e mais abandona os tratamentos nas clínicas de Psicologia (Cunha & Benetti, 2009). Levando isto em consideração, o presente trabalho buscou identificar como crianças que estavam em atendimento psicológico na rede básica de saúde representam o seu terapeuta.

MÉTODO

Participantes

Para a execução deste estudo investigou-se a representação de psicoterapeuta de oito crianças com idade entre cinco e doze anos incompletos que realizaram atendimento

psicológico em instituição pública de saúde. Com relação ao número de sujeitos participantes, o mesmo foi definido em função do critério de saturação (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008). As crianças que integraram o estudo realizaram atendimento psicológico por pelo menos cinco meses no Serviço de Psicologia junto à Unidade Sanitária Kennedy, em Santa Maria (RS). Tal serviço era prestado pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e desenvolvido pelos acadêmicos deste, estando os mesmos sob supervisão de professores e técnicos do Curso de Psicologia da UFSM. Ao longo do ano de terapia, a criança era atendida pelo mesmo estagiário e – caso fosse indicada a continuidade do tratamento – mudando o ano, mudava-se também o terapeuta. Todas as crianças integrantes do estudo tiveram experiência de atendimento com terapeutas do sexo feminino.

Desenho do estudo

Com o intuito de alcançar o objetivo de compreender de forma mais ampla e profunda a questão da representação de psicoterapeuta por parte da criança, foi realizado um estudo qualitativo (Creswell, 2007). Além disto, utilizou-se o desenho-estória (abreviado, D-E) para a apreensão da maneira como as crianças representam o seu terapeuta. Conforme Trinca e Tardivo (2002), o D-E constitui uma técnica composta por desenhos livres seguidos de narrativas de histórias também de modo livre. Tal instrumento permite a exploração do funcionamento dinâmico da personalidade do examinando, incluindo o levantamento de diversos outros aspectos deste, como queixas, angústias, fantasias, conflitos e impulsos.

Técnica que possibilita a criança comunicar-se livremente pelo uso da projeção e da associação livre, o D-E é aplicado individualmente, necessitando apenas de folhas de papel brancas, lápis preto e de cor (Trinca & Tardivo, 2002). A tarefa é iniciada com o pesquisador solicitando à criança que faça um desenho, a qual, em seguida, é estimulada a contar uma

estória relacionada ao mesmo. Após a realização do desenho e da estória, o pesquisador – durante o inquérito – pode fazer perguntas com o objetivo de buscar mais detalhes e/ou esclarecer certos pontos do material trazido pela criança. Por fim, é pedido um título para a estória e é guardado o desenho. Este procedimento é repetido mais quatro vezes. Ao término do D-E, o investigador ainda deve tomar nota de como o indivíduo se comportou durante toda a aplicação.

Para este estudo, foi solicitada uma sequência de três D-E relacionados com a temática da clínica infantil. O procedimento do desenho-estória com tema é o mesmo do D-E, com a única diferença de que é solicitada a produção de desenhos e, conseqüentemente, de estórias com determinado tema (Trinca & Tardivo, 2002). No presente estudo, optou-se pela realização de três desenhos pela criança no procedimento do D-E com o tema da clínica com crianças, a saber: 1) o desenho da sala onde a criança é atendida, 2) o desenho da criança na terapia e 3) o desenho do terapeuta da criança. Todas as aplicações de Desenho-Estória foram realizadas pelo autor do presente trabalho.

Análise dos dados

A avaliação dos dados foi feita através de análise de conteúdo (Bardin, 1977). Num primeiro momento, a sequência de desenho-estória de cada criança foi analisada separadamente, sendo avaliado o que havia aparecido em cada D-E. Posteriormente, foi realizada uma análise de todas as crianças conjuntamente, sendo focalizado o que aparecia com maior intensidade e frequência, portanto, o que era comum e se repetia nos desenhos e nas estórias. Através da análise dos dados coletados pelo D-E foram estabelecidas as categorias a serem trabalhadas. Utilizou-se da teoria psicanalítica como referencial para a realização da discussão dos resultados, buscando, com isto, uma compreensão de como a

criança que realizou atendimento psicológico em instituição pública de saúde representa o seu psicoterapeuta.

Aspectos éticos

Durante o processo de elaboração da pesquisa foram respeitados os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, conforme apontam as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Buscando manter o anonimato das crianças, o material apresentado por cada uma foi identificado através de um número, do sexo (M – masculino; F – feminino) e da idade da criança (exemplo: Criança 1, F, 9 anos). O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o registro 0259.0.243.000-10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As crianças que participaram do estudo representaram a sua psicóloga enquanto alguém que “brincava comigo” (Criança 4, M, 11 anos). Neste sentido, a terapeuta foi percebida como uma pessoa que desenhava, pintava e jogava junto com a criança, como mostram as seguintes falas: “O que eu mais gostava de fazer era brincar. Mais de Banco Imobiliário. E a minha psicóloga de brincar comigo” (Criança 3, M, 9 anos); “Ela (a sala) é legal. Eu e a terapeuta sempre desenhemo, joguemo, eu ganho dela no jogo de carta. [...] Eu sempre brinco com a psicóloga” (Criança 1, F, 9 anos). Destaca-se aqui que o terapeuta joga junto com a criança, pois é através do brincar – no espaço compartilhado de jogo – que o

psicólogo muitas vezes consegue atuar dentro do *setting* terapêutico, seja interpretando ou intervindo de outra maneira (Winnicott, 1971/1984). Este atributo do terapeuta enquanto alguém que “joga comigo” (Criança 2, F, 11 anos) pôde ser inferido no desenho (Figura 1) e nas estórias a seguir:

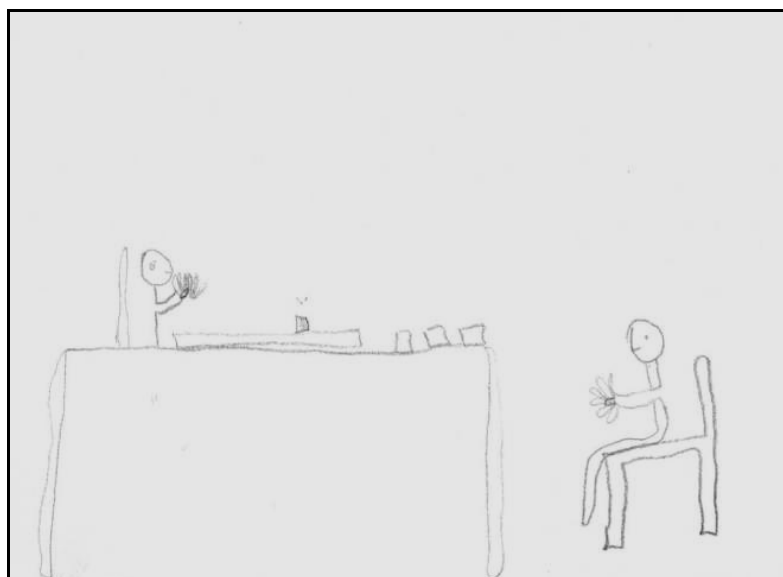


Figura 1 – Criança 2, F, 11 anos. Desenhou ela e a psicóloga sentadas à mesa jogando pife.

