



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Gabbi Polli, Rodrigo; Mônica Arpini, Dorian
REPRESENTAÇÃO DE PSICOTERAPIA EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
Psicologia em Estudo, vol. 18, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 519-528
Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287130095014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

REPRESENTAÇÃO DE PSICOTERAPIA EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Rodrigo Gabbi Polli¹

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Dorian Mônica Arpini

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS, Brasil

RESUMO. O estudo teve como objetivo investigar como crianças que estão em atendimento psicológico na rede básica de saúde representam a sua terapia. Realizou-se um estudo qualitativo com a aplicação do desenho-estória. Participaram oito crianças com idades entre cinco e doze anos incompletos. Foi solicitado às crianças que realizassem três desenhos-estórias. A análise dos dados foi feita através de análise de conteúdo. Os resultados evidenciam que as crianças percebem a psicoterapia como um espaço destinado tanto para brincar quanto para falar sobre si. O destaque dado aos recursos lúdicos e ao conversar salienta a valorização destes enquanto dispositivos terapêuticos que lhes possibilitaram abordar e trabalhar os seus conflitos. Além disto, o tratamento foi experienciado como um lugar destinado à realização de mudanças com o intuito de alcançarem ganhos terapêuticos e melhorarem. As considerações finais destacam a possibilidade da implantação de serviços de qualidade em instituições públicas de saúde, visto que os dados não apontam distinção entre o atendimento psicológico público e o privado.

Palavras-chave: Psicoterapia da criança; saúde pública; psicoterapia psicanalítica.

THE REPRESENTATION OF PSYCHOTHERAPY IN CHILDREN TREATED IN PUBLIC HEALTH INSTITUTION

ABSTRACT. This study aimed to investigate how children represent their therapy under psychological care in basic health institution. 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 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 and work on their conflicts. Moreover, the treatment was experienced by children as a place where changes happen in order to achieve therapeutic gains and improvements. The final considerations highlight the possibility of having services of quality in public health institutions, since the data do not point out to a distinction between public and private psychological care..

Key words: Child psychotherapy; public health; psychoanalytic psychotherapy.

REPRESENTACIÓN DE PSICOTERAPIA EN NIÑOS ATENDIDOS EN INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD

RESUMEN. El estudio tuvo por objetivo investigar cómo los niños que están en atención psicológica en la red básica de salud representan su terapia. Se realizó un estudio cualitativo con la aplicación del diseño-historia. Participaron ocho niños con edad entre cinco y doce años incompletos. Fue solicitado a los niños que realizaran tres diseños-historias. El análisis de los datos fue a través de análisis de contenido. Los resultados evidencian que los niños tienen una representación de psicoterapia como un espacio destinado tanto para jugar como de hablar sobre sí. El destaque dado a los recursos lúdicos y al conversar evidencia la valoración de estos en cuanto dispositivos terapéuticos que les posibilitaron abordar y trabajar sus conflictos. Además, el tratamiento fue experimentado como un lugar destinado a la realización de cambios con el objetivo de alcanzar beneficios terapéuticos y que mejoraran. Las consideraciones finales

¹ *Endereço para correspondência:* Rua 1, n. 95, Parque da Colina, Bairro Camobi, CEP 97.110-755 Santa Maria-RS.
E-mail: ropsiufsm@gmail.com

destacan la posibilidad de implantación de servicios de calidad en instituciones públicas de salud, puesto que los datos no apuntan a una distinción entre la atención psicológica pública y privada

Palabras-clave: Psicoterapia del niño; salud pública; psicoterapia psicoanalítica.

A inserção da Psicologia – incluindo a prática da psicologia clínica – em novos contextos e seu direcionamento a outras populações convocam profissionais e pesquisadores da área a refletir acerca das necessárias e inevitáveis adaptações e transformações que toda realocação de um fazer implica (Boarati, Sei, & Arruda, 2009; Costa, Mombelli, & Marcon, 2009; Finkel, 2009; Menezes, López, & Delvan, 2010); contudo, alguns autores destacam certa inadequação dos dispositivos terapêuticos quando da inserção da clínica psicológica, principalmente daquela de orientação psicanalítica, em unidades básicas de saúde, ambulatorios ou qualquer outro serviço que em alguma medida seja diferente do consultório particular (Bezerra Jr., 1987; Figueiredo, 1997; Ropa & Duarte, 1985; Seixas, 2011). Diante deste contexto, o presente artigo objetivou investigar como crianças que estão em atendimento psicológico na rede básica de saúde representam a sua psicoterapia.

