

LILIAN PEREIRA DE MEDEIROS GUIMARÃES

**CRITÉRIOS DE PROGRESSO EM
PSICOTERAPIAS DE CRIANÇAS NA AVALIAÇÃO
DE PSICOTERAPEUTAS**

**PUC-CAMPINAS
2012**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

t618.928914Guimarães, Lilian Pereira de Medeiros.

**G963c Critérios de progresso em psicoterapias de crianças na avaliação de
psicoterapeutas / Lilian Pereira de Medeiros Guimarães. - Campinas:**

PUC - Campinas, 2012.

89p.

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de

LILIAN PEREIRA DE MEDEIROS GUIMARÃES

**CRITÉRIOS DE PROGRESSO EM
PSICOTERAPIAS DE CRIANÇAS NA AVALIAÇÃO
DE PSICOTERAPEUTAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora Prof^a Dr^a Elisa Medici Pizão Yoshida

**PUC-CAMPINAS
2012**

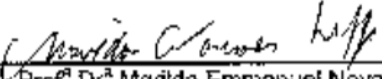
LILIAN PEREIRA DE MEDEIROS GUIMARÃES

**CRITÉRIOS DE PROGRESSO EM
PSICOTERAPIAS DE CRIANÇAS NA AVALIAÇÃO
DE PSICOTERAPEUTAS**

BANCA EXAMINADORA



Presidente Prof^ª Dr^ª Elisa Medici Pizão Yoshida




Prof^ª Dr^ª Marilda Emmanuel Novaes Lipp



Prof^ª Dr^ª Helena Bazanelli Prebianchi



Prof^ª Dr^ª Irani Tomiatto de Oliveira



Prof^ª Dr^ª Kayoko Yamamoto

PUC-CAMPINAS
2012

Aos meus filhos:

Angélica,
Gabriela (in memoriam)
Paulo Eduardo Filho

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	ii
LISTA DE TABELAS.....	iii
LISTA DE ANEXOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
RESUMEN	vii
APRESENTAÇÃO.....	viii
INTRODUÇÃO.....	1
Psicoterapia com Crianças.....	3
Indicadores de progresso em psicoterapias de acordo com o referencial teórico	18
Orientação Psicanalítica.....	18
Orientação Psicodinâmica.....	21
Orientação comportamental e cognitiva.....	23
Orientação Humanista	27
Orientação Integrativa.....	28
Objetivo geral.....	31
Objetivos específicos.....	31
MÉTODO.....	32
PARTICIPANTES.....	32
INSTRUMENTO.....	32
PROCEDIMENTO.....	32
RESULTADO.....	34
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	63

Agradecimentos,

Primeiramente gostaria de agradecer a minha orientadora Prof^a Dr^a Elisa Medici Pizão Yoshida, que é um exemplo de vida, e sem a qual eu não estaria aqui.

Aos profissionais que participaram como sujeitos deste trabalho e que por alguns instantes deixaram suas ocupações para responder o meu questionário e dar um incentivo a pesquisa.

Aos Conselhos Regionais das Regiões 01-DF, 04-MG, 07-RS, 08-PR, 09-GO/TO, 10- PA/AP, 12-SC, 14-MS, 16-ES, 17-RN, por disponibilizarem o meu questionário em seus respectivos *sites*.

A Capes pela bolsa concedida que constituiu motivo de grande apoio e incentivo.

A todos os companheiros da pós-graduação especialmente ao colega Eduardo Kather por ter me ajudado a colocar o meu questionário *on line*.

As funcionárias da secretária de pós-graduação da PUCCAMP, pela atenção e gentileza que sempre me atenderam e orientaram, quanto, aos aspectos formais do curso.

A minha mãe que mesmo morando distante sempre me incentivou e nunca mediu esforços para vir passar um tempo comigo para me auxiliar com meus filhos.

A minha madrinha Iveta pela força e incentivo.

E a todos os familiares e amigos que se sentiram privados da minha atenção e companhia por diversos momentos. Em especial aos meus filhos e marido Paulo Eduardo pelas críticas construtivas e auxílio com os gráficos e tabelas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das frequências relativas (f %) das respostas da amostra total (n=154), aos critérios de avaliação de progresso em sessões de psicoterapia de crianças	34
Tabela 2. Valores mínimos, máximos, médias e medianas de cada critério de mudança na sessão, para amostra total (n=154)	36
Tabela 3. Distribuição das frequências relativas (f %) dos critérios de avaliação de progresso em situações externas às sessões (conforme relato dos pais/ou escola), para a amostra total (n=154)	38
Tabela 4. Principais associações entre a abordagem teórica e os critérios de progresso na sessão de acordo com a Análise de Correspondência Múltipla (ACM)	40
Tabela 5. Principais associações entre a abordagem teórica e os critérios de progresso fora da sessão de acordo com a Análise de Correspondência Múltipla (ACM)	41

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A.....	64
ANEXO B.....	68
ANEXO C.....	69
ANEXO D.....	70
ANEXO E.....	71
ANEXO F.....	72
ANEXO G.....	73
ANEXO H.....	77
ANEXO I	78

RESUMO

Guimarães, Lilian Pereira de Medeiros. Critérios de Progresso em Psicoterapias de Crianças na avaliação de psicoterapeutas. 2012. 89f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia, Campinas, 2012.

Apesar de largamente praticadas, as psicoterapias de crianças contam com um volume bastante reduzido de pesquisas empíricas para a avaliação de sua eficiência. Os estudos disponíveis abarcam uma variedade de temas entre os quais incluem: aspectos do vínculo terapêutico, planejamento da psicoterapia, critérios de indicação, papel dos pais, concepção e aplicabilidade da psicoterapia, instrumentos de avaliação infantil, terapias alternativas, entre outros. Quanto às pesquisas de processos terapêuticos são ainda mais raras e restritas a alguns estudos de casos, nem sempre sistematizados. Este trabalho procurou fazer um levantamento junto a psicoterapeutas de crianças brasileiros, de várias abordagens teóricas, sobre os critérios que consideram relevantes para aferir progresso, tanto dentro da sessão como no ambiente externo segundo o relato da família ou da escola. Os terapeutas foram contatados via e-mail ou tiveram acesso à pesquisa no site de seus respectivos conselhos regionais de psicologia e responderam a um questionário com itens compostos por critérios de mudança positiva, presentes na literatura. A amostra foi composta por 154 terapeutas que fazem atendimento psicoterápico de crianças, destes 89 % são do sexo feminino, com maior concentração de psicoterapeutas na região sudeste e sul (42% e 39%) e com uma média de 11 anos de experiência em psicoterapia infantil. Quanto à abordagem teórica, a maioria era de psicanalistas (50%), seguidos de psicodinâmicos (27%), Comportamental-cognitivistas (19%), Humanista (12%) e 5,% de outras abordagens (análise transacional, junguiana, psicodrama e sistêmica). Os critérios de mudança nas sessões, considerados “muito relevantes” pela maior parte da amostra foram: 3- Demonstra, por meio de jogos e brincadeiras, seus conflitos (78%); 5- Dá demonstrações de confiança no terapeuta (74%); 2- Fala sobre seus medos (67%); 10- Estabelece uma comunicação afetiva com o terapeuta (67%). Em situações externas às sessões (conforme relato dos pais/ou escola), foram considerados critérios “muito relevantes” pela maioria da amostra: 1- Apresenta melhora nos relacionamentos com familiares (pais, irmãos, avós) (85%); 3 - Apresenta melhora nos relacionamentos com colegas de classe e professores (78%); Demonstra interesse em novas atividades (ex. jogos, esportes, música, dentre outros) (62%); 11- Admite seus erros (60%). A Análise de Correspondências Múltiplas (ACM), envolvendo os critérios de mudança na sessão de psicoterapias de criança e a abordagem teórica do participante, sugeriu que, apesar das diferenças teóricas as abordagens valorizam na sessão: a expressão lúdica, a autonomia, a tolerância à frustração sempre em um clima de confiança que é estabelecida através de uma comunicação afetiva com o terapeuta. E fora da sessão de acordo com relato dos pais ou da escola os itens considerados de maior relevância foram aqueles que contemplaram uma melhor expressão da criança, conseguindo se interessar por outras atividades e uma melhora no relacionamento com as pessoas de seu convívio e principalmente com sua família. Estes critérios comuns nos remetem à abordagem integrativa em psicoterapia, principalmente a vertente dos fatores comuns. Isto é, apesar das diferenças entre as abordagens teóricas, os psicoterapeutas parecem se apoiar em critérios semelhantes para interpretar a mudança em psicoterapias infantis.

Palavras-chave: psicoterapia infantil; avaliação; mudança.

ABSTRACT

Guimarães, Lilian Pereira de Medeiros. *Criteria of Progress in Children Psychotherapy in valuation of psychotherapists*. 2012. 89f. Thesis (Doctorate in Psychology) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação Strictu Senso em Psicologia, Campinas, 2012.