“Quando eu ia lá a gente fazia tudo que era legal. A sala é bonita, grande, verde claro. Tinha brinquedo pra mim brinca com ela. Tinha uns carro grande de controle remoto pra gente brinca e eu pechei com ele na parede uma vez.” (Criança 4, M, 11 anos)

“Nós tava lá conversando, eu tava dando tchau pra ela, já tava na hora de ir embora. Aí chegou o outro dia. Aí nós começamos a brincar de novo, conversar, escrever, brincar de dominó, brincar com boneca, brincar com os ursinhos, jogar UNO, jogar pife. Eu gosto de jogar pife.” (Criança 7, F, 6 anos)

Além de brincar, a figura do psicólogo ainda foi vivenciada pelas crianças como alguém que “conversa comigo” (Criança 5, F, 5 anos). Nesse sentido, a terapeuta foi percebida como alguém que “fala muito bonito” (Criança 5, F, 5 anos), “sempre me escuta as coisas que eu preciso falar” e “me pergunta algumas coisas e eu respondo” (Criança 1, F, 9 anos). Tal destaque dado ao conversar também foi apontado pela Criança 2 (F, 11 anos), a qual disse que “nós conversamos muito também. [...] Ela (a psicóloga) é bem legal, enquanto nós estávamos jogando nós conversávamos bastante”. Tal aspecto atribuído ao terapeuta também se fez presente na estória a seguir:

“Lá era legal ela conversava coisas legais como: como eu era e ela era; conversava das brincadeiras; etc. Ela falava também do colegio. Eu gostava de ir lá porquê a gente brincava conversava desenhava e ela conversava com minha mãe. Ela dizia que ia no colégio, mas eu achei que ela não ia. Ela desenhou comigo várias coisas.” (Criança 4, M, 11 anos)

O destaque que as crianças que integraram o estudo deram para a figura do terapeuta enquanto alguém que joga e conversa com elas aponta para o reconhecimento por parte dos pacientes dos dispositivos dos quais o psicólogo se utiliza para ajudá-los a trabalhar suas questões. Seja através do brincar ou da fala – ou ainda da escuta –, o terapeuta acompanha a criança nas atividades desenvolvidas por esta dentro do *setting* terapêutico, operando enquanto suporte para as experiências de exploração e elaboração desta ao longo do tratamento. Assim, o profissional figurou como tendo uma participação ativa nas iniciativas e atividades realizadas pelos seus pacientes, sendo esta uma maneira privilegiada de entrar em contato e se comunicar com o mundo interno da criança (Felice, 2003).

Ao dizer sobre si, seja pelo brincar ou pela fala, o paciente está evidenciando que confia no seu psicólogo para trazer e compartilhar suas questões e problemas. Desse modo, é fundamental para que o processo terapêutico se dê que a criança estabeleça com o seu

terapeuta um vínculo de confiança para que possa se sentir a vontade para trazer-lhe suas associações, medos, fantasias, pensamentos e sentimentos, ou seja, toda uma gama de informações pessoais sem as quais o profissional não teria material para realizar suas interpretações e intervenções e, com isto, empreender um tratamento junto à criança (Klein, 1975/1997). É nesse sentido que o trabalho do terapeuta deve objetivar dentro outras coisas fornecer um ambiente confiável e acolhedor no qual o paciente possa trazer, através da transferência, seus conflitos inconscientes, torná-los conscientes e elaborá-los de maneira imaginativa (Winnicott, 1971/1984). De acordo com Dolto (1971/1984, 1984/1998), é através da transferência que a criança deposita no seu psicólogo o sentimento de confiança que opera enquanto base das intervenções terapêuticas. É devido a este fenômeno que o paciente consegue com tanta facilidade trabalhar imaginativamente durante o tratamento, compartilhar o seu mundo interior e contar sonhos e segredos que não comunica a mais ninguém.

Para tanto, o psicólogo deve manter em sigilo qualquer pormenor do tratamento, não transmitindo aos pais ou responsáveis do paciente nada que a criança tenha lhe confiado, tendo esta o mesmo direito a discrição do terapeuta quanto um adulto (Klein, 1975/1997). Tal vínculo de confiança pôde ser apreendido do seguinte desenho (Figura 2), no qual a criança se desenhou “indo pra sala de braços abertos porque eu vou dar um abraço na minha psicóloga” (Criança 8 , F, 6 anos), evidenciando na criança a crença de que esta podia se “jogar” e se “entregar” à terapia e ao terapeuta, acreditando que seria amparada e acolhida:



Figura 2 – Criança 8, F, 6 anos. Desenhou ela de trancinha, na roupa um girassol bicudo, uma árvore com maçãs, sol, mar de brincar de pelúcia e nuvens. Ao seu lado, a primeira tentativa de se ilustrar da qual desistiu.

A importância do sigilo para a relação terapeuta-paciente também foi constatada nos D-E através da valorização que as crianças deram ao fato da psicóloga não contar para ninguém as coisas que elas trouxeram durante o atendimento. Pode-se pensar o quanto este aspecto possibilitou a construção da relação de confiança (Deakin & Nunes, 2008) a qual permitiu o infante trazer e comunicar os seus segredos para a sua psicóloga, visto que ao estabelecer um *setting* seguro e protetor o profissional está criando as bases para a formação do vínculo terapêutico com o seu paciente (Marques & Arruda, 2007). Este ponto ficou evidente no discurso das crianças quando estas disseram que “Eu falo as coisas pra ela, ela não fala pra minha mãe. Eu falo os meus segredos pra ela” (Criança 1, F, 9 anos), “Só eu e a psicóloga que sabemos (do segredo). A vó não sabe. [...] Gosto também de conversar com ela na sala. E ela me fala que eu posso falar pra ela que ela não vai falar pra ninguém. E eu acho muito bom. Eu acho que ela não conta mesmo” (Criança 5, F, 5 anos).

Tendo em vista a relevância da qualidade da relação estabelecida entre profissional e paciente para o tratamento, a terapia foi experienciada enquanto um ambiente aonde vai “eu e a minha psicóloga. Ninguém mais” (Criança 3, M, 9 anos), isto é, um tempo na semana que a criança tem só para ela abordar as suas questões com a sua terapeuta, um espaço onde profissional e paciente trabalham juntos de acordo com o desejo e as necessidades da criança. Nesse sentido, era o infante, por ser o paciente, que dava o rumo do que acontecia durante as sessões: “Eu escolhia as coisas que a gente ia fazer. [...] Ela (a psicóloga) brincava. Brincava de qualquer jogo. Eu perguntava se ela queria jogar esse jogo e ela dizia que ‘sim’” (Criança 3, M, 9 anos); “A gente pode brincar de qualquer coisa e ela (a terapeuta) gosta de fazer as coisas que eu gosto” (Criança 5, F, 5 anos).

Embora o tratamento tenha sido representado por algumas das crianças como este ambiente aonde vai “só eu e ela (a psicóloga)” (Criança 6, M, 5 anos), ou seja, um lugar destinado apenas para a relação terapeuta-paciente, outras pessoas que frequentavam o mesmo espaço ao longo de todo o tratamento também se fizeram presentes nos desenhos-estórias. A Criança 3 (M, 9 anos), ao falar que além dela outras crianças também eram atendidas na sala de atendimento psicológico infantil, relatou que “primeiro era eu, depois era outra (criança). Ela (a terapeuta) fazia com elas a mesma coisa que ela fazia comigo”. Por sua vez, a Criança 7 (F, 6 anos) contou que na sala ia “só eu. E umas outras pessoas. Aí tinha que esperar um pouquinho. Não sei quem eram ou o que faziam lá”. Estas colocações apontam para uma atividade de indagar presente nos pacientes com relação às outras pessoas que a sua terapeuta vê e recebe no seu consultório. Pode-se inferir que este questionamento acontece na medida em que a criança percebe que para além dela outras crianças também são atendidas pela sua psicóloga, uma vez que ela as vê entrando e saindo da sala da sua terapeuta antes e depois de cada uma das suas sessões de psicoterapia.