Tendo em visto que o estudo foi desenvolvido junto a um serviço que oferta psicoterapia psicanalítica, os dados coletados foram analisados a partir da teoria da Psicanálise. Deste modo, ao longo da introdução, onde são abordados diversos autores clássicos da análise com crianças, são empregados os termos “analista” e “análise”, para respeitar a terminologia utilizada pelos próprios autores; mas na seção de resultados são empregados os termos “psicoterapeuta” e “psicoterapia”, uma vez que a pesquisa trata de atendimento psicológico, e não de análise propriamente dita.

A PSICOTERAPIA DE CRIANÇAS

A clínica com crianças apresenta especificidades que a distinguem 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 (Dolto, 1971/1984; Sigal, 2002). 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.

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, assim como o seu aparelho psíquico, está em construção (Sigal, 2002), não é possível nos valermos das livres associações na análise de crianças (Dolto, 1971/1984). O brincar, assim, devido à sua função, constitui, na clínica de crianças, a forma do terapeuta ter acesso às associações do infante e entender o seu inconsciente, uma vez que tanto a brincadeira quanto os materiais e objetos nela utilizados representam alguma outra coisa (Klein, 1975/1997).

Torna-se importante salientar aqui que a brincadeira não é a única via de expressão da criança 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 ela usa para compartilhar determinado conteúdo, ganham significado quando analisados 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) observa que, a partir dessa fala da criança, é estabelecida uma espécie de “conversação” entre terapeuta e paciente, em que o analista provoca discursos variados no analisado através, por exemplo, da devolução de perguntas que a criança lhe faz.

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. Como estas experiências geralmente são acompanhadas por sentimentos de angústia e ansiedade na criança ou despertam esses

sentimentos, a interpretação do material trazido por ela 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 em outras áreas do seu interesse. A sensação de alívio proveniente da resolução de certa quantidade de ansiedade, juntamente com o ganho em prazer, fornece o incentivo de 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). Não obstante, o paciente, seja qual for sua faixa etária, só se sentirá estimulado para entrar em análise se estiver angustiado, isto é, se apresentar algum sofrimento psíquico.

O tratamento só deveria ser finalizado 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 de 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 (Dolto, 1971/1984).

Com o intuito de levantar em que sentido têm se desenvolvido as pesquisas no campo da psicoterapia infantil, realizou-se, em março de 2011, uma busca na base de dados em Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Nesta busca foram utilizados os descritores “psicoterapia da criança” e “psicoterapia infantil” para encontrar textos completos em português. O estudo ocupou-se dos que se encontravam indexados nos 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 certa escassez de estudos nesta área (Deakin & Nunes, 2008, 2009). 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, infere-se a importância de 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 representam 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 psicoterapia.

Entendem-se como representações as produções que organizam e guiam os comportamentos e as relações que o sujeito estabelece com o meio social. Tais produções não são oriundas apenas de observações e análises individuais do ambiente, elas são também fabricações sociais destinadas a apreender, interpretar e elaborar o mundo concreto para, em seguida, responder aos estímulos dele provenientes. Como o sujeito representa em grupo, suas representações encontram-se atreladas ao contexto em que ele se insere, sendo estas influenciadas por fatores psicológicos, históricos, sociais e culturais (Mezan, 2002; Moscovici, 1978).

MÉTODO

Participantes

Para a execução deste estudo investigou-se a representação de psicoterapia de oito crianças com idades entre cinco e doze anos incompletos que recebiam atendimento psicológico em uma instituição pública de saúde. Todas as crianças eram participantes de um projeto maior, intitulado “*Psicoterapia de crianças em instituição pública de saúde: novas perspectivas a partir do olhar da criança*”, o qual visava identificar como crianças que estavam em atendimento psicológico na rede básica de saúde representam a sua psicoterapia e o seu psicoterapeuta. O número de sujeitos participantes foi definido em função do critério de saturação (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008). As crianças que integraram o estudo receberam atendimento psicológico de orientação

psicanalítica por pelo menos cinco meses, em um serviço de Psicologia de uma unidade básica de Saúde (UBS) de uma cidade do Interior do Rio Grande do Sul. Tal serviço era prestado pelo Curso de Psicologia de uma instituição federal de ensino superior e desenvolvido pelos acadêmicos deste curso. Ao longo do ano de terapia a criança era atendida pelo mesmo estagiário, e, caso fosse indicada a continuidade do tratamento, com a mudança do ano mudava-se também o terapeuta.