In spite of fairly practiced, the Children Psychotherapy depends on some very reduced volume of empirical researchers for its valuation about its efficiency. The available studies encompass a variety of topics that among them include: the aspects of therapeutic link, planning of Psychotherapy, criteria of indication, the parents' roles, conception and applicability of Psychotherapy, instruments of children valuation, alternative therapies, and so on. The researchers of therapeutic processes are even rarer and restricted about some cases of studying, not always systematized. This work tried make a survey always together with Brazilian children psychotherapists of several theoretical approaches, about the criteria that consider important to check progress, as much in the session as in external ambient in accordance with the family's or school's report. The therapists were contacted by e-mail or they had access to the research in the site of them respective regional council of Psychology and answered to a questionnaire with items composed with positive changing criteria present in the Literature. The sample was composed by 154 therapists that attend to children, 89% of them are girls, with bigger concentration of psychotherapists in Southeast and South regions (42% and 39%) and with an average of 11 years of experience in Children Psychotherapy. About theoretical approach, the most part were psychoanalysts (50%), followed by psychodynamics (27%), behavior cognitivists (19%), humanistic (12%) and 5% of others approaches (transitional, junguiana, psychodrama and systemic analysis). The criteria of changing in the sessions considered "outstanding" for the most part of the sample were: 3) It demonstrates through games and jokes, their conflicts (78%); 5) It gives demonstrations of confidence with the therapists (74%); 2) It treats about their fear (67%); 10) It establishes an emotional communication with the therapist (67%). In external situations of the sessions (in accordance to the parents' or school's report), criteria were considered "very important" for the most part of the sample: 1) It presents improvement in the relationships with relatives (parents, brothers, grandparents)-85%; 3) It presents improvement in the relationships with classmates and teachers (78%); It demonstrates interest in new activities (ex. games, sports, music and others) (62%); 11) It admits their mistakes (60%). The Analysis of Multiple Correlations, including the criteria of changing in session of Children Psychotherapies and the theoretical lapproaches of the participant, suggested that, in spite of the theoretical differences, all the approaches give some value to the session: the jokes, the autonomy, the tolerance, the frustration always in a confidence climate, that is established through an emotional communication with the therapist. And out of the session in accordance to the parents' or school's report the items considered more important were those that considered a better child expression getting to be interested in other activities and an improvement in the relationship with other people, that they live with, and mainly with their families. These common criteria take us to the complete approach in Psychotherapy, principally the beginning of the common factors. In spite of the differences among the theoretical approaches, the psychotherapists seem to support on the same criteria to interpret the changing in Children Psychotherapy.

Key words: Children Psychotherapy, valuation and changing.

RESUMEN

Guimarães, Lilian Pereira de Medeiros. *Criterios para el progreso del niño Psicoterapia en la evaluación de los psicoterapeutas*. 2012. 89f. Tesis (Doctorado en Psicología) - Pontificia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia, Campinas, 2012.

Aunque la psicoterapia práctica generalizada de los niños tienen un volumen muy reducido de la investigación empírica para evaluar su eficiencia. Los estudios disponibles abarcan una amplia gama de cuestiones entre las que incluyen: aspectos de la planificación terapéutica de los criterios de indicación de psicoterapia, el papel de los padres, el diseño y aplicación de la psicoterapia, las herramientas de evaluación del niño, las terapias alternativas, entre otros. En cuanto a la investigación de los procesos terapéuticos son aún más raros y se limita a estudios de casos, no siempre sistemática. Este estudio trata de hacer una encuesta entre los psicoterapeutas de niños brasileños de diversos enfoques teóricos, sobre los criterios que consideren pertinentes para evaluar el progreso, tanto dentro de la sesión en el entorno externo según lo informado por la familia o la escuela. Los terapeutas fueron contactados por correo electrónico o tener acceso a la búsqueda en el sitio a sus respectivos consejos regionales en la psicología y completaron un cuestionario compuesto por elementos con los criterios de cambio positiva en la literatura. La muestra consistió en 154 terapeutas que la psicoterapia de niños, de estos el 89% son mujeres, con mayores concentraciones de los psicoterapeutas en el sureste y el sur (42% y 39%) con un promedio de 11 años de experiencia en psicoterapia infantil. En cuanto al enfoque teórico, la mayoría eran psicoanalistas (50%), seguido por psicodinámica (27%), cognitivo-conductual (19%), humanos (12%) y el 5% de otros enfoques (análisis transaccional, el psicodrama jungiano y sistémica). Los criterios para el cambio en los períodos de sesiones, consideró "muy importante" por la mayoría de la muestra fueron: 3 - Demuestra, a través de juegos y el juego, sus conflictos (78%) 5 - Dar muestras de confianza en el terapeuta (74%); 2 - Hable acerca de sus temores (67%), 10 - Establece una comunicación afectiva con el terapeuta (67%). En situaciones fuera de las sesiones (como se informa / padre o la escuela), los criterios se consideraron "muy importante" por la mayoría de la muestra: 1 - Muestra la mejora en las relaciones con la familia (padres, hermanos, abuelos) (85%) 3 - Muestra mejora en las relaciones con compañeros y profesores (78%) Demuestra interés en las nuevas actividades (por ejemplo, juegos, deportes, música, entre otros) (62%), 11 - admitió sus errores (60%). Un Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM), que incluye el cambio de criterios para la sesión de psicoterapia infantil y el enfoque teórico de los participantes, sugirió que, a pesar de todo el valor de la diferencia teórica acerca de la sesión: la expresión lúdica, la autonomía, la tolerancia frustración siempre en un clima de confianza que se establece a través de una comunicación afectiva con el terapeuta. Y fuera de la sesión de acuerdo a los informes de los padres o artículos escolares consideran más importantes son aquellos que contemplan una mejor expresión de que el niño se está interesado en otras actividades y una mejora en las relaciones con las personas que asocian con su familia y, especialmente, Estos criterios se refieren a un enfoque común en psicoterapia integradora, especialmente la parte de los factores comunes. Esto es a pesar de las diferencias entre los enfoques teóricos, los psicoterapeutas parecen basarse en criterios similares a interpretar el cambio en psicoterapia de niños.

Palabras clave: psicoterapia de niños, la evaluación, el cambio.

Apresentação

Desde minha graduação em psicologia, o atendimento infantil me interessou. Apesar de fazer também atendimento de adultos e o meu mestrado ter sido com esta clientela, nunca deixei de dar atenção às crianças, seja no consultório, ministrando aulas, ou como supervisora de estágio clínico infantil em diversas Universidades e Faculdades em que tive a oportunidade de trabalhar.

Algo que me chama atenção na psicoterapia infantil é que várias abordagens se dedicam a este atendimento e obtêm êxito, mas será que utilizam de quais critérios para afirmar que houve mudança?

Assim esta pesquisa teve o intuito de identificar alguns critérios de mudança considerados relevantes e têm sido empregados por psicoterapeutas como indicativos de progresso da psicoterapia infantil. Pretende-se que este estudo possa permitir uma melhor sistematização do estudo em psicoterapia infantil. Além de ser útil como instrumento para aprendizado de estudantes.

Outro fator importante é que estes critérios poderão impulsionar as pesquisas em psicoterapia infantil.

Desta forma, o que foi proposto neste estudo, foi identificar os critérios considerados relevantes por terapeutas de diversas abordagens e verificar se são contemplados teoricamente e também verificar se psicoterapeutas de abordagens diversas guiam-se por critérios diferentes para avaliar os processos psicoterapêuticos sob sua condução.

Com este fim este trabalho foi organizado primeiramente fazendo um levantamento bibliográfico de quando se começou a se dar a devida atenção à infância, depois fez-se uma busca de estudos em psicoterapia infantil, a seguir descreveu-se teoricamente o que cada abordagem considera progresso em psicoterapia infantil e logo após foram enunciados os objetivos. Em seguida descreve-se o método utilizado, posteriormente indicam-se os resultados alcançados e por fim a discussão e conclusões.

Introdução

De acordo com o dicionário de Psicologia de Cabral e Nick (2006), infância é o período durante o qual um ser humano ou qualquer outro mamífero se encontra quase inteiramente na dependência dos cuidados parentais. E o desenvolvimento infantil é definido como sendo objeto de estudo interdisciplinar das transformações que ocorrem numa criança desde o nascimento até a maturidade, englobando os aspectos físicos, processos mentais, comportamentais, regime de transformações, dados sociológicos e disposições sociais que influem, de diferentes maneiras, na criança. Quanto ao período de tempo compreendido pela infância, aqueles autores defendem que se estende desde o primeiro ano de idade até o início da adolescência (12-13 anos). O limite de 12 anos também é adotado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, mas ultrapassa, por exemplo, o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (1990), que delimita a infância ao período da vida humana compreendido do nascimento até os 10 anos de idade. O critério cronológico também é adotado pela Convenção Sobre os Direitos da Criança da Unicef (1989/1990), ao estabelecer o limite de dezoito anos, exceto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo.

O que não se pode deixar de ressaltar é que a distinção pretendida pelo legislador não coincidiu com a evolução biológica de uma fase para outra. Na realidade, os conceitos de criança e adolescente e seus limites etários são variáveis de país para país (Albergaria, 1991). Assim percebe-se que há várias definições para infância, mas o que chama atenção é que enquanto algumas dão ênfase a uma idade e/ou ao físico, outras se preocupam com os aspectos emocionais (Cabral & Nick, 2006). Há ainda que se mencionar que o conceito de infância, enquanto fase da vida do ser humano, não tem mais de dois séculos de existência, como demonstrou Ariès (1978 / 1981). De acordo com este autor, por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância, provavelmente devido ao fato de que àquela época as crianças eram consideradas homens de tamanho reduzido. A mortalidade infantil era muito alta e talvez, por esse fator, a criança só era considerada sujeito quando passava do risco de morrer.

Somente após a possibilidade de prevenção da morte, de um grande número de crianças no século XX, com as novas técnicas da medicina permitindo o prolongamento da vida, é que um novo olhar sobre a infância se estabeleceu: a permanência da criança no mundo. A infância adquiriu o status de categoria social (Arroyo, 1994). Desta forma surge uma preocupação com a educação da criança e com sua integridade física e

emocional. Neste contexto, novas áreas da ciência, como a pediatria e a psicologia consagram-se como áreas de saber dedicadas à compreensão e tratamento de desvios do desenvolvimento da infância.