Além das outras crianças atendidas pelo Serviço de Psicologia, os familiares responsáveis pelo atendimento também receberam destaque nos D-E produzidos pelos participantes do estudo. Quando perguntada sobre quem frequentava a sala de atendimento, a Criança 5 (F, 5 anos) disse: “A minha vó, o meu vô e a minha mãe. E eu. A psicóloga fala com a vó os horários que eu tenho que ir lá. O vô e a mãe esperam por mim”. A fala da Criança 7 (F, 6 anos), quando esta comenta que “quem me trazia era a minha vó. A minha mãe não podia me trazer”, aponta o quanto para estas crianças o adulto entra no processo de psicoterapia enquanto alguém responsável por trazê-las ao atendimento e saber os dias e horários que elas deveriam comparecer. Assim, os pais e avós figuraram como os responsáveis pela criança ir às sessões. Isto se justifica pelo fato de que as crianças, mesmo as que estão em sofrimento psíquico muito grave, geralmente não se identificam enquanto doentes, só chegando à terapia por intermédio de algum adulto responsável que se preocupe com a saúde da criança e que perceba que alguma coisa está atrapalhando o seu desenvolvimento. Devido a esta relação de dependência com os seus cuidadores, estes – sejam eles pais, tios ou avós – acabam invariavelmente sendo inseridos no campo terapêutico (Deakin & Nunes, 2009; Dolto, 1971/1984; Finkel, 2009; Klein, 1975/1997; Sei, Souza, & Arruda, 2008; Sigal, 2002). Esta inserção dos familiares na terapia das crianças também é destacada no desenho a seguir (Figura 3):



Figura 3 – Criança 5, F, 5 anos. Desenhou a avó e ela sentadas no banco esperando a terapeuta chamar, e a porta da sala.

Contudo, as sessões de devolução e orientação feitas com os responsáveis pelos infantes no tratamento deixaram as crianças com dúvidas sobre o que é conversado entre terapeuta e seus pais/avós durante esses encontros. A Criança 1 (F, 9 anos), após ter falado que a sua mãe também ia às vezes na sala de atendimento, relatou não saber o que a mãe fazia lá: “Não sei. A mãe não me conta. Não, eu sei. A mãe e a psicóloga conversam. A psicóloga conta as coisas que eu falo pra minha mãe”. Indo ao encontro da ideia apresentada pela Criança 1, a Criança 4 (M, 11 anos), após ser indagada sobre o que a mãe e a psicóloga conversavam, disse: “Ah, isso tu vai ter que perguntar pra minha mãe. Eu não sei. Nunca me contaram. Acho que conversavam em como foi lá dentro, o que que a gente fez”. Tais falas apontam para um não saber por parte do paciente o que é falado quando os seus responsáveis iam conversar com a psicóloga. Dessa forma, mesmo se tendo evidenciado que as crianças tinham uma relação de confiança com as suas terapeutas, podem surgir incertezas e fantasias sobre o que pais/avós e psicóloga fazem na sala, incluindo até a suspeita sobre a quebra do sigilo por parte da terapeuta, a qual pode vir a contar para os cuidadores o que a criança havia

confidenciado apenas a ela em segredo. Tais sentimentos se fazem presentes em razão desse “desconhecido”, visto que as crianças não estão juntas nas sessões de devolução e orientação.

Apesar disto, as crianças representaram a sua terapeuta como uma pessoa “legal, fofa, querida” (Criança 1, F, 9 anos), “bem bonita”, que “gosta de mim” (Criança 7, F, 6 anos) e de quem “Eu gosto [...]. Eu gosto da psicóloga” (Criança 5, F, 5 anos). A partir destas falas e de outros aspectos apreendidos durante a aplicação do D-E – a Criança 3 (M, 9 anos) fez o desenho da psicóloga três vezes – evidenciou-se uma valorização que as crianças fizeram das suas terapeutas. Pode-se inferir que tal valorização se deve a importância que a figura do psicólogo teve para elas ao longo do tempo em que estiveram em atendimento, visto que o terapeuta opera enquanto um ego auxiliar que facilita ao paciente reviver experiências traumáticas conforme as suas capacidades (Boarati, Sei, & Arruda, 2009). Tal importância também pode residir no fato de que “ela (a psicóloga) me ajudava” (Criança 3, M, 9 anos), tendo em vista que o que realmente importa ao paciente é o desejo do terapeuta em auxiliá-lo e a capacidade deste de se identificar com a criança e, assim, atender as suas demandas logo que estas lhe são transmitidas (Winnicott, 1979/1983). Desse modo, os infantes vão identificando na pessoa do analista uma postura de interesse e disposição de ajudá-los a refletir acerca de seus sentimentos e comportamentos, obtendo desta atitude um forte sentimento de confiança tanto no processo terapêutico quanto na própria figura do profissional (Sandler, 2001).

Tendo em vista que um dos objetivos da terapia é tornar as crianças mais capazes de tolerar as frustrações e sofrimentos inerentes ao processo de viver, possibilitando-as se adaptar melhor à realidade – mesmo que esta seja difícil – e enfrentar as dificuldades que a vida lhe apresentar (Klein, 1975/1997), algumas características foram atribuídas pelos infantes aos profissionais da Psicologia para que estes pudessem exercer seu papel. Nesse sentido, o terapeuta deve ter “o pé no chão” (Criança 1, F, 9 anos), “dedos para brincar

comigo”, “olhos para enxergar e ouvidos para escutar. Tem que escutar todas as minhas perguntas e todas as minhas historinhas, todas as minhas coisas. Ela tem que ter orelha para escutar tudo isso. Olhos para enxergar as coisas que a gente pode ver lá (na terapia). Alguma coisa que esteja me incomodando que eu não saiba o que é” (Criança 5, F, 5 anos).

Tais falas denunciam que a psicóloga para auxiliar os seus pacientes a abordar e trabalhar os seus problemas e as suas dificuldades tem que estar totalmente dentro da sessão, com a sua atenção voltada para aquilo que a criança está tentando lhe dizer, seja através do brincar ou da fala. O terapeuta tem que estar interessado e engajado nessa complexa tarefa de acompanhar e amparar a criança ao longo de todo o percurso do tratamento, sendo necessários para isto uma escuta aguçada e um olhar diferenciado, próprios do fazer da Psicologia. Assim, é necessário que o profissional esteja atendo ao que é enunciado pelo sintoma da criança, uma vez que só uma postura investigativa frente ao sentido que o sintoma contém torna possível uma postura analítica diante do transtorno apresentado pelo paciente (Mannoni, 1967/1987).

O destaque dado a estas funções desempenhadas pelas psicólogas relacionadas a partes do corpo humano – pés para estar dentro da sessão, dedos para brincar, olhos para ver o que a criança traz e os ouvidos para escutar o que ela diz – torna-se relevante ao constatar-se que algumas crianças, quando foram solicitadas a falar sobre as suas terapeutas, as descreveram fisicamente: “Ela tem olho loiro, boca, nariz, perna, braço” (Criança 6, M, 5 anos); “Ela era legal, alta, magra” (Criança 4, M, 11 anos).