Instrumentos

Para alcançar o objetivo proposto foi realizado um estudo qualitativo (Creswell, 2007). Além disso, 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 histórias também de modo livre. Alguns estudos que já utilizaram o D-E alcançaram, através de sua aplicação, os objetivos propostos nas pesquisas (Ávila, Tachibana, & Vaisberg, 2008; Costa et al., 2009; Pontes, Cabrera, Ferreira, & Vaisberg, 2008; Quintana, Arpini, Pereira, & Santos, 2007; Russo, Couto, & Vaisberg, 2009).

Técnica que possibilita à 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, e em seguida a criança é estimulada a contar uma história relacionada ao esse desenho. Concluído este trabalho, 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 história 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 psicoterapia com crianças, a saber: 1) o desenho da sala onde a criança era atendida; 2) o desenho da criança na terapia; e 3) o desenho do terapeuta da criança. Tal sequência foi definida pelos autores do presente

artigo porque atende ao seu objetivo. 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, consequentemente, de histórias com determinado tema (Trinca & Tardivo, 2002). A sequência dos três D-E foi desenvolvida junto a cada criança ao longo de um mesmo encontro. Todas as aplicações da técnica foram realizadas pelo autor do presente artigo.

Análise dos dados

A avaliação dos dados – tanto dos desenhos como das histórias – 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, ou seja, o que era comum e se repetia nos desenhos e nas histórias. Após a análise, o material coletado foi agrupado em duas grandes categorias: a) A representação de psicoterapia, apresentada aqui: e b) A representação de psicoterapeuta, a qual será trabalhada em um futuro artigo. Utilizou-se a teoria psicanalítica como referencial para a discussão dos resultados, buscando-se com isto a compreensão de como a criança que realizou atendimento psicológico em instituição pública de saúde representa a sua psicoterapia.

Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino superior em que se realizou o estudo, o qual o aprovou sob o registro 0259.0.243.000-10. Na realização do estudo foram respeitadas as normas vigentes sobre pesquisas que envolvam seres humanos. Para 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).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As crianças que participaram do estudo representaram a sua psicoterapia enquanto um espaço onde, no dizer delas, “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 como um lugar lúdico, repleto de brinquedos, jogos e material para desenhar. Tal aspecto presente nos desenhos e nas estórias caracteriza a psicoterapia como – no dizer das crianças – “*uma casa pra eu entrar e brincar*” (Criança 8, F, 6 anos), uma vez que “*lá tem bastante brincadeira*” (Criança 5, F, 5 anos).

Pelo destaque dado pelas crianças aos recursos lúdicos da terapia e ao brincar pode-se pensar na valorização destes enquanto dispositivos terapêuticos que lhes possibilitam abordar, comunicar e trabalhar os seus conflitos e sofrimentos (Dolto, 1971/1984; 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 sobre 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 a suspeita de ter sofrido abuso sexual, disse que no atendimento tem “*jogos de perguntas e jogo do amor que a gente inventou ... 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*”.

Seja por não conseguir fornecer em grau suficiente as associações de fala, seja pelo fato de a ansiedade inerente à sua problemática a impedir de abordá-las de maneira direta, a criança se vale do brincar como via de representação (Dolto, 1971/1984; Klein, 1975/1997; Sigal, 2002). Brincando, a criança coloca pensamentos em atos, dramatizando e revivendo experiências e fantasias significativas no espaço terapêutico (Klein, 1975/1997), conseguindo assim controlar as suas angústias, ideias, conflitos e impulsos (Winnicott, 1957/1982).