Hoje, a infância é efetivamente considerada uma etapa relevante do desenvolvimento humano em termos de saúde mental, pois conforme largamente documentado por pesquisas empíricas ao longo da segunda metade do século XX, alterações nesta faixa etária podem comprometer as etapas posteriores (Robins & Rutter, 1990; Weiss & Hechtman, 1986). E mais, estudos epidemiológicos indicam incidência relativamente alta de transtornos mentais e comportamentais durante a infância e adolescência.

O Relatório sobre a Saúde no Mundo (Organização Mundial da Saúde, 2001) faz um levantamento da prevalência geral de transtornos mentais e comportamentais em crianças e constata que estudos realizados na Alemanha, por exemplo, já mostravam, nos anos 60, uma prevalência de transtornos mentais da infância e adolescência de 20,7%. Percentuais semelhantes foram encontrados posteriormente, nos anos 90, na Espanha 21,7%, Estados Unidos 21,0% e Suíça 22,5%. Dados americanos mostram uma incidência de transtornos de conduta entre 6 a 16% dos meninos e em 2 a 9% das meninas (Rojas, 1997). Estudo mais recente no Brasil, com crianças e adolescentes brasileiros, aponta uma incidência de depressão em 12,5% na população infanto-juvenil em Recife, 22% na Paraíba e 21% em São Paulo (Cruvinel & Boruchovitch, 2004).

Ainda de acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde (2001), nos Estados Unidos, os dados mostram que embora um de cada dez jovens sofra de doença mental suficientemente grave para causar certo nível de prejuízo, menos de um em cada cinco recebe o tratamento necessário. E, nos países em desenvolvimento, estima-se que esta discrepância seja ainda maior. Além disso, muitas disfunções identificadas na infância e na adolescência como retardo mental, autismo, transtorno de conduta, hiperatividade ou depressão, têm consequências ao longo da vida (Robins & Rutter, 1990; Weiss & Hechtman, 1986). O prejuízo resultante destes transtornos pode ser alto, incluindo déficits no desempenho acadêmico, envolvimento em atos de violência na comunidade, dificuldades em manter vínculos afetivos e sociais, dependência de drogas e suicídio. A população infanto-juvenil encontra-se frequentemente exposta a riscos, como nascimentos em famílias monoparentais, nascimentos decorrentes de gravidez na adolescência, maus tratos na família, divórcio dos pais, abuso de substâncias na família, violência na comunidade e pobreza extrema (Masten & Coatsworth, 1998). Isto

então, reforça a importância da intervenção precoce, não só para reduzir o sofrimento das crianças e dos adolescentes, mas também para evitar ou atenuar transtornos na idade adulta.

Atualmente, a grande maioria das crianças com necessidades de cuidados no âmbito da saúde mental em países em desenvolvimento não recebe qualquer tratamento ou assistência. O desafio imediato está em gerar recursos suficientes para os cuidados primários de saúde, para garantir a identificação precoce e tratamento de transtornos mentais entre as crianças. Estes distúrbios fazem parte dos objetivos estratégicos e são considerados como prioridade pelo Programa de Ação em Saúde Mental da OMS 2008-2012, lançado em 2008 (OPAS/OMS, 2008). Dentre as formas de intervenção disponíveis para o atendimento de crianças, destacam-se as psicoterapias, objeto mais específico do presente estudo.

Psicoterapia com Crianças

A psicoterapia com crianças pode ser definida como uma intervenção que visa atender problemas diversos, que causam estresse emocional, interferem no dia-a-dia da criança, dificultam o desenvolvimento das habilidades adaptativas e/ou ameaçam o bem-estar da criança e dos outros à sua volta (Weisz, Jensen-Doss & Hawley, 2006). Distingue-se, portanto de outras formas de intervenção que abrangem uma grande variedade de serviços sociais, como: escola, comunidade e programas propostos por entidades assistenciais e também hospitalares (Rapoport, 1987; Wells & Biegel, 1991). Enquanto modalidade de intervenção psicológica, a psicoterapia é de especial interesse por várias razões: pode evitar desvios de conduta que interferem na sociedade, o uso de intervenções mais restritivas, onerosas e perturbadoras para criança como, por exemplo, a internação hospitalar. E segundo, Kazdin (1992), mesmo quando programas mais restritivos são utilizados, cabe muitas vezes à psicoterapia o ônus da mudança desejada. Corroborando esta afirmação, Lonigan, Elbert e Bennett (1998), ao revisarem estudos e seguimentos de pacientes submetidos a psicoterapia de crianças, verificaram que, em média, 80% das crianças apresentaram melhora na avaliação de segmento de psicoterapias, taxa significativamente superior à encontrada em crianças sem nenhum atendimento.

No que tange ao espectro de aplicação das psicoterapias, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV-TR, 2002) apresenta a descrição de

diversos transtornos que podem surgir na infância e adolescência, e cujo tratamento poderia se constituir de uma modalidade psicoterapêutica utilizada isoladamente, ou combinada com outras formas de intervenção, como medicação e/ou de cunho social e educacional. As principais categorias incluem, retardo mental, transtornos da aprendizagem, transtornos globais do desenvolvimento, ansiedade, transtornos perturbadores do comportamento, distúrbios alimentares. Cada categoria inclui subtipos específicos. Além disso, muitos outros transtornos não são considerados como únicos da infância e, nesses casos, são utilizados critérios semelhantes ou idênticos aos de adultos para o diagnóstico. Dentre eles pode-se citar como exemplos: o transtorno do humor, transtorno obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático, desordens e abuso de substâncias, entre outros (Maser, Kaelber & Weize, 1991).

E, ainda, é preciso notar que há muitas situações na infância que demandam atendimento clínico, apesar de não se aplicar a elas categorias nosológicas específicas. Assim, a psicoterapia é também indicada a uma variedade de outras condições e circunstâncias tais como, as perturbações de ajustamento temporário (por exemplo, separação ou divórcio dos pais), efeitos de vitimização (por exemplo, física ou abuso sexual), e domínios relacionados com a saúde (por exemplo, a adesão ao tratamento médico para algumas doenças crônicas, a dor ou o estresse com testes ou tratamentos invasivos) (Kratowill & Morris, 1991; Mash & Barkley, 1998).

Apesar de largamente praticadas, as psicoterapias infantis contam com um volume relativamente reduzido de pesquisas empíricas para a avaliação de sua eficiência e de sua eficácia. O interesse pela investigação sobre resultados de psicoterapias surgiu há relativamente pouco tempo. A primeira investigação empírica sobre a eficácia de psicoterapias foi realizada por Eysenck (1952) que focalizou mais a psicoterapia no geral, quanto às investigações das psicoterapias infantis surgiram com Levitt (1957, 1963), que chegou às mesmas conclusões que Eysenck, que crianças e adolescentes que receberam tratamento psicoterápico desenvolveram-se da mesma forma daqueles que não receberam (Kazdin, 1993). O impacto das suas conclusões serviu de estímulo para críticas e reavaliações que mostraram que, os métodos utilizados por ele na pesquisa não permitiam conclusões claras sobre a eficácia dos tratamentos.

Posteriormente, Casey e Berman (1985) analisaram 75 estudos (entre 1952 e 1983), em que crianças de 3 a 15 anos que estavam em psicoterapia foram comparadas com um grupo controle. Este estudo incluía uma ampla gama de problemas clínicos e tratamentos com abordagens diferenciadas (psicodinâmicos, centrados no cliente,

comportamental, cognitivo-comportamentais). Os resultados mostraram que as crianças que receberam tratamento tiveram em média 76% mais melhoras em seus sintomas do que as que não receberam nenhum tratamento. A conclusão foi de que a psicoterapia está claramente estabelecida como base de efetiva melhoria dos sintomas em crianças.

Os estudos, disponíveis, abarcam uma variedade de temas atinentes às psicoterapias, conduzidas segundo diferentes orientações teóricas e segundo delineamentos metodológicos diversos. Uma revisão extensiva do tema extrapolaria o escopo deste trabalho, motivo pelo qual apenas alguns exemplos serão apresentados a seguir, a título de ilustração. Um dos temas que têm sido focalizados pelas pesquisas seria a relevância do vínculo terapêutico para o resultado da psicoterapia de crianças com severo transtorno de desenvolvimento. Nesse sentido, o estudo de Marques e Arruda (2007) discute a formação de vínculo terapêutico de uma criança de oito anos com diagnóstico de autismo infantil. O estudo, desenvolvido segundo o método clínico-qualitativo, analisa um atendimento psicoterápico de 16 meses, conduzido de acordo com a orientação psicodinâmica. Foi possível discutir alguns aspectos fundamentais para a formação do vínculo paciente-psicoterapeuta que são: a configuração do *setting* terapêutico, o processo de discriminação eu/não eu, o processo de construção da identidade da criança, a função de *holding*, definido por Winnicott (2008/1964) como, o olhar integrador da mãe que ao transmitir seu calor e cuidados, permite ao bebê sentir-se como um ser distinto e seguro. Estes aspectos permitiram que o paciente desenvolvesse um bom vínculo afetivo com o psicoterapeuta, tão difícil de ser alcançado em pacientes autistas.

Dada a importância que é usualmente atribuída, do ponto de vista teórico, à relação entre aspectos da figura materna e o desenvolvimento mental da criança, algumas pesquisas focalizam a relação entre aspectos da saúde mental das mães e os problemas das crianças. Por exemplo, Swartz et al (2006) relataram altas porcentagens de depressão entre mães que trazem seus filhos para uma clínica pediátrica de saúde mental para tratamento. Neste estudo, constatou-se que 61%, das mães preenchem critérios para o diagnóstico de depressão. E dois terços destas não estavam recebendo tratamento psiquiátrico. Percebe-se que o total da porcentagem de doenças psiquiátricas em mães trazendo crianças para cuidado de saúde mental é alto, sugerindo que este é especialmente um grupo de alto risco.