Além disto, o destaque dado à figura do terapeuta pode ter ocorrido pela capacidade desta em criar um ambiente suficientemente amparador e tolerante dos aspectos infantis por mais hostis ou estranhos que pareçam, ou seja, o *holding* do tratamento (Sandler, 2001). Nesse sentido, as crianças comentaram que “Eu converso com ela (a psicóloga) as coisas, ela me entende” (Criança 2, F, 11 anos). Esse entender, antes de apontar para uma compreensão por parte da terapeuta, muito mais diz de uma característica do profissional da Psicologia em

acolher o paciente, seus impulsos e suas demandas sem realizar julgamento moral ou reprovação de comportamentos e traços peculiares deste, muitas vezes vivenciados pela criança fora do espaço terapêutico. Por isso a psicóloga “Era boa, não era braba” (Criança 3, M, 9 anos), por não se mostrar contrária ou repreensiva com relação aos padrões de funcionamento, pensamentos e fantasias apresentados pela criança durante o atendimento. Aqui, conforme Dolto (1979, 2004), o que faz a especificidade do trabalho clínico é a receptividade do terapeuta, a sua capacidade de “escuta”.

Neste contexto, se fez presente o medo da terapeuta não resistir e, portanto, não sobreviver aos impulsos da criança, como destaca a fala da Criança 3 (M, 9 anos): “Às vezes eu faltava quando tava chovendo. Às vezes ela faltava. Ela faltou só uma vez. Eu vim e ela não veio. Achei que ela não ia mais vir”. Não se sabe como se deu o desencontro, mas a partir dele demonstra-se o receio da criança perder essa pessoa tão importante para ela, que é a sua psicóloga. Embora, seja comum e esperado que ao longo de todo o tratamento a criança fantaseie sobre a possibilidade de perda desta relação devido aos ataques realizados à pessoa do seu terapeuta, ao manter-se presente e interessado pelas questões da criança, o psicólogo mostra que sobrevive às explosões desta e não a retalia por isso, propiciando e sustentando uma sensação de constância e amparo – o *holding* – que possibilita que a criança se sinta segura em terapia, permitindo que o trabalho terapêutico se dê (Sandler, 2001). A valorização do lugar ocupado pela figura do terapeuta e dos papéis desempenhados por esta ainda pôde ser vista na estória e nos desenhos (Figura 4 e 5) a seguir:

“A psicóloga me ouve. Ela é legal, querida e fofa. E ela me ouve, me escuta. Eu falo meus segredos.” (Criança 1, F, 9 anos)



Figura 4 – Criança 4, M, 11 anos. Desenhou o sol, duas nuvens, o chão com grama e a psicóloga.



Figura 5 – Criança 7, F, 6 anos. Desenhou a psicóloga com um coração na roupa, uma borboleta, uma flor, uma árvore com frutinhas, um coração e terra.

Contudo, embora as crianças tenham demonstrado saber alguns dos atributos e funções exercidos pela psicóloga, ainda persiste certa confusão no papel desempenhado por esta com o de outras pessoas/profissionais. A Criança 5 (F, 5 anos), durante a aplicação do D-E disse que a psicóloga era amiga dela. Já a Criança 8 (F, 6 anos), ao narrar a estória de um desenho

em que se ilustrou junto da sua terapeuta, disse que “a minha professora ta contando uma história pra mim” (Criança 8, F, 6 anos). Tal mistura de papéis pode se dar pelo fato de a criança, num período inicial da terapia, relacionar-se com essa figura que é nova para ela a partir de modelos preexistentes (Moscovici, 1978). Por isso, pode-se pensar por que é tão comum a criança chamar o psicólogo de médico, doutor, professor ou tio na busca de achar uma imagem que se encaixe no recorte deste novo profissional com quem agora entra em contato. A partir disto, pode-se inferir que o infante tenta atenuar a “estranheza” inerente ao contato com o novo carregando-o de sentido para torná-lo familiar e poder, com isso, relacionar-se com ele (Moscovici, 1978). Deste modo, evidencia-se que tal confusão de funções desempenhadas pelo terapeuta pode perdurar para além das sessões iniciais de terapia, sendo capaz de estender-se por meses, apontando para uma dificuldade por parte da criança de nomear e classificar o fazer e a especificidade do psicólogo clínico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da aplicação da técnica do desenho-estória, pôde-se perceber que as crianças estudadas têm uma representação de psicoterapeuta enquanto alguém que brinca e conversa com elas. Nesse sentido, tanto o jogar quanto o falar/escutar figuraram como recursos utilizados pelo terapeuta para intervir e auxiliar a criança dentro do ambiente terapêutico. Lançando mão desses dispositivos, o terapeuta consegue acompanhar a criança nas atividades desenvolvidas por esta, funcionando enquanto apoio para as experiências novas que a criança tem ao longo do tratamento.

Com relação ao processo terapêutico, para que este se dê é fundamental que a criança estabeleça com o seu terapeuta um vínculo de confiança, sendo necessário para tanto que o profissional forneça um ambiente acolhedor no qual o paciente se sinta seguro para trazer seus

conflitos e elaborá-los. Para tanto, ressalta-se a importância do psicólogo manter em sigilo qualquer pormenor do tratamento, não transmitindo aos responsáveis da criança os conteúdos que esta lhe trouxer durante o atendimento.

Além disto, a terapia foi vivenciada enquanto um ambiente destinado para a relação terapeuta-paciente, isto é, um lugar onde a criança tem só para si e seu psicólogo trabalharem juntos as suas problemáticas. Apesar disto, os infantes sinalizaram a presença de outras pessoas que também frequentam este espaço, dentre elas, as outras crianças atendidas pelo seu terapeuta e os seus responsáveis. Com relação a estes últimos, as sessões de devolução e orientação que o terapeuta faz com estes aparecem enquanto momentos dos quais as crianças não têm certeza do que psicólogo e cuidadores conversam, surgindo a dúvida da possibilidade da quebra do sigilo. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade dos profissionais terem uma atenção maior quando da realização desses encontros com os pais e avós, trabalhando em sessão com as crianças as fantasias destas do que ocorre nos momentos de devolução.

Apesar disto, as crianças representaram a sua terapeuta como uma pessoa boa e legal, evidenciando-se uma valorização desta figura. O motivo de tal valorização pode residir na importância que a figura do psicólogo teve para estas crianças, uma vez que este as ajudou a explorar e laborar suas questões. Assim, para poder auxiliar seus pacientes, o terapeuta deve estar engajado na tarefa de acompanhar e ajudar a criança, estando atendo ao que ela tenta lhe comunicar através do brincar e da fala. Além disto, o destaque dado à figura do terapeuta pode ter ocorrido pela sua capacidade em criar um ambiente suficientemente amparador e tolerante dos aspectos infantis, o que aponta para a valorização dada pelas crianças ao *holding* recebido durante o tratamento. Neste contexto, se fez presente o medo da terapeuta não resistir aos impulsos hostis da criança; ressaltando-se, por isso, a necessidade dos psicólogos clínicos manterem-se presentes e interessados pelas questões do infante, “sobrevivendo” aos ataques que este lhe dirige.

Por fim, destaca-se a presença de certa confusão nas crianças quanto às funções desempenhadas pelo psicólogo. Aqui se salienta a importância do profissional, percebendo-se da existência desta “mistura” de papéis, que auxilie a criança explicitando a especificidade do seu fazer. Nesse sentido, fantasias presentes na criança quanto a outras funções que o psicólogo deveria exercer que não dizem respeito à sua prática devem ser trabalhadas durante o atendimento. Assim, acredita-se que quanto mais claro a criança tiver para si o papel e a função do profissional da Psicologia, mais facilmente ela se apropriará das formas que ela pode utilizá-lo durante o tratamento.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Boarati, M. C. B., Sei, M. B., & Arruda, S. L. S. (2009). Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 19(3), 426-434. Recuperado em 16 março, 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.
- Brasil. (1996). Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos. *Bioética*, 4(2); 15-25.
- Conselho Federal de Psicologia. (2000). Resolução CFP nº 016/2000 de 20 de dezembro de 2000. *Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos*. Brasília/DF.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.