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 desenho abaixo (figura 1) o menino assim representou a si e a sua terapeuta: “... *brincando com os bonecos e ela tá conversando comigo*”:



Figura 1. Criança 4, M, 11 anos. Desenhou o balde com as peças, ele, a psicóloga, os bonecos na caixinha, um 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 como 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).

Perguntadas sobre o que se falava durante as sessões de psicoterapia duas crianças assim responderam: “... *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 se falava sobre qualquer coisa. O falar na terapia vinha atravessado pela demanda apresentada pelos responsáveis pelo 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). Dos dados coletados pode-se inferir que, para as crianças, o falar ou conversar também se 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).

Através dos desenhos-estórias, pôde-se perceber que tanto o brincar quanto o conversar foram valorizados pelas crianças como 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 seus conflitos durante o tratamento.

É importante o psicólogo trabalhar na linguagem da criança, não cobrando que o infante fale quando ele quer brincar, ou vice-versa. Caso contrário, o profissional corre o risco de não respeitar o paciente, suas características e a forma como ele consegue lidar com seus conflitos naquele dado momento. Estabelecer *a priori* uma forma de comunicação para a criança – por exemplo, dar preferência à fala ou ao brincar – pode levá-la a certa confusão ou descontentamento 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); “*Ela gosta de conversar sobre mim ... E eu acho que eu não gosto é de conversar com ela. 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).

Nessas falas as crianças mostram que preferem brincar, ao passo que, em 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 como uma figura ameaçadora (Sandler, 2001). Assim, por entender que lidar com as suas questões e problemas – principalmente de forma direta, por meio da fala – é por vezes muito difícil e ansiogênico, a criança pode preferir brincar. Tal “preferência” pode dever-se também ao fato de a criança não conseguir colocar em palavras os conflitos vivenciados fora do espaço terapêutico. Além disto, por meio do brincar a criança ainda pode assumir de forma ativa aquilo que

geralmente vive passivamente, o que a ajuda 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 – está demonstrando que confia na sessão para trazer e compartilhar suas questões. Deste modo, os pacientes, à medida que vão identificando na pessoa do psicólogo 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 terapêutico quanto na própria figura do profissional, visto que se sentem 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-se a estes como lugares *onde guardavam as suas coisas* (Criança 3, M, 9 anos). Este “guardar as suas coisas” deixa perceber que a criança tem o espaço terapêutico como um lugar confiável, onde ela pode se colocar por acreditar que as suas vivências, sentimentos e pensamentos recebem ali uma atenção e um cuidado todo especial.

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*”, destaca o entendimento destes pacientes sobre o valor que a terapia teve para eles e o uso que puderam fazer dela. A partir do que a literatura nos mostra, podemos pensar que os participantes do estudo experienciaram alguma sensação de alívio ao longo de suas sessões de psicoterapia, proveniente da resolução de certa quantidade de ansiedade, pois a terapeuta, ao oferecer o incentivo de que as crianças precisavam para prosseguir com o trabalho terapêutico, orientou-as na direção do tratamento (Klein, 1975/1997; Sandler, 2001; Winnicott, 1979/1983).

Tal percepção dos pacientes sobre os ganhos obtidos através da psicoterapia também pode ser corroborada por um dos desenhos feitos pela Criança 7 (F, 6 anos). Ao realizá-lo, a menina assim explicou o motivo de ter desenhado terra: “*... 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 et al., 2009). Diante de um mundo por vezes assustador e ameaçador (durante a aplicação, a criança contou que a mãe a assustava dizendo: “*olha a Maria degolada*”, deixando a menina com medo e sem conseguir dormir durante a noite), o apoio dado pela psicoterapia é o que possibilita à 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 e assim se sinta melhor no ambiente e no contexto familiar em que está inserido.