Há um estudo de caráter exploratório (Rossetto et al 1999) que sugere que os núcleos depressivos encontrados nas crianças estariam diretamente ligados às figuras

parentais e à natureza das relações que estabelecem com seus filhos, pois, pais nervosos e agitados ou depressivos colaborariam para o desenvolvimento desta característica em seus filhos. Esta pesquisa investigou a depressão infantil por meio do método de Rorschach, em 20 crianças, e os resultados apresentaram elevado grau de insegurança e falta de interesse em estabelecer vínculos afetivos. As análises das respostas ao Rorschach também sugeriram conflitos nas relações interpessoais e dificuldade em desenvolver interesses complexos e diferenciados, o que foi interpretado pelos autores como sugestivo da presença de núcleos depressivos nesta população.

Em pesquisas atuais, os sintomas da criança têm sido interpretados como reflexo de aspectos da dinâmica familiar. Em um estudo de caso realizado por Sei, Souza e Arruda (2008), por exemplo, considerou-se que o desenvolvimento emocional da criança, caracterizado por maior autoestima e confiança tanto no tratamento como externamente (casa, escola), teria sido incrementado pelo acompanhamento concomitante da mãe. Além disso, o tratamento teria tido efeito positivo sobre a mãe, na medida em que ela pode rever alguns de seus conflitos pessoais, ao longo do atendimento. Além da mãe, aspectos da dinâmica com os demais membros do grupo familiar também se encontram relacionados ao atendimento dos pais, concomitante ao atendimento da criança (Gomes & Iyama, 2001; Oliveira, 2002).

Outro exemplo seria o relatado por Hachet (2006), que também relacionou o sintoma da criança com a dinâmica familiar. Os pais separaram-se quando a criança tinha 18 meses e tinham sua guarda compartilhada, até as primeiras revelações de abuso sexual, praticadas pelo tio paterno e o pai. Para preservar o amor e a estima do pai a criança cedia às suas chantagens negando à mãe que o pai teria feito alguma coisa com ela. Mas quando sua mãe disse-lhe que não precisava mentir, o menino respondeu que precisava sim mentir, o tempo todo. Assim foi possível observar que a criança se comportava de maneira conveniente para preservar o amor e a estima daqueles que lhe eram próximos, ora mentindo para satisfazer o pai, ora fingindo estar bem para satisfazer a mãe e ora, não se vendo tolerado pelos pais, voltava sua agressividade contra si mesma.

Além do papel dos pais, o planejamento da psicoterapia e os critérios de indicação têm tido outro foco de interesse dos investigadores. O artigo de Oliveira (2002), por exemplo, discute os critérios de indicação para psicoterapia psicodinâmica breve de crianças e pais e sugere que sejam considerados entre os critérios de indicação, o nível de dependência da criança, o quanto os pais se vêm envolvidos no problema,

possibilidades dos pais de tolerar mudanças, possibilidades de estabelecer uma aliança terapêutica, condições psíquicas e nível de desenvolvimento da criança. Além da influência familiar para o êxito terapêutico, outro fator que tem sido abordado pelos autores é o da aliança terapêutica. Ela encontra-se relacionada ao compromisso analítico de estabelecer uma relação na qual analista e paciente, juntos, dão significado ao que acontece entre eles, com um foco particular na mente do paciente. Este compromisso envolve criar condições de segurança e liberdade para a elaboração dos pensamentos internos e comportamento externo e depende, portanto de uma boa aliança terapêutica (Yanof, 2005).

Segundo Meissner (2007), a aliança terapêutica é indispensável em todas as formas de psicoterapia e útil em vários contextos terapêuticos, tanto de adultos como infantis. Shirk, Karver e Brown (2011) analisaram 16 estudos com o intuito de comparar a aliança terapêutica do atendimento adulto com a observada no atendimento infantil. Os resultados revelaram coerência com a literatura adulta, com uma correlação média de 0,22 entre a aliança e os resultados. Nesta mesma direção há os resultados do estudo de Langer, McLeod e Weisz (2011), que investigou se a utilização de manuais de tratamento debilitava a qualidade da aliança terapêutica. Utilizaram 76 atendimentos de crianças, com idades entre 8 e 15 anos, e randomizados em dois grupos: um que foi atendido seguindo o manual e o outro não. A aliança terapêutica foi medida utilizando o Sistema de Codificação Observacional do Processo de Terapia – Aliança (TPOCS-A) e a Escala de Aliança Terapêutica para Criança (TASC). Os resultados mostraram que o grupo em que os terapeutas utilizaram o manual, a aliança terapêutica foi alcançada desde o início, mas que ao longo do tratamento os dois grupos se equipararam em relação a ela.

Para obter uma boa aliança terapêutica, o mais breve possível, Tharinger et al (2008) apresentaram um método em que as crianças recebem o retorno da sua avaliação psicológica por meio de uma fábula. Esta deve ser desenvolvida sob medida. Isto é, seu conteúdo deve ser individual e original, baseado na avaliação das dificuldades e capacidades emocionais da criança e de sua família. As histórias e fábulas têm sido longamente utilizadas na psicoterapia com crianças, mas são razoavelmente novas na avaliação. O estudo verificou que as crianças ficam surpresas e contentes, que o avaliador tenha escrito a fábula somente para elas, e ficam tocadas ao saberem que ele as conhece tão bem. Esta reação reflete a aliança entre a criança e o avaliador e ajuda assim a criar um espaço para a criança ficar aberta para uma nova história. Os pais são

convidados a ajudar a escrever ou revisar a fábula. Esta inclusão estende a aliança entre o avaliador da criança e os pais.

Na linha de estudos exploratórios, há o de Cavalani, Telles, Aribi, Wanderley e Cardoso (2002), em que se investigou o perfil de crianças encaminhadas para clínica-escola. Os autores perceberam uma procura por atendimento psicológico cada vez mais precoce (3 a 5 anos), o que foi interpretado como indicativo de que os pais vêm privilegiando os aspectos emocionais mais cedo e reconhecendo talvez a sua influência no desenvolvimento e crescimento da criança. Ainda no contexto de clínicas-escola, mas de uma outra perspectiva, Prebianchi e Cury (2005) investigaram a compreensão de supervisores e funcionários de clínica-escola sobre a atenção psicológica à criança. Os resultados apontaram que a demanda provém, predominantemente, das escolas e Centros de Saúde e que há falta de disponibilidade técnica e fragmentação do atendimento oferecido. Apesar destas circunstâncias, o atendimento psicológico clínico infantil, realizado neste contexto, tem importância social, pois permite, em certa medida, capacitar as famílias nos cuidados com seus filhos.

Deakin e Nunes (2008) em um estudo de levantamento sobre as pesquisas mais recentes em psicoterapia com crianças, com ênfase na psicoterapia psicanalítica infantil concluíram que até o presente momento, apesar das tentativas de aproximação entre a clínica e o pesquisador, ainda é possível observar certa resistência de muitos profissionais da área a se engajarem no processo de comprovação empírica dos resultados de seu trabalho. Esse fato foi constatado mediante consulta dos mais recentes periódicos sobre o tema. A revisão sistemática realizada pelas autoras comprovou que a ênfase está nas pesquisas de resultados de psicoterapias comportamentais, havendo uma parcela mínima de pesquisas em psicoterapias psicanalíticas e/ou psicodinâmicas.

Contrastando com os estudos de caso que predominam na abordagem psicodinâmica, as pesquisas de fundamentação teórica cognitiva-comportamental seguem, mais frequentemente, delineamento experimental ou quase-experimental. A título de exemplo, apresentam-se abaixo alguns estudos que tiveram como objetivo avaliar a eficácia de psicoterapias infantis.

Um dos primeiros registros de investigação empírica de orientação comportamental no campo da psicoterapia infantil foi o de Mary Coreya Jones (1924) que demonstrou a capacidade para eliminar a fobia de coelhos de um menino de 2 anos de idade. Ela utilizou-se da abordagem comportamental e técnicas como dessensibilização, modelagem e condicionamento no tratamento.

Kendall (1994) realizou o primeiro ensaio clínico controlado com Terapia Cognitivo Comportamental em crianças e adolescentes, com transtorno de ansiedade. A Terapia, chamada de *Coping Cat Program*, consistia em ensinar o paciente a reconhecer seus sintomas de ansiedade, modificar suas cognições negativas em situações ansiogênicas, desenvolver um plano para lidar com a ansiedade, estimular a exposição gradual às situações temidas e o auto-reforço. Participaram 47 crianças e adolescentes, entre 9 e 13 anos de idade, com transtorno de ansiedade excessiva (64%), transtorno de ansiedade de separação (17%) e transtorno evitativo (19%), caracterizado por uma evasão excessiva de contato com pessoas estranhas. Os participantes foram randomizados para Terapia ou para uma lista de espera, de 8 semanas. Após as 16 semanas de tratamento, além da melhora observada nas avaliações de auto-relato e parentais, 66% dos pacientes do grupo experimental não mais preenchiam critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade, comparados com apenas 5% do grupo da lista de espera. Tais resultados se mantiveram por um período de 1 ano. Em uma avaliação de seguimento, após 2 a 5 anos (média 3,5 anos), foram reavaliados 36 desses pacientes e as melhoras nas medidas de auto-relato, parentais e nos critérios diagnósticos, se mantiveram (Kendall & Southam-Gerow, 1996). Posteriormente, Kendall et al (1997) realizaram um estudo similar, com 94 crianças, entre 9 e 13 anos, e encontraram resultados compatíveis. Especificamente, 53% dos pacientes tratados com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) não preenchiam mais critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade, comparados com 6% dos pacientes da lista de espera.