Cunha, T. R. dos S., & Benetti, S. P. da C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de psicologia*, 59(130), 117-127. Recuperado em 16 março, 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.

Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2008). Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1). Recuperado em 16 março, 2011, de <http://www.scielo.br>.

Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2009). Abandono de psicoterapia com crianças. *Revista psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 145-151. Recuperado em 16 março, 2011, de <http://www.scielo.br>.

Dolto, F. (1984). *Psicanálise e Pediatria – As grandes noções da Psicanálise – Dezesesseis observações de crianças*. Tradução: Álvaro Cabral. – 4ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Obra original publicada em 1971).

Dolto, F. (1998). O limite de nossos poderes. In F. Dolto & N. Hamad, *Destinos de crianças: adoção, famílias de acolhimento, trabalho social* (pp. 3-18). Tradução Eduardo Brandão; revisão técnica Claudia Berliner. – São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1984).

Dolto, F. (2004). Prefácio. In M. Mannoni, *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise* (pp. 7-33). Tradução: Roberto Cortes de Lacerda. Nova ed. – Rio de Janeiro: Elsevier. (Obra original publicada em 1979).

Felice, E. M. de. (2003). O lugar do brincar na psicanálise de crianças. *Psicologia: teoria e prática*, 5(1), 71-79. Recuperado em 16 março, 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.

Finkel, L. A. (2009). O lugar da mãe na psicoterapia da criança: uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(1), 190-203. Acesso em: 16 mar. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24(1), 17-27. Acessado em 25 mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. (Obras completas de Melanie Klein; v. II). Tradução, Liana Pinto Chaves; revisão técnica, José A. Pedro Ferreira – Rio de Janeiro: Imago Ed. (Obra original publicada em 1975).

Mannoni, M. (1987). *A criança, sua “doença” e os outros: o sintoma e a palavra*. Tradução A. C. Villaça. – 3ª Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara. (Obra original publicada em 1967).

Marques, C. F. F. da C., & Arruda, S. L. S. (2007). Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de psicologia*, 24(1), 115-124. Recuperado em 16 março, 2011, de <http://www.scielo.br>.

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Sandler, A. M. (2001). Sobre interpretação e *holding* na análise de crianças. In R. Grana & A. B. S. Piva (org.), *A atualidade da psicanálise de crianças: perspectivas para um novo século* (pp. 65-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sei, M. B., Souza, C. G. P., & Arruda, S. L. S. (2008). O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo*, 5(2), 194-205. Acesso em: 16 mar. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.

Sigal, A. M. R. (2002). Psicanálise com crianças. A legitimidade de um campo. Os pais, o recalque e a circulação de significantes enigmáticos na condução da cura. In A. M. Sigal de R., *O lugar dos pais na psicanálise de criança* (pp. 27-43). São Paulo: Editora Escuta.

Tkach, C. E. (2007). Reflexões sobre nossa prática terapêutica. In A. Jerusalinsky, *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar* (pp. 303-306). – 4ª edição – Porto Alegre: Artes e Ofícios.

Trinca, W., & Tardivo, L. (2002). Desenvolvimentos do processo de desenhos-estórias (D-E). In J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico – V* (pp. 428-438). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. por Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1979).

Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Tradução: Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago Ed. (Obra original publicada em 1971).

Winnicott, D. W. (2005). *Tudo começa em casa*. Tradução: Paulo Sandler. – 4ª ed. – São Paulo: Martins Fontes. – (Psicologia e pedagogia). (Obra original publicada em 1986).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o término deste estudo, pôde-se concluir que, através da valorização feita pelas crianças do brincar e do conversar, estes figuraram enquanto dispositivos terapêuticos que possibilitaram tanto a criança comunicar e trabalhar as suas questões quanto ao profissional da Psicologia fazer suas interpretações e intervenções. Contudo, a preferência dada ao brincar ou ao conversar diz muito mais respeito a características particulares da criança e das dificuldades que ela está enfrentando, não estando relacionada diretamente a idade desta. Isto pode ser inferido visto que durante a pesquisa foram identificados pacientes mais novos – com cinco e seis anos de idade – que gostavam mais de brincar e conversar, respectivamente, com as suas terapeutas, assim como duas crianças de onze anos, uma que preferia jogar e outra falar com a sua psicóloga.

Independente da forma que o faz, para que a criança comunique os seus problemas e o processo terapêutico ocorra, se faz necessário que o psicólogo propicie um ambiente confiável no qual o paciente se sinta seguro para abordar seus sofrimentos. A criação desse ambiente envolve diversos aspectos, dentre eles o sigilo, o *holding*, um interesse e um cuidado por parte do profissional com os conteúdos que a criança lhe traz durante as sessões, além do desejo do terapeuta em ajudá-la. Neste contexto, destaca-se o fenômeno da transferência, o qual se pode inferir que esteve presente uma vez que é através deste que a criança deposita no seu psicólogo o sentimento de confiança.

Com relação ao terapeuta, foi-lhe atribuído o papel de estar presente, acompanhando o paciente e funcionando enquanto suporte das vivências novas que este tem ao longo do tratamento. Deste modo, o psicólogo brinca, joga, desenha, conversa, fala, pergunta e escuta a criança. Contudo, a partir dos dados coletados, não se pôde perceber nenhum destaque direto atribuído pela criança à interpretação por parte do terapeuta dos conteúdos que esta lhe comunica. A não presença deste dispositivo clínico nos desenhos-estórias pôde ter se dado visto que, quanto o terapeuta realiza uma interpretação, o infante não sabe que o seu psicólogo a esta fazendo, não podendo, por isso, nomear e destacar algo do qual não tem consciência. Por outro lado, a valorização dada pelas crianças à “conversação” estabelecida com o seu psicólogo abre espaço para alguns questionamentos. Se o conversar implica tanto escutar quanto ser escutado, a fala do profissional também está inserida nos diálogos estabelecidos entre terapeuta e paciente. Nesse sentido, a interpretação – feita através da fala – pode ter-se

feito presente e, portanto, ter sido valorizada, uma vez que as crianças apontaram que foram ajudadas pelos seus psicólogos e melhoraram, sendo a interpretação uma das formas do psicólogo auxiliar seus pacientes. Assim, os infantes podem ter experienciado os ganhos oriundos da interpretação, como, por exemplo, a diminuição da angústia, salientando a importância desta através do destaque atribuído ao conversar. Assim, só pode-se pensar que a atividade de interpretar, enquanto parte do recurso de fala do terapeuta, se fez presente indiretamente nos desenhos-estórias produzidos pelas crianças, mas não se pode concluir sua incidência ou valorização.