Como as crianças apresentaram essa noção de psicoterapia como um lugar destinado a mudanças, ganhos e melhoras, pois ali elas eram auxiliadas pela terapeuta – “... *ela me ajudava*” (Criança 3, M, 9 anos), quando termina a demanda pelo atendimento psicológico, termina também a relação profissional 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 angústias, impulsos e ideias (Winnicott, 1957/1982, 1986/2005), atravessando sem maiores conflitos e aflições as dificuldades inerentes ao viver (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 ... 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: o fato de o tratamento estar atrelado à queixa dos responsáveis pela criança, ou, quando a família chega ao serviço encaminhada pela escola ou pelo médico, estar vinculado ao que estes apontaram como “comportamentos desajustados” na criança (Sigal, 2002). Assim, muito comumente acontece que o atendimento é encerrado quando a demanda parental foi satisfeita, resolvida ou amenizada, não sendo

muitas vezes levada em consideração a demanda do infante por psicoterapia. O motivo disto geralmente é que o atendimento implica alguma perda por parte do adulto que o acompanha, o qual perde um turno de trabalho por semana ou não pode cuidar dos filhos, além de ter que arcar com os custos do deslocamento até o local do serviço (Figueiredo, 1997).

Independente de o tratamento ser 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).

Neste sentido, diante do fim do vínculo terapêutico e do sentimento de perda que este causa à 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, 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, o que indica que, além de querer se lembrar da figura do terapeuta, a criança também pode querer ser

lembrada por esta. O desenho a seguir (figura 2) corrobora este primeiro aspecto.



Figura 2. 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 da criança quando do final da terapia é entender o porquê de ela não ir mais ver a sua terapeuta e continuar frequentando a sala de atendimento. A estória a seguir mostra a tentativa da Criança 7 (F, 6 anos) de buscar uma explicação do que aconteceu para ter acabado o atendimento: “*ela (a psicóloga) chegou na casa dela e ela se sentou no sofá ... Ela tava cansada de tanto conversar e brincar. Aí no outro dia ela acordou e não tinha psicóloga*”.

Essa estória apresentada pela Criança 7 (F, 6 anos) evidencia a importância da relação terapêutica estabelecida e também do final da terapia, pois somente uma relação que tenha sido de fato significativa para a criança a leva a pensar na trajetória do profissional após a saída do “trabalho”. Destaca-se que, para a criança, a psicóloga poderia estar cansada, o que remete à compreensão da psicoterapia infantil como um trabalho que exige do profissional muito empenho e atenção e causa cansaço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O destaque dado pelas crianças aos recursos lúdicos e ao conversar salienta a valorização desses recursos enquanto dispositivos terapêuticos que lhes possibilitam abordar, comunicar e trabalhar os seus conflitos e sofrimentos. Além disto, o tratamento foi experienciado como um lugar destinado a realizar mudanças na criança, para ela alcançar ganhos terapêuticos e melhorar. Por isso, quando a demanda pelo atendimento termina, a relação profissional e o atendimento também acabam.

Não obstante, como frequentemente a terapia está vinculada à queixa parental, sendo o atendimento normalmente encerrado quando a demanda dos responsáveis pela criança é satisfeita, o profissional deve trabalhar com os pais ao longo de todo o tratamento, no sentido de sensibilizá-los quanto às demandas próprias da criança, as quais também devem ser ouvidas e tratadas durante as sessões. Assim, podem aumentar as chances de a psicoterapia não ser interrompida antes das necessidades da criança terem sido consideradas e atendidas.

Por fim, como o presente trabalho teve como objetivo investigar a representação de crianças atendidas em psicoterapia em instituição pública de saúde sobre sua terapia, aqui cabem algumas ressalvas. Os dados coletados não nos permitiram pensar nas especificidades da atuação neste contexto. Com exceção da mudança de terapeuta apontada por algumas crianças – muito comum em atendimentos prestados por estagiários –, nenhum outro dado apontou distinção entre o atendimento clínico público e o privado. Sabe-se que diferenças existem entre um e o outro, uma vez que mudanças são necessárias para que o tratamento ofertado esteja adaptado à realidade do contexto e da clientela; mas os resultados da pesquisa mostram que tais alterações não são tão gritantes a ponto de aparecerem nos dados coletados quando a intervenção em questão é a psicoterapia com crianças. Isso mostra que o fazer da Psicologia, embora mude o contexto, pode manter-se ainda pautado pelos mesmos princípios. Nesse sentido, destaca-se que aspectos importantes que norteiam a prática da psicoterapia psicanalítica, como *setting*, aliança terapêutica, contrato e transferência, puderam ser observados nas produções das crianças participantes do estudo.