Na TCC também é abordada a influência da família no processo psicoterápico. Nestes sentido tem-se o estudo de Kazdin e Whitley (2003) que desenvolveu um treino em habilidades de solução de problemas, específico para pacientes de 7 a 13 anos, com comportamento agressivo e antissocial. Constataram que quando aplicado em conjunto com treinamento de pais, o referido treino apresentou maior eficácia no controle da agressividade do que quando aplicado isoladamente. Serra-Pinheiro, Guimarães e Serrano (2005), também sugerem que pode haver melhora dos sintomas dos filhos quando os pais recebem orientação. Os autores avaliaram cinco crianças com diagnóstico de transtorno desafiador de oposição (TDO) e transtorno de conduta (TC), antes e depois do treinamento dos seus pais. Os resultados demonstraram que 48,75% diminuíram a gravidade dos sintomas de TDO e as diferenças entre as médias foram significativas ($p=0,031$), o número de critérios de TC também foi reduzido.

Outro ponto importante das pesquisas é avaliar a eficácia da psicoterapia tanto os resultados imediatos, como a longo prazo. Um exemplo é o estudo de Barret, Dadds e Rapee (1996), que avaliou a eficácia do *Coping Cat Program* associado a uma abordagem familiar intitulada *Family Anxiety Management (FAM)*, em 79 crianças e adolescentes, entre 7 e 14 anos, com transtornos de ansiedade. Dezenove (27%) desses pacientes tinham Transtorno de Ansiedade Social. Os pacientes foram randomizados para TCC, TCC e FAM e para uma lista de espera. Após 12 semanas, ambos os tratamentos ativos foram superiores à lista de espera, porém o tratamento que continha a abordagem familiar foi significativamente superior ao tratamento com TCC apenas. Observou-se que 84% dos pacientes que participaram da TCC + FAM não preenchem mais critérios diagnósticos, comparados com 57% do grupo que participaram da TCC e 26% do grupo da lista de espera. Tais ganhos se mantiveram em avaliações 6 e 12 meses após o tratamento. Entre os pacientes com Transtorno de Ansiedade Social, 61,5% dos que participaram dos tratamentos ativos estavam sem o diagnóstico ao final do estudo. Em um seguimento de 6 anos, com 52 pacientes da amostra original, os resultados foram mantidos. Cerca de 85% dos pacientes que receberam tratamento ativo não preenchem critérios para transtorno de ansiedade e não houve diferença significativa entre os tratamentos ativos (Barret, Dadds & Rapee, 2001).

Contrariamente a estes resultados, o estudo de Weisz, McCarty e Valeri (2006), com crianças e adolescentes com depressão, apontou apenas efeitos imediatos para a psicoterapia cognitiva, mas não a longo prazo. Os autores chegaram à conclusão que os tratamentos de depressão de crianças e jovens parecem produzir efeitos que são significantes, mas modestos em sua força, amplitude e durabilidade. Também concluíram que tratamentos cognitivos não foram tão melhores do que outras terapias não cognitivas. Sugerem portanto que novos estudos sejam realizados neste sentido.

Watanabe et al (2007) examinaram os benefícios clínicos, prejuízos e o custo efetivo das psicoterapias em comparação com controles, lista de espera, placebo-atenção e tratamento em crianças e jovens depressivos. Para isso identificaram 27 estudos no período de 1986 a 2004 contendo 35 comparações e 1744 participantes. As terapias utilizadas foram tanto de grupo como individual e com várias abordagens (comportamental-cognitiva, interpessoal e suportiva). No pós-tratamento, a meta-análise mostrou que as psicoterapias foram significativamente superior ao não tratamento. No entanto, a superioridade das psicoterapias não foi estatisticamente significativa em

seguimento de seis meses. Nenhum dos estudos relatou efeitos adversos ou custo efetivo de consequência.

O Instituto Nacional de Excelência Clínica da Scandinávia prepara uma série de guias no tratamento apropriado, que cuida de doenças específicas e condições dentro do Serviço de Saúde Nacional. E um dos guias da depressão na infância, recentemente publicado(NCCMH-National Collaborating Centre for Mental Health, 2005) defendeu o uso da terapia comportamental cognitiva, da terapia interpessoal ou uma psicoterapia breve familiar como um tratamento de primeira linha para crianças e adolescentes com depressão moderada ou severa. Entre os tratamentos psicossociais estruturados foram incluídos componentes individuais da terapia comportamental e cognitiva, terapia focal, psicoterapia psicodinâmica e de suporte.

Um número de estudos controlados examinou a eficácia das psicoterapias, mas sua descoberta foi variada e conflitante. Os estudos de Clarke et al(1995, 2001, 2002), Mufson et al, (1999) e Rohde et al(2004) apontaram que as psicoterapias em grupo de crianças são eficazes todos estes estudos utilizaram como critério o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). No entanto, alguns destes não apresentaram dados significativos, apesar de concluírem que a psicoterapia foi eficaz. (Reed, 1994; Vostanis et al, 1996 e Wood et al, 1996). Outros estudos avaliaram a eficácia da psicoterapia individual e também obtiveram resultados positivos (Ackerson et al,1998; Asarnow et al, 2002; Kerfoot et al, 2004; Liddle e Spence, 1990; Reynolds e Coats, 1986; Robert et al, 2003; Spence et al, 2003; Stark et al, 1987; Weisz et al, 1997) Por outro lado os de Marcotte e Baron(1993) e Kahn et al(1990) não encontraram sustentação para elas, pois as escalas aplicadas após tratamento, apesar de cada paciente apresentar melhoras, estas não foram significativas . Revisões sistemáticas da eficácia da psicoterapia, particularmente da terapia comportamental cognitiva, foram publicadas (Harrington et al, 1998), mas não são tão usadas, ou têm limitações metodológicas, como: a não utilização de grupo controle, não contar com comparações pré e pós tratamento e também não analisar apenas os dados com diferenças significativas. Assim a segurança das recomendações baseadas em evidência é ainda limitada.

A concepção e aplicabilidade da psicoterapia também pode ser verificada com o estudo de levantamento das técnicas de psicoterapias cognitivo-comportamental mais usadas em alguns transtornos mentais de crianças e adolescentes nos anos de 1985 a2005 (Pheula & Isolan, 2007). Os transtornos estudados foram: transtorno de ansiedade

e fobias que obtiveram sucesso utilizando técnicas de modelagem, que consistem em expor ao estado ansiogênico, com a suposição de que ansiedade diminua por meio do aprendizado e também para este transtorno utilizou-se das técnicas de reforço que são baseadas no condicionamento operante. Ou seja, a melhora seria ocasionada por técnicas de reforço aplicadas adequadamente. Outro transtorno estudado foi o depressivo. O tratamento considerado eficaz foi a terapia cognitiva em grupo. No transtorno de déficit de atenção e hiperatividade foi considerado bem sucedido o treinamento de pais em conjunto com intervenções comportamentais em sala de aula. O transtorno desafiador de oposição e o transtorno de conduta também apresentaram melhoras com o programa de treinamento de pais em grupo. No transtorno autista as técnicas utilizadas como ensinamento de habilidades cognitivas, de linguagem e autocuidado, tiveram o intuito de modificar alguns comportamentos inapropriados.

Em artigo recente, Moura, Grossi e Hirata (2009) relatam a análise funcional de um menino de sete anos que tinha como queixa principal comportamentos agressivos na escola, assim como recusar a fazer as tarefas e seguir regras em jogos e brincadeiras, além de falta de atenção e concentração nas atividades escolares e dificuldade de socialização. Seguindo os preceitos da análise funcional, as autoras optaram pela análise de 30 sessões que eram programadas anteriormente e, logo após cada sessão, a terapeuta fazia seus registros por escrito, descrevendo as atividades, o comportamento do cliente e a intervenção realizada. A partir dos registros, procurou-se sistematizar o atendimento, dividindo-o em quatro etapas de acordo com os diferentes focos terapêuticos (desenvolver repertório de realização de atividades escolares, ensinar repertório de cooperação, favorecer o desempenho acadêmico, ensinar enfrentamento de dificuldades). Esta metodologia pareceu identificar os critérios comportamentais que permearam as mudanças, pois foi possível verificar que a criança tinha comportamento agressivo em situações que envolviam atividades escolares. O terapeuta conseguiu diminuir a frequência dos comportamentos inadequados frente a estas situações, por meio do aumento da expressão de sentimentos de raiva e assim o paciente foi capaz de realizar as tarefas acadêmicas propostas ao invés de esquivar-se delas e solicitar ajuda para enfrentar as dificuldades encontradas.

Para Kazdin (1982), o uso de diferentes instrumentos e procedimentos, bem como o rigor utilizado na avaliação diagnóstica, estão intrinsecamente relacionados à questão da validade interna de um estudo. Segundo os estudos de caso podem ser classificados em Tipo I, Tipo II ou Tipo III, conforme os cuidados em reduzir as

ameaças à validade interna, tais como os efeitos da história, maturação, teste, instrumentação etc.

De acordo com os critérios de Kazdin, os estudos de caso do Tipo I são aqueles que apresentam um grau mínimo de validade interna, uma vez que, se baseiam apenas em dados objetivos, ainda que não atendam aos demais critérios. Os estudos de Tipo II são aqueles que, além dos dados objetivos, também apresentam uma avaliação contínua das variáveis dependentes (uso de medidas repetidas) o que permite a especificação de alterações ao longo do tratamento e, portanto, a demonstração dos seus efeitos imediatos e acentuados da intervenção. Finalmente, para o estudo ser classificado como Tipo III, com maior grau de validade interna, além das características anteriores, precisa conter múltiplos casos sobre a relação entre ação terapêutica e mudanças no cliente, ainda que não apresente indicadores de efeitos imediatos e acentuados da intervenção (o que o aproxima de um delineamento de replicação sistemática ou de Linha de Base Múltipla) possibilitando maior generalização das conclusões. Segundo Silves e Banaco (2000), quando o estudo de caso não atende a nenhum destes critérios, é denominado simplesmente de naturalístico. E deve ser utilizado, quando não se pode (ou não se consegue) fazer uma manipulação experimental no estudo de caso.

Segundo, Del Prette, Silvese Meyer (2005) a avaliação diagnóstica é um processo que envolve diversas atividades, realizadas pelo psicólogo, visando a uma análise funcional que oriente a seleção de objetivos e procedimentos de intervenção e forneça indicadores para avaliação posterior de sua efetividade.

Neste sentido estas autoras identificaram e analisaram os principais métodos utilizados na avaliação de crianças, em uma amostra de 20 estudos de caso comportamentais brasileiros publicados.

Para isto utilizaram dos critérios de validade interna definidos por Kazdin (1982) para redução de ameaças à validade interna, em estudos naturalísticos, Tipo I, II e III, procedendo-se a uma análise descritiva e quantitativa dos métodos de avaliação utilizados.

As autoras concluíram que houve uma predominância de estudos naturalísticos e do Tipo I e do uso de entrevistas iniciais com os pais, a criança e a observação direta de criança em terapia, com menor proporção de registros e instrumentos padronizados.

Autores comportamentais Fossum, Handegard, Martinussen e Morch (2008) realizaram uma meta-análise dos artigos já escritos verificando a eficácia da terapia, em crianças e adolescentes com comportamento perturbador e agressivo. Os efeitos da

psicoterapia em reduzir comportamentos agressivos em crianças e adolescentes usando meta-análise foram avaliados utilizando-se de 65 estudos que incluíram, 4971 casos que foi dividido em dois estudos. O primeiro com 33 estudos, totalizando 2.512 participantes, com idade entre 4 e 13 anos, indicaram uma diminuição dos comportamentos agressivos depois do tratamento e destes 21 (63,6%) tiveram resultados significantes ($p < 0,05$) comprovados por aplicação de escalas. O segundo com 32 estudos, totalizando 2.459 participantes, com idade entre 4 e 16 anos, também, apresentaram uma melhoria depois do tratamento e 24 indicaram resultados significativos ($P < 0,05$). Foram relatadas mudanças tanto na diminuição da agressão, como no funcionamento social e também uma melhora no relacionamento com os pais. Estas mudanças foram calculadas utilizando-se do tamanho do efeito médio (*effect size*) que é calculado como a diferença entre as mudanças principais nas condições de intervenção no tratamento e a condição de controle do grupo não tratado, dividido pelo desvio padrão reunido da pontuação do pré-teste para as duas condições. Também foram calculados o efeito médio dentro do mesmo grupo este foi calculado subtraindo a pontuação principal do princípio, com a pontuação após, dividido pelo desvio padrão da pontuação do pré-teste. Os resultados mostraram um tamanho médio do efeito (ES) da mudança em agressão em estudos com controles de 0.62 e em estudos sem controles foi de 0.95. Em estudos com e sem controles os ESs no relatório de agressão do terapeuta foram 0.41 e 0.63; e os ESs nas mudanças no funcionamento social foram 0.42 e 0.49 e o ESs nas mudanças em aflições parentais foram 0.39 e 0.47, respectivamente. Assim, concluiu-se que os tratamentos reduziram o comportamento agressivo nas crianças significativamente já, no funcionamento social e no relacionamento com os pais houve uma melhora, mas em menor proporção.

Neste mesmo sentido de fazer uma revisão da bibliografia Pheula e Isolan (2007) avaliaram a evidência atual para a eficácia e efetividade de intervenções farmacológicas e psicoterápicas no tratamento do transtorno de ansiedade social na infância e na adolescência, que é Transtorno incapacitante e altamente prevalente em crianças e adolescentes ao longo da vida e cuja prevalência varia entre 0,7% a 3,5%. Se não tratado, pode interferir no funcionamento emocional, social e escolar. No estudo, os autores utilizaram como referência, os bancos de dados PubMed, Lilacs, PsycINFO e Cochrane Library até agosto de 2006, e acessados com os unitermos: "social anxiety disorder" ou "social phobia" e "child" e "adolesc". Os

resultados mostraram várias modalidades de tratamento, incluindo tratamentos psicoterápicos e farmacológicos. Concluíram que a terapia cognitivo-comportamental e farmacoterapia, principalmente com inibidores seletivos da recaptção de serotonina, são o tratamento mais escolhidos para o transtorno de ansiedade social nessa idade.

A Eficácia do tratamento comportamental foi estudado também por Meneghello, Pereira e Silveiras (2006), através do uso de alarme para enurese noturna em crianças e adolescentes. Utilizaram como critério que, um tratamento eficaz é aquele que seus resultados se mantém por pelo menos um ano, após o seu término. O objetivo foi o de realizar o seguimento de crianças e adolescentes enuréticos que passaram por triagem junto ao Projeto Enurese, entre 2001 e 2003. Foram contatados 36 participantes, sendo 24 tratados e 12 apenas triados, sendo entre eles investigada, por telefone, a situação atual da enurese e a passagem ou não por outros tratamentos. As crianças atendidas mantiveram o índice de mais de 80% de sucesso, com apenas dois casos (9%) de recaída. Entre os não atendidos, em apenas três casos, houve remissão espontânea. Verifica-se a importância de realizar um tratamento para a enurese noturna, além da eficácia em longo prazo do tratamento realizado. Contudo, a amostra restrita é um fator limitador deste trabalho.

Apesar da maioria das pesquisas focalizarem os atendimentos individuais, observa-se mais recentemente trabalhos voltados para a investigação de atendimentos grupais. Reeve(2006), por exemplo, sugere um grupo para pacientes infantis internados em um hospital de saúde mental que atende crianças de 5 a 13 anos de idade. As crianças nesta unidade tendem a apresentar algumas formas de sintomas comportamentais agudos, e frequentemente são vítimas de abuso ou negligência, além de uma variedade de distúrbios psiquiátricos do eixo I, como distúrbio do humor, depressão e ansiedade. O modelo sugerido pelo autor foi intitulado como MEGA, e está baseado na compreensão teórica de que as crianças que apresentam estes tipos de problemas emocionais, necessitam de ganhar certa autonomia. Assim o propósito do sistema MEGA é desenvolver e recompensar um senso na criança de “domínio sobre os seus comportamentos”, colocando um objetivo para que a criança realize no dia, e ser então reconhecida no grupo. Este objetivo é discutido pelas crianças e não deve ser difícil de ser alcançado e também deve ser tão concreto como: “conversar com meu assistente social para descobrir sobre o encontro com minha família”, ou tão geral como “brincar agradavelmente com outras crianças”. Depois do grupo matinal, as crianças trabalham nestes objetivos durante todo o dia com a ajuda do pessoal da unidade e até

mesmo das outras crianças. Este trabalho demonstrou que as crianças conseguiam modos seguros para manejar a raiva, e se relacionar melhor com o pessoal da unidade e outras crianças. De um ponto de vista teórico, a característica crucial de um objetivo colocado na reunião comunitária matinal, é aquela que envolve algum esforço, mas é completamente atingível, e que inclui alguma interação. O objetivo colocado é visto como uma tarefa sofisticada e delicada, envolvendo a habilidade do líder do grupo, para capturar complexas dificuldades emocionais e comportamentais em uma tarefa comportamental simples.

Em 2000, Flannery-Schroeder e Kendall realizaram novamente o estudo de Kendall (1994) com TCC (citado acima), mas agora com o intuito de verificar se havia diferença entre o atendimento em grupo e individual. Para isso avaliaram os efeitos do *Coping Cat* em uma amostra de 37 crianças, sendo 21 crianças com transtorno de ansiedade generalizada, 11 com transtorno de ansiedade de separação, e cinco com fobia social e com idades entre 8-14 anos. A amostra foi randomizada em (a) tratamento cognitivo-comportamental individual (13 participantes), (b) tratamento cognitivo-comportamental de grupo (12 participantes), e (c) controle lista de espera (12 participantes). Depois de nove semanas, utilizando dos mesmos métodos dos estudos anteriores (Kendall, 1994; Kendall & Southam-Gerow, 1996; Kendall et al., 1997) concluíram que as crianças tratadas não preenchiam os critérios de diagnóstico de seu distúrbio de ansiedade primária (73 %), se comparadas a 8 % do grupo controle. Nenhuma diferença significativa foi encontrada entre os tratamentos individuais e de grupo.

Habigzang et al. (2009) avaliaram os efeitos do modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Foi utilizado delineamento não-randomizado intragrupos de séries temporais, com 40 crianças e adolescentes do sexo feminino, com idades entre 9 e 16 anos, da região metropolitana de Porto Alegre (RS), clinicamente avaliadas em três encontros individuais, de 2006 a 2008. A grupoterapia consistiu de 16 sessões semi-estruturadas. Os instrumentos psicológicos investigaram sintomas de ansiedade (Inventário de Ansiedade Traço-Estado para Crianças – IDATE-C), depressão (Inventário de depressão infantil – CDI), transtorno do estresse pós-traumático (através de entrevista estruturada com base no DSM-IV), stress infantil (Escala de estresse infantil – ESI) e crenças e percepções da criança em relação à experiência abusiva antes, durante e após a intervenção (*Children's attributions and perceptions scale – CAPS*). Foi realizada uma

análise comparativa dos resultados do pré-teste entre os grupos que receberam atendimento psicológico em grupo imediato após a denúncia do abuso e aquelas que aguardaram por atendimento. A análise do impacto da intervenção revelou que a grupoterapia cognitivo-comportamental reduziu significativamente sintomas de depressão, ansiedade, stress infantil e transtorno do estresse pós-traumático. Além disso, a intervenção contribuiu para a reestruturação de crenças de culpa e percepções distorcidas sobre o abuso.

O Levantamento bibliográfico realizado mostra que apesar dos avanços nos estudos de processos terapêuticos mais frequentes na abordagem cognitivo-comportamental, ainda há uma escassez de pesquisas em psicoterapia infantil. Especialmente em outras abordagens teóricas que se restringem, na maioria das vezes, a estudos de casos, nem sempre sistematizados. No sentido de oferecer um recurso para a sistematização dos estudos tem-se, por exemplo, a escala estudada por Estrada e Russel (1999), uma nova medida para descrever e avaliar o processo da psicoterapia com crianças. Consiste em 15 itens relacionados à criança e 18 itens relacionados ao terapeuta, ambas com respostas em escala Likert de cinco pontos, e chamada de Escala de Processo de Psicoterapia em crianças (CPPS). A análise dos componentes principais revelou a existência de três fatores infantis (Relação Terapêutica, Trabalho Terapêutico Infantil e Desembaraço da Criança) e três fatores do terapeuta (técnica de trabalho / relacionamento terapêutico e lapso técnico). As análises de técnicas confirmatórias revelaram que os discursos nas sessões do terapeuta e das crianças diferem significativamente entre si. Os fatores encontrados na CPPS se relacionam com os obtidos na literatura de adultos e com os fatores do processo infantil obtidos com a utilização de instrumentos clínicos e os instrumentos de auto-avaliação da criança.

Um outro, ponto diz respeito ao que considerar progresso em psicoterapias infantis. Apesar de ainda não se poder afirmar de forma categórica que as psicoterapias de crianças são eficazes, a maioria das pesquisas apontam nesta direção. E nesse sentido é preciso considerar o que tem sido defendido como progresso em psicoterapias infantis. Passa-se então, a seguir, a apresentar um resumo do que tem sido apontado como progresso e quais os conceitos de mudança defendidos pelas diferentes escolas teóricas.

Indicadores de progresso em psicoterapias de acordo com o referencial teórico

Um foco de pesquisa recente é a identificação de mecanismos de mudança, ou seja, de progresso em psicoterapia (Mergenthaler, 2008; Weersing & Weisz, 2002). Uma das principais preocupações em psicoterapia é avaliar se esta obteve êxito, conseguindo levar o paciente às mudanças almejadas. Na prática clínica, grande parte dos psicoterapeutas se guia por critérios teoricamente baseados para avaliar o progresso dos pacientes. Nestes casos, os resultados das psicoterapias tendem a ser considerados satisfatórios quando corroboram as expectativas teóricas do terapeuta (Yoshida, no prelo). Considerando a relevância que o modelo teórico tem para a avaliação da mudança, será apresentada uma breve revisão das contribuições de alguns autores de orientação psicanalítica, psicodinâmica, comportamental, cognitiva e humanista para a avaliação de progresso em psicoterapias infantis.

Orientação Psicanalítica

Dentre os autores de orientação psicanalítica destaca-se aqui alguns expoentes do modelo teórico relacional (Greenberg & Mitchell, 1994), devido à influência que tiveram e ainda têm na formação teórica dos psicoterapeutas brasileiros: Melanie Klein (1996/1932), Beth Joseph (1992/1989), Otto Kernberg (1979) e sua esposa Paulina Kernberg (1995).

A concepção kleiniana dá grande ênfase ao papel de objetos internos no desenvolvimento do ego, cuja meta é a de superar a posição esquizo-paranóide e atingir a posição depressiva (Greenberg & Mitchell, 1994). A posição depressiva é marcada pelo reconhecimento da mãe e outros significantes como pessoas totais; pela prevalência da integração e ambivalência, ansiedade depressiva e culpa. Essa experiência com sentimentos depressivos, por sua vez, propicia a integração posterior do ego, pois contribui tanto para maior compreensão da realidade psíquica e melhor percepção do mundo externo, como para a integração melhor entre as situações internas e externas.

O objetivo da psicoterapia é o de levar a criança a fortalecer o papel da posição depressiva, como configuração específica de relações de objeto, ansiedades e defesas.

Sendo que para esse processo colabora a tendência à reparação, que aparece nesse estágio, como resultado da introjeção de bons objetos (Klein, 1932/1996). Ela representa uma resposta mais realística ao sentimento de pesar, culpa e temor à perda, resultantes da agressão contra o objeto amado. Além disso, ela prepara o caminho para sublimação e relações objetais mais satisfatória. Nesse sentido a tendência à reparação se constitui em relevante fator para o processo de mudança e o desenvolvimento psíquico.

A posição que antecede a depressiva é chamada de esquizo-paranóide, por se caracterizar por relacionamentos com objetos parciais e pela prevalência dos processos de divisão e de ansiedade paranoide (Klein, 1960/1982). Apesar de o desenvolvimento psíquico ser compreendido como a superação da posição esquizo-paranoide, este objetivo nunca é plenamente atingido. Efetivamente, a posição depressiva nunca supera completamente a posição esquizo-paranóide. A integração alcançada nunca é completa e além disso, as defesas contra o conflito depressivo provocam uma regressão aos fenômenos esquizo-paranoides, de modo que o indivíduo pode estar sempre oscilando entre as duas posições. Nos estágios posteriores, pode-se lidar com os problemas como, por exemplo, os relacionados ao complexo de Édipo, dentro de um padrão esquizo-paranóide ou de um padrão depressivo de relacionamento. Assim, as ansiedades e defesas podem ser desenvolvidas por uma personalidade esquizo-paranóide ou depressiva. O modo como as relações de objeto são integradas na posições é que forma a base da estrutura da personalidade.

Quanto à neurose infantil é vista como uma defesa contra as ansiedades paranoides e depressiva subjacentes, bem como uma maneira de vinculá-las e elaborá-las. À medida que têm prosseguimento os processos de integração, iniciados na posição depressiva, a ansiedade diminui e a reparação, a sublimação e a criatividade tendem a substituir os mecanismos de defesa tanto psicóticos quanto neuróticos. Assim a “mudança é um processo gradual e, por algum tempo e em certa medida, os fenômenos das duas posições do desenvolvimento coexistem, inter-relacionam-se” (Klein, 1960/1982, p. 83). A psicanálise infantil tem portanto como objetivo: promover uma maior integração do ego, com o predomínio da ansiedade depressiva, diminuição da culpa, convivência de amor e o ódio pelo objeto, atenuação dos processos de divisão, defesa fundamental contra a ansiedade, bem como as repressões (Klein, 1932/1996). Assim pode-se abstrair da teoria de Melanie Klein que os critérios de mudança seriam: o desejo de reparação, ou seja, o desejo de “recuperar” o objeto bom que teria sido

“danificado” pelos ataques agressivos da criança, realizados em fantasia; os movimentos em direção a assumir maior responsabilidade pelos próprios impulsos e por fim, uma maior integração entre os sentimentos que acabam por diminuir a ansiedade e a culpa.

Beth Joseph (1992) acrescenta que há mudanças quando os pacientes mostram-se capazes de observar, tolerar e de compreender seus próprios modos habituais de lidar com a ansiedade e com os relacionamentos. Ainda, segundo esta autora, a mudança envolve uma movimentação interna de forças, uma perturbação do equilíbrio mental e emocional estabelecido, dos impulsos, defesas, e de figuras internas, inconscientes, que se reflete no comportamento externo do paciente.

Dentro de uma perspectiva “mais operacionalizada”, Kernberg (1995) destaca aspectos do comportamento do paciente e do psicoterapeuta para verificar se houve mudança durante o processo psicoterápico de crianças. São eles: 1. Quando o paciente apresenta uma ideia mais realista do psicoterapeuta e de suas funções tendo uma melhor relação com ele, utiliza-se do humor, demonstra maior tolerância com as separações deste, alicerçadas em uma maior confiança; 2. O terapeuta passa a utilizar de forma crescente intervenções dirigidas ao mundo interno (clarificação, confrontação, interpretações de transferência e outras); 3. A criança passa a trazer mais material da vida cotidiana, dá-se conta da perspectiva de tempo, apresenta planos futuros; 4. A qualidade das comunicações se modifica, a criança consegue revisar os conflitos e buscar sua resolução, aumenta o número de verbalizações; 5. O brinquedo se desenrola de forma agradável, aproveitando-o para elaborar e resolver seus conflitos; 6. Os sonhos podem antecipar ou representar ansiedades face ao término; 7. Há maior modulação afetiva quanto ao espectro, intensidade e conteúdo; 8. A criança demonstra sentimentos ambivalentes quanto à alta, porém acompanhados de alívio; 9. Apresenta comportamentos sublimatórios, compartilhando novos interesses; 10. As defesas se tornam mais flexíveis e mais evoluídas; 11. Maior *insight* acompanhado de críticas acerca de si própria, torna-se mais reflexiva e busca o entendimento das causas dos fenômenos que se passam consigo, tanto os relativos ao seu mundo interno quanto ao de seu mundo externo; 12. Diminuem os sintomas, os *acting-out*, muda a postura, a vestimenta e passa a apresentar um comportamento adequado à sua idade, ou seja, volta a reingressar no curso normal do desenvolvimento.

Esses processos de mudança estão relacionados aos seguintes objetivos que devem ser alcançados ao final do tratamento com a criança: alcançar certo bem-estar

que lhe permite ser produtiva nas sessões; a criança se comunica bem; ambos, terapeuta e paciente, atingem uma aliança de trabalho; o paciente se dá conta de que algumas de suas atividades mentais são geradas internamente, ao invés de procederem somente de seu mundo externo; a criança e o terapeuta compartilham sua maneira de representar seus estados com palavras, imagens e símbolos; melhoram as capacidades adaptativas e sociais da criança (Coppolillo, 1987; Zavaschi et all 1997).

Orientação Psicodinâmica

A psicoterapia psicodinâmica tem seu embasamento teórico na teoria psicanalítica, com distinções quanto a seus objetivos e técnica terapêutica (Yoshida, no prelo), pois tem como principal meta a abordagem o conflito atual utilizando de técnicas de esclarecimento e confrontação Romanowski (2004) e Gabbard (2005) enumera algumas metas da psicoterapia psicodinâmica como: a resolução de conflito, busca da verdade, ou seja, do autoconhecimento, maior capacidade de buscar objetos apropriados, relacionamentos melhores, maior entendimento, melhora do funcionamento reflexivo. Explicita que para alcançar estas metas são necessárias algumas estratégias como promover o *insight*, através da reflexão consciente; o relacionamento terapêutico é outro fator muito importante para promover mudanças e outras técnicas como: utilização implícita ou explícita da sugestão, confrontação de crenças disfuncionais, abordar métodos de resolução de problemas, dentre outras que levam o paciente a compreender melhor tanto a si como aos outros.

No enfoque psicodinâmico um dos pressupostos básicos é o estabelecimento do foco para o atendimento e o outro é a relação positiva com o terapeuta, ou seja, um bom vínculo terapêutico (Proskauer, 1969/1971). As mudanças preconizadas por este autor são: a possibilidade de comunicação da criança respeitando seu desenvolvimento e aspectos positivos, que podem ser verificados tanto no funcionamento psíquico como no comportamento da criança. Mito e Yoshida (2004) acrescentam que além da definição dos objetivos específicos para cada caso é necessário, ao final do processo, avaliar se houve mudança, ou seja, se os objetivos foram alcançados. Estes objetivos devem ser flexíveis e traçados juntamente com os pais, considerando desde o interesse destes na participação do tratamento até como é o funcionamento mental deles e também a relação desses pais com o terapeuta.

Cramer (1974), Palacio-Espasa (1984) e Palácio-Espasa e Manzano (1987) defendem que o foco central da compreensão do processo psicoterápico infantil está na relação pais-crianças e também na transmissão transgeracional. Este último condito refere-se a tradições e hábitos, passados de geração em geração e que se constitui no estilo da família, o que escapa ao julgamento consciente. Assim estes autores acreditam que a mudança da sintomatologia da criança depende da possibilidade de mudança dos pais, ou seja, o objetivo do processo psicoterápico estaria em restabelecer limites entre o *self* da criança e o dos seus genitores, permitindo a retomada do processo de individuação. Este processo se deve principalmente ao ganho de autonomia da criança que pouco a pouco sairia da área de mutualidade psíquica ou conflito mútuo, construto que se refere a uma área psíquica comum e indiferenciada entre pais e filhos, como se houvesse uma continuidade entre o inconsciente dos pais e o da criança. Se os pais conseguirem uma base sadia de identificação com seus próprios pais, conseguirão integrar seus filhos na tradição familiar, sem fazê-los carregar o peso de uma projeção de seus conflitos pessoais e identificações muitas vezes de origem na geração passada.

Segundo Cramer (1989/1993) é preciso abandonar a esperança de encontrar uma causa única para o sintoma, principalmente em crianças, e focalizar as trocas entre pais e filhos. Acrescenta que em psicoterapia de crianças o que muda é a articulação dos conflitos de acordo com o que ela irá enfrentar, pois a cada momento de seu amadurecimento irá enfrentar novas dificuldades (Cramer, 1996/1997). Assim, a evolução da psicoterapia infantil consiste em pais e crianças desenvolverem maneiras mais evoluídas para lidarem com os conflitos como, por exemplo, quando a criança chega à puberdade e deve reviver alguns conflitos da sua infância. Neste caso o progresso se verifica pela possibilidade de um reordenamento da relação do jovem sujeito com seu passado.

Mito e Yoshida (2004) também concordam que há necessidade de uma compreensão da psicodinâmica dos pais e de como ela se reflete sobre as dificuldades da criança. Para avaliar mudanças das respostas destes utilizam-se da teoria da eficácia da adaptação de Simon (1983/1989). A teoria da eficácia adaptativa propicia ao psicólogo perceber o quão adaptado está a pessoa, sendo que adaptação seria quando a pessoa consegue resolver algum problema e ficar satisfeito com a solução, ou seja, a solução não traz angústia .

Oberndorf (1944/1970) já falava da importância da influência dos pais no desenvolvimento emocional da criança, há décadas atrás: “O desenvolvimento

emocional da criança é influenciado poderosa e permanentemente por suas relações com seus pais” (Oberndorf, 1944\1970, p.49). Nesta mesma linha, Ames (1944/1970) defende que nunca é cedo demais para cuidar do relacionamento de uma criança com seus pais, irmãos e outros parentes, pois este é um dos melhores critérios de normalidade social. Desta forma se o comportamento mal adaptativo está diretamente ligado à dinâmica familiar podemos então inferir que a adaptação eficaz também dependerá dos pais melhor lidarem com seus problemas. Assim, só se pode falar em mudança psíquica e de comportamento se o núcleo familiar em que está inserida a criança também melhorar no que se refere à qualidade de sua adaptação.

Oliveira (2002) diz que a motivação para o tratamento, para mudança, e o estabelecimento de um bom vínculo terapêutico em psicoterapia infantil parecem guardar relação com a motivação dos pais e com a possibilidade deles de se perceberem como parte do processo. Assim, segundo esta autora, deve-se considerar a disponibilidade para a mudança não só da criança, mas também dos pais.

Resumidamente, pode-se dizer que dentro do enfoque psicodinâmico observa-se na criança os seguintes critérios de mudança em psicoterapia: qualidade do vínculo terapêutico; possibilidades de comunicação da criança respeitando seu desenvolvimento, autonomia; capacidade de entendimento da situação. É um outro principal fator para garantir o progresso na psicoterapia infantil é o envolvimento da família, para que se possa intervir na área de conflito mútuo e favorecer o processo de individuação da criança.

Orientação comportamental e cognitiva

Segundo Fishman e Franks (1997) a terapia comportamental tem como objetivo primário a mudança no comportamento construtivo. Por construtivo, entende-se mudança de comportamento, aprovada por toda ética social. A essência desta mudança diz respeito diretamente às direções observáveis e comportamentos; a teoria comportamental lida com pensamentos e sentimentos, tão logo elas são firmemente ligadas às situações observáveis e comportamentos.

Nos anos de 1970, a terapia comportamental começou a ligar-se com correntes distintas, todas tendo como essência comum a teoria do aprendizado (Fishman & Franks, 1997). Pelo menos cinco são observáveis: “Análise de comportamento aplicada”, o primeiro submovimento, descreve a aplicação dos princípios derivados do

condicionamento operante de Skinner para uma larga disposição de problemas clínicos e sociais. Esta teoria acredita que o comportamento é exclusivamente uma função de suas consequências, não existindo nenhuma variável interposta, e procedimentos de intervenção são avaliados primeiramente em termos de caso experimental simples, no qual o participante serve como seu próprio controle. A ênfase está na manipulação das variáveis ambientais para causar mudança comportamental e no uso de princípios baseados em laboratório, tais como reforço, punição, extinção e controle estimulado (Skinner,1995/1989).

A segunda corrente baseia-se no trabalho clássico de condicionamento de estímulo e resposta de Pavlov. Este agora acredita que há variáveis interpostas, construções hipotéticas e processos não observáveis, tais como representação imaginária de ansiedade. (Franks,1996).

A terceira corrente está fundamentada na teoria de aprendizado social, desenvolvida por Bandura e seus colegas que defende que o comportamento é influenciado por eventos estimulados, por reforços externos e por processos cognitivos. A mudança do comportamento é causada pelo aprendizado da observação, um processo no qual as pessoas são influenciadas por observar o comportamento de alguém. O termo modelo é reservado para o exemplar; a pessoa que demonstra o comportamento que o observador vê. O modelo vivo ocorre quando o exemplar é diretamente visto, embora o modelo simbólico seja observado indiretamente, como em filmes, na televisão, por leitura, através de uma descrição oral do comportamento de alguém, ou até por imaginar os comportamentos de um modelo. O aprendizado social enfatiza interações recíprocas entre o comportamento individual e o meio ambiente. O indivíduo é considerado capaz de mudar o comportamento por si próprio. Na teoria de Bandura a eficácia da terapia apoia-se na crença ou expectativa do cliente de que pode dominar uma situação e causar resultados desejados. Assim, a eficácia é vista como um mecanismo cognitivo comum que intermedia os efeitos de todos os procedimentos de mudança psicológica; estes procedimentos são postulados para serem efetivos porque eles criam e fortalecem as expectativas de um cliente de sua eficácia pessoal (Bandura, 2008/1986).

A teoria da aprendizagem social parte do pressuposto de que o ambiente, as características temperamentais podem afetar o comportamento de uma pessoa, assim, de acordo com esta abordagem, grande parte da aprendizagem humana depende de processos perceptuais e cognitivos (Davis, 1981).

Deste movimento da aprendizagem social surgiu a terapia cognitiva que busca produzir mudança no pensamento e no sistema de crenças do cliente, com o propósito de promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras (Beck, 1997/1995). Para chegar a estas mudanças, preconiza-se que deve haver: uma aliança terapêutica segura; caráter educativo e basear-se nos problemas do cliente estabelecendo metas específicas (Falcone, 2001). Pode-se observar que estas são variáveis defendidas também pelas outras abordagens incluídas neste estudo. Ainda na terapia cognitiva há uma preocupação com a prevenção de recaída, que consiste em verificar e desafiar pensamentos automáticos residuais e comportamentos evitativos que ainda existam no final do processo terapêutico (Wells