Por fim, como o presente trabalho teve como objetivo investigar a representação que crianças atendidas em psicoterapia em instituição pública de saúde têm do seu terapeuta e da sua terapia, aqui cabe algumas ressalvas. Os dados coletados não nos permitiram pensar nas especificidades da atuação neste contexto. Tirando a mudança de terapeuta apontada por algumas crianças – muito comum em atendimentos prestados por estagiários – nenhum outro dado apontou para uma distinção entre o atendimento clínico público e privado. Sabe-se que diferenças existem entre ambos, uma vez que mudanças são necessárias para que o tratamento ofertado esteja adaptado à realidade de contexto e de clientela. Contudo, através dos resultados da pesquisa, destaca-se que tais alterações não são tão gritantes a ponto de aparecerem nos dados coletados quando a intervenção em questão é a clínica infantil. Isso mostra que o fazer da Psicologia, embora mude o contexto, pode manter-se ainda pautado sobre os mesmos princípios. Além disto, pode-se pensar o quanto existem serviços de qualidade prestados no âmbito público, uma vez que a terapia foi vivenciada pelas crianças como ela deve ser independente do lugar em que ela se dá e das pessoas que ela atende, ou seja, um espaço destinado a realizar mudanças no paciente com o intuito deste alcançar ganhos terapêuticos e melhorar. Não podemos, contudo, afirmar que todos os serviços de Psicologia prestados no setor público operam desta forma. Por outro lado, os resultados evidenciam que isto é possível. Tal estudo também tem relevância uma vez que a prática da Psicologia em serviços públicos de saúde tem-se ampliado recentemente tornando-se um espaço potencial enquanto campo de atuação da prática psicológica.

Tendo em vista os achados alcançados por esta pesquisa, aponta-se ainda a necessidade de proporcionar um espaço de escuta para a criança onde esta possa expressar seu mundo interno – incluindo representações, angústias, fantasias e conflitos. Desta forma, assinala-se o valor da realização de estudos com crianças a fim de conhecer como estas concebem certos fenômenos, aspectos e elementos que integram o mundo infantil e sobre os quais recai o interesse da Psicologia. Tais empreendimentos nos possibilitarão adequar o

nosso fazer para que este se adapte e atenda melhor às demandas da criança e, em especial no caso do presente estudo, às das crianças que se encontram em atendimento psicológico em serviço público de saúde. Trata-se, assim, de disponibilizar a expressão a este grupo ao qual muitas vezes o uso da palavra ou de outras formas de retratar suas vivências não chega nem a ser oportunizado.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, S. B.; ARRUDA, S. L. S. Psicoterapia lúdica de uma criança com AIDS. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 23, n. 3, set, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-166X2006000300002. Acesso em: 16 mar. 2011.

AMAZONAS, M. C. L. A. et al. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. **Psicologia em estudo**, Maringá, Vol.8, n.spe, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S1413-73722003000300003. Acesso em: 05 nov. 2009.

ANTHONY, S. M. da R. A criança com transtorno de ansiedade: seus ajustamentos criativos defensivos. **Revista da abordagem gestáltica**, Goiânia, v. 15, n. 1, jun, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1809-68672009000100009. Acesso em: 16 mar. 2011.

AVELLAR, L. Z. **Jogando na análise de crianças**: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

ÁVILA, C. F.; TACHIBANA, M.; VAISBERG, T. M. J. A. Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. **Paidéia**, Ribeirão Preto, vol.18, n.39, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-863X2008000100014. Acesso em: 10 ago. 2010.

AZEVEDO, A. M. A. de; SAMPAIO, C. P. "Odeio quando você lembra que eu existo". **Jornal de psicanálise**, São Paulo, v. 42, n. 77, dez, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S0103-58352009000200017. Acesso em: 16 mar. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, M. A.; VAISBERG, T. M. J. A. Escolha profissional e dramática do viver adolescente. **Psicologia e Sociedade**, vol.19, n.1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0102-71822007000100015. Acesso em: 10 ago. 2010.

BEZERRA JR., B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (organização), **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 133-169.

BOARATI, M. C. B.; SEI, M. B.; ARRUDA, S. L. S. Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 19, n. 3, dez, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S0104-12822009000300008. Acesso em: 16 mar. 2011.

BRAGA, A. R. M.; KUNZLER, L. S.; HUA, F. Y. Transtorno de humor bipolar: diversas apresentações de uma mesma doença. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, abr, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0101-81082008000100015. Acesso em: 16 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, 4(2), p. 15-25, 1996.

BRASIL. Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente e legislação pertinente**. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul; Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude, 2003.

BRUM, E. H. M. de. A depressão materna e suas vicissitudes. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n. 19, dez, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1415-11382006000300007. Acesso em: 16 mar. 2011.

CARETA, D. S.; MOTTA, I. F. A consideração de aspectos ambientais na análise do procedimento de desenhos-estória. **Mudanças – psicologia da saúde**, 13(2), jul-dez, 2005. Disponível em: <<https://www.metodista.br>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

CAVALHEIRO, J. G.; ARPINI, D. M.; POLLI, R. G. **A clínica psicológica infantil na Unidade Básica de Saúde**: caracterização de um serviço. Trabalho de conclusão de curso não publicado, Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 016/2000 de 20 de dezembro de 2000. **Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos**. Brasília/DF, 2000.

COSTA, J. B.; MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S. Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. **Estudos de psicologia**, Campinas, vol.26, n.3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-166X2009000300005. Acesso em: 10 ago. 2010.

COSTA, M. I. M.; DIAS, C. M. S. B. A prática da psicoterapia infantil na visão de terapeutas nas seguintes abordagens: psicodrama, Gestalt terapia e centrada na pessoa. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, mar, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-166X2005000100006. Acesso em: 16 mar. 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed., 2007.

CRUZ, S. H. V. Representação de Escola e Trajetória Escolar. **Psicologia**, USP, vol.8, n.1, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-65641997000100006. Acesso em: 10 ago. 2010.

CUNHA, T. R. DOS S.; BENETTI, S. P. DA C. Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. **Boletim de psicologia**, São Paulo, v. 59, n. 130, jun, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S0006-59432009000100010. Acesso em: 16 mar. 2011.

DEAKIN, E. K.; NUNES, M. L. T. Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0101-81082008000200003. Acesso em: 16 mar. 2011.

DEAKIN, E. K.; NUNES, M. L. T. Abandono de psicoterapia com crianças. **Revista psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, dez, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0101-81082009000300003. Acesso em: 16 mar. 2011.

DI LORETO, O. D. M. Cartório de Freud. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 6, n. 1, jun, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S1413-73722001000100002. Acesso em: 16 mar. 2011.

DOLTO, F. (1971). **Psicanálise e Pediatria** – As grandes noções da Psicanálise – Dezesesseis observações de crianças. Tradução: Álvaro Cabral. – 4ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

DOLTO, F. (1979). Prefácio. In: MANNONI, M., **A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise**. Tradução: Roberto Cortes de Lacerda. Nova ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, p. 7-33.

DOLTO, F. (1984). O limite de nossos poderes. In: DOLTO, F.; HAMAD, N. **Destinos de crianças: adoção, famílias de acolhimento, trabalho social**. Tradução Eduardo Brandão; revisão técnica Claudia Berliner. – São Paulo: Martins Fontes, 1998, p. 3-18.

EIZIRIK, M.; BERGMANN, D. S. Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, dez, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0101-81082004000300010. Acesso em: 16 mar. 2011.

FELICE, E. M. de. O lugar do brincar na psicanálise de crianças. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 5, n. 1, jun, 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1516-36872003000100006. Acesso em: 16 mar. 2011.

FERNANDES, B. S. Dificuldades e facilidades na psicoterapia de grupo com crianças. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1677-29702001000100010. Acesso em: 16 mar. 2011.

FERNANDES, B. S. O desenho como recurso auxiliar em psicoterapia de grupo com crianças. **Vínculo**, São Paulo, v. 3, n. 3, dez, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1806-24902006000300006. Acesso em: 16 mar. 2011.

FIGLIE, N. et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial?. **Revista de psiquiatria clínica**, vol.31, n.2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0101-60832004000200001. Acesso em: 10 ago. 2010.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FINKEL, L. A. O lugar da mãe na psicoterapia da criança: uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n. 1, mar, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1414-98932009000100016. Acesso em: 16 mar. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, 24(1), p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003. Acesso em: 25 mar. 2010.

FRANCO, M. H. P.; MAZORRA, L. Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. **Estudos de psicologia**, Campinas, vol.24, n.4, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-166X2007000400009. Acesso em: 10 ago. 2010.

FREUD, S. (1920). Além do princípio de prazer. In: FREUD, S., **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (Vol. 18). Com comentários e notas de James Strachey; com colaboração de Anna Freud; assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. – Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 17-75.

GENTILEZZA, L. **Cataventos do sentir: o trabalho psicanalítico com crianças**. – 3ª ed. ver. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007

GOMES, I. C.; ZANETTI, S. A. S. Transmissão psíquica transgeracional e construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20, n. 1, mar, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-65642009000100006. Acesso em: 16 mar. 2011.

GOSCH, C. S.; VANDENBERGHE, L. Análise do comportamento e a relação terapeuta-criança no tratamento de um padrão desafiador-agressivo. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, dez, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1517-55452004000200004. Acesso em: 16 mar. 2011.

HABER, G. M.; CARMO, J. dos S. O fantasiar como recurso na clínica comportamental infantil. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, São Paulo, v. 9, n. 1, jun, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1517-55452007000100005. Acesso em: 16 mar. 2011.

HABIGZANG, L. F. et al. Grupoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Revista de saúde pública**, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0034-89102009000800011. Acesso em: 16 mar. 2011.

KLEIN, M. (1975). **A psicanálise de crianças**. (Obras completas de Melanie Klein; v. II). Tradução, Liana Pinto Chaves; revisão técnica, José A. Pedro Ferreira – Rio de Janeiro: Imago Ed, 1997.

LEITE, A. C. de C. et al. O menino e o efeito pirilampo: um estudo em psicossomática. **Ágora: estudos em teoria psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jun, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S1516-14982003000100006. Acesso em: 16 mar. 2011.

MACEDO, R. M. S. Psicologia, instituição e comunidade: problemas de atuação do psicólogo clínico. In: MACEDO, R. M. S. (organizadora), **Psicologia e instituição: novas formas de atendimento**. São Paulo: Cortez, 1984, p. 9-23.

MANNONI, M. (1967). **A criança, sua “doença” e os outros**: o sintoma e a palavra. Tradução A. C. Villaça. – 3ª Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

MANNONI, M. (1979). **A primeira entrevista em psicanálise**: um clássico da psicanálise. Tradução: Roberto Cortes de Lacerda. Nova ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MANNONI, M. (1985). **Um saber que não se sabe**: a experiência analítica. Posfácio Patrick Guyomard; tradução Martha Prada e Silva. – Campinas, SP: Papirus, 1989.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. de B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia**: reflexão e crítica, Porto Alegre, v. 18, n. 1, abr, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0102-79722005000100010. Acesso em: 16 mar. 2011.

MARQUE, C. R. de; GOMES, I. C. A mudança do setting terapêutico como modelo facilitador para promover a estabilidade do vínculo frente às modificações do contexto familiar. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, dez, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1677-29702006000200003. Acesso em: 16 mar. 2011.

MARQUES, C. F. F. da C.; ARRUDA, S. L. S. Autismo infantil e vínculo terapêutico. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, mar, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-166X2007000100013. Acesso em: 16 mar. 2011.

MATOS, M. G. M. Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. **Análise psicológica**, 3 (XXII): p. 449-462, 2004.

MATTAR, C. M. Três perspectivas em psicoterapia infantil: existencial, não diretiva e Gestalt-terapia. **Contextos clínicos**, São Leopoldo, v. 3, n. 2, dez, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1983-34822010000200001. Acesso em: 16 mar. 2011.

MENEZES, M.; LÓPEZ, M.; DELVAN, J. da S. Psicoterapia de criança com alopecia areata universal: desenvolvendo a resiliência. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 46, ago, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-863X2010000200013. Acesso em: 16 mar. 2011.

MEZAN, R. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

MIJOLLA, A. de. **Dicionário internacional da psicanálise**: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições. Direção geral de Alain de Mijolla. Comitê editorial Shopie de Mijolla-Mellor, Roger Perron e Bernard Golse. Tradução Álvaro Cabral. Rop de Janeiro: Imago Ed., 2005.

MONDARDO, A. H.; VALENTINA, D. D. Psicoterapia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança. **Psicologia**: reflexão e crítica, Porto Alegre, v. 11, n. 3, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0102-79721998000300018. Acesso em: 16 mar. 2011.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MOURA, C. B. de; GROSSI, R.; HIRATA, P. Análise funcional como estratégia para a tomada de decisão em psicoterapia infantil. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 26, n. 2, jun, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-166X2009000200005. Acesso em: 16 mar. 2011.

MOURA, C. B. de; VENTURELLI, M. B. Direcionamentos para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, São Paulo, v. 6, n. 1, jun, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1517-55452004000100003. Acesso em: 16 mar. 2011.

NALIN, J. A. R. O uso da fantasia como instrumento na psicoterapia infantil. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, ago, 1993. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1413-389X1993000200007. Acesso em: 16 mar. 2011.

OLIVEIRA, I. F. et al. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, vol. IX, nº 17, jan/jun, p. 71-89, 2004.

OLIVEIRA, I. T. de. Critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças e pais. **Psicologia**: teoria e prática, São Paulo, v. 4, n. 1, jun, 2002. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1516-36872002000100005. Acesso em: 16 mar. 2011.

OTERO, V. R. L. O sentimento na psicoterapia comportamental infantil: envolvimento dos pais e da criança. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, ago, 1993. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1413-389X1993000200008. Acesso em: 16 mar. 2011.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Tradução Daniel Bueno. – 8ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JR., A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da escola de enfermagem**, USP, Vol.37, n.4, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0080-62342003000400011. Acesso em: 10 ago. 2010.

POLLI, R. G.; ARPINI, D. M. **O olhar de crianças de grupos populares sobre a família**. Trabalho de conclusão de curso não publicado, Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

PONTES, M. L. S. et al. Adoção e exclusão insidiosa: o imaginário de professores sobre a criança adotiva. **Psicologia em estudo**, vol.13, n.3, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S1413-73722008000300010. Acesso em: 10 ago. 2010.

QUINTANA, A. M. et al. A vivência hospitalar no olhar da criança interna. **Ciência, cuidado e saúde**, 6(4), p. 414-423, 2007.

RIBEIRO, K. C. S. et al. Representações sociais da depressão no contexto escolar. *Paidéia*, Ribeirão Preto, vol.17, n.38, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-863X2007000300011. Acesso em: 10 ago. 2010.

ROPA, W.; DUARTE, L. F. D. Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento psicológico” às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. A. (org.), **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985, p. 178-201.

RUSSO, R. C. T.; COUTO, T. H. A. M.; VAISBERG, T. M. J. A. O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. **Psicologia e sociedade**, vol.21, n.2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0102-71822009000200012. Acesso em: 10 ago. 2010.

SANDLER, A. M. Sobre interpretação e *holding* na análise de crianças. In: R. GRANA, R.; PIVA, A. B. S. (org.), **A atualidade da psicanálise de crianças**: perspectivas para um novo século. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 65-73.

SEI, M. B.; SOUZA, C. G. P.; ARRUDA, S. L. S. O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. **Vínculo**, São Paulo, v. 5, n. 2, dez, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1806-24902008000200009. Acesso em: 16 mar. 2011.

SETZ, V. G.; PEREIRA, S. R.; NAGANUMA, M. O Transplante renal sob a ótica de crianças portadoras de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico: estudo de caso. **Acta paulista de enfermagem**, vol.18, n.3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0103-21002005000300010. Acesso em: 10 ago. 2010.

SIGAL, A. M. R. Psicanálise com crianças. A legitimidade de um campo. Os pais, o recalque e a circulação de significantes enigmáticos na condução da cura. In: SIGAL, A. M. de R., **O lugar dos pais na psicanálise de criança**. São Paulo: Editora Escuta, 2002, p. 27-43.

SILVEIRA, C. A. B. Primeiras reflexões acerca da psicoterapia de grupo infantil e as vivências da gravidez da terapeuta. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, dez, 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>> doi: S1677-29702003000100006. Acesso em: 16 mar. 2011.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. Pretópolis, RJ. Vozes, 2003.

TACHIBANA, M.; VAISBERG, T. M. J. A. Desenhos estórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. **Mudanças – psicologia da saúde**, 15(1), jan-jun, 2007. Disponível em: <<https://www.metodista.br>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

TEIXEIRA, J. A. C. Psicologia da Saúde. **Análise psicológica**, 3 (XXII), p. 441-448, 2004.

TKACH, C. E. Reflexões sobre nossa prática terapêutica. In: JERUSALINSKY, A., **Psicanálise e desenvolvimento infantil**: um enfoque transdisciplinar. – 4ª edição – Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2007, p. 303-306.

TRINCA, W.; TARDIVO, L. Desenvolvimentos do processo de desenhos-estórias (D-E). In: J. A. Cunha, **Psicodiagnóstico – V**. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 428-438.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e pesquisa. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses**: MDT. 7. ed. rev. e ampl. Santa Maria: Ed. UFSM, 2010.

VIEIRA, A. G.; SPERB, T. M. O brincar simbólico e a organização narrativa da experiência de vida na criança. **Psicologia**: reflexão e crítica, Porto Alegre, v. 20, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> doi: 10.1590/S0102-79722007000100003. Acesso em: 16 mar. 2011.

YALOM, I. D. **Cada dia mais perto**: terapeuta e paciente contam sua história. Tradução de Mauro Pinheiro. Rio de Janeiro: Agir, 2011.

WINNICOTT, D. W. (1957). **A criança e o seu mundo**. Tradução: Álvaro Cabral. – 6ª ed. – Rio de Janeiro: LTC Editora, 1982.

WINNICOTT, D. W. (1958). **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Com uma introdução de M. Masud R. Khan; tradução Davy Bogomoletz. – Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

WINNICOTT, D. W. (1971). **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Tradução: Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1984.

WINNICOTT, D. W. (1979). **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. por Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1986). **Tudo começa em casa**. Tradução: Paulo Sandler. – 4ª ed. – São Paulo: Martins Fontes. – (Psicologia e pedagogia), 2005.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Pesquisadora Responsável: Prof^a. Dr^a. Dorian Mônica Arpini.
Contato: Rua Floriano Peixoto, 1750, 3^o andar. Telefone: (55) 3028-0936.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: “Psicoterapia de crianças em instituição pública de saúde: novas perspectivas a partir do olhar da criança”

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo conhecer a forma como crianças que estão ou estavam em atendimento psicológico na rede básica de saúde representam a sua terapia e o seu terapeuta. Tal objetivo se fundamenta na necessidade de um aprofundamento de conhecimentos importantes para o trabalho e a intervenção junto à criança, nos possibilitando adequar a nossa prática às reais necessidades da criança e ao que realmente é valorizado e esperado por esta.

Participarão deste estudo crianças com idade até doze anos incompletos, que estejam ou já estiveram em atendimento psicológico no Serviço de Psicologia junto à Unidade Sanitária Kennedy, em Santa Maria/RS, por pelo menos cinco meses. O estudo utilizará como recurso a técnica do desenho-estória, na qual a criança será solicitada a realizar três desenhos e contar três histórias relacionadas à temática da psicoterapia. A identidade dos participantes será mantida em sigilo e as informações serão utilizadas para fins de pesquisa.

Os participantes poderão solicitar esclarecimentos sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa, podendo interromper sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. Considerando a técnica que se utilizará para a realização desta pesquisa, bem como o fato de que esta não tem por objetivo testar nem experimentar nenhum procedimento novo – mas apenas conhecer, a partir do ponto de vista das crianças, a representação que estas têm da sua psicoterapia e do seu terapeuta – julga-se, portanto, que os riscos neste estudo são praticamente inexistentes. Contudo, caso sejam identificadas situações que, durante a realização do desenho-estória, apresentem desconforto

psicológico (em virtude de experiências pregressas dos participantes), nesse momento o pesquisador responsabilizar-se-á por avaliar a situação e a possibilidade da continuidade da aplicação da técnica. Os benefícios decorrentes dos resultados do estudo são a produção de conhecimentos importantes para o trabalho e a intervenção junto à criança, possibilitando a construção de serviços e ações mais adaptados às reais necessidades das crianças. Todo o material desta pesquisa será mantido em sigilo no Departamento de Psicologia/UFSM, na sala 320, sendo destruído após um período de cinco anos.

Agradecemos à colaboração dos participantes na realização desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais com a pesquisadora-orientadora do projeto, Prof^ª. Dr^ª. Dorian Mônica Arpini, que pode ser contatada pelo telefone: (55) 3028-0936. Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM são: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – Sala 702 – Camobi – Santa Maria; telefone: (55) 3220-9362.

Data: ___/___/___

Responsável pela criança.

Responsável pelo projeto.

Apêndice B – Termo de assentimento**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Pesquisadora Responsável: Prof^a. Dr^a. Dorian Mônica Arpini.
Contato: Rua Floriano Peixoto, 1750, 3^o andar. Telefone: (55) 3028-0936.

Termo de Assentimento**Projeto: “Psicoterapia de crianças em instituição pública de saúde: novas perspectivas a partir do olhar da criança”**

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo conhecer como você representa a sua terapia e o seu terapeuta. Participarão deste estudo crianças com idade até os doze anos incompletos, que estejam ou estavam sendo atendidas pelo Serviço de Psicologia da Unidade Sanitária Kennedy. O estudo utilizará o desenho-estória, no qual você será solicitado a fazer três desenhos e contar três histórias sobre psicoterapia. O seu nome ficará em sigilo e os seus desenhos e as suas histórias serão utilizados apenas para os objetivos da pesquisa. Você poderá fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa, podendo deixar de participar a qualquer momento da mesma, sem que isto lhe traga algum dano. Agradecemos a sua colaboração na realização desta atividade de pesquisa.

Data: ___/___/___

Assinatura da criança.

Responsável pelo projeto.

Apêndice C – Termo de confidencialidade



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Pesquisadora Responsável: Prof^a. Dr^a. Dorian Mônica Arpini.
Contato: Rua Floriano Peixoto, 1750, 3^o andar. Telefone: (55) 3028-0936.
Local da coleta de dados: Unidade Sanitária Kennedy, Santa Maria/RS.

Termo de Confidencialidade

Projeto: “Psicoterapia de crianças em instituição pública de saúde: novas perspectivas a partir do olhar da criança”

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados através da aplicação do procedimento de desenho-estória na Unidade Sanitária Kennedy, em Santa Maria/RS. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Psicologia/UFSM, na sala 320, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Dorian Mônica Arpini. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, de de 20.....

.....

Prof^a. Dr^a. Dorian Mônica Arpini

Professora Efetiva do Departamento de Psicologia da UFSM