Além disto, pode-se pensar quanto existe em termos de serviços de qualidade prestados no âmbito público, uma vez que a terapia foi vivenciada pelas crianças do modo como ela deve ser - independentemente do lugar em que ela se dê e das pessoas atendidas: ou seja, um espaço destinado a realizar mudanças no paciente para que este alcance ganhos terapêuticos e experimente melhoras em suas condições psicológicas. Se por um lado não podemos afirmar que todos os serviços de Psicologia prestados no setor público operam desta forma, por outro, os resultados evidenciam que isto é possível. Este estudo também tem relevância porque 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. Sugere-se ainda a realização de estudos que abordem a temática da representação de psicoterapia infantil a partir de outras perspectivas teóricas.

REFERÊNCIAS

- Ávila, C. F., Tachibana, M., & Vaisberg, T. M. J. A. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*, 18(39). Recuperado em 10 agosto, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2008000100014&script=sci_abstract&lng=pt.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bezerra Jr., B. (1987). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 133-169). Petrópolis: Vozes.
- 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?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000300008&lng=es&nrm=iso.
- Costa, J. B., Mombelli, M. A., & Marcon, S. S. (2009). Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 26(3). Recuperado em 10 agosto, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- 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?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000100010.
- 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/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2009). Abandono de psicoterapia com crianças. *Revista psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3). Recuperado em 16 março, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082009000300003&script=sci_arttext.
- Dolto, F. (1984). *Psicanálise e Pediatria – As grandes noções da Psicanálise – Dezesesseis observações de crianças*. (Á. Cabral, Trad.). 4ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Original publicado 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). (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1984).
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- 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). Recuperado em 16 março, 2011, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100016.
- 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. Recuperado em 25 março, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000100003&script=sci_arttext.
- 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. (Original publicado em 1920).
- Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. (Obras completas de Melanie Klein; v. II). (L. P. Chaves, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Original publicado em 1975).

- Mannoni, M. (1987). *A criança, sua "doença" e os outros: o sintoma e a palavra*. (A. C. Villaça, Trad.). 3ª Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara. (Original publicado em 1967).
- Menezes, M., López, M., & Delvan, J. da S. (2010). Psicoterapia de criança com alopecia areata universal: desenvolvendo a resiliência. *Paidéia*, 20(46). Recuperado em 16 março, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000200013&lng=pt&nrm=iso.
- Mezan, R. (2002). *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Pontes, M. L. S., Cabrera, J. C., Ferreira, M. C., & Vaisberg, T. M. J. A. (2008). Adoção e exclusão insidiosa: o imaginário de professores sobre a criança adotiva. *Psicologia em estudo*, 13(3). Recuperado em 10 agosto, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000300010&script=sci_arttext.
- Quintana, A. M., Arpini, D. M., Pereira, C. R. R., & Santos, M. S. dos (2007). A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Ciência, cuidado e saúde*, 6(4), 414-423.
- Ropa, W., & Duarte, L. F. D. (1985). Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras. In S. A. Figueira (Org.), *Cultura da psicanálise* (pp. 178-201). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Russo, R. C. T., Couto, T. H. A. M., & Vaisberg, T. M. J. A. (2009). O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. *Psicologia e Sociedade*, 21(2). Recuperado em 10 agosto, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Sandler, A. M. (2001). Sobre interpretação e *holding* na análise de crianças. In R. Grana & A. B. S. Piva (Orgs.), *A atualidade da psicanálise de crianças: perspectivas para um novo século* (pp. 65-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Seixas, S. G. M. (2011). É possível haver a transferência analítica em uma instituição de saúde mental?. *Estudos de psicanálise*, Belo Horizonte, 35, 115-126. Recuperado em 24 julho, 2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- 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*. (Á. Cabral, Trad.). – 6ª ed. – Rio de Janeiro: LTC Editora. (Original publicado em 1957).
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (I. C. S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1979).
- Winnicott, D. W. (2005). *Tudo começa em casa*. (P. Sandler, Trad.). 4ª ed. – São Paulo: Martins Fontes. – (Psicologia e pedagogia). (Original publicado em 1986).

Recebido em 20/10/2012

Aceito em 03/05/2013

Rodrigo Gabbi Polli: mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria, doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dorian Mônica Arpini: doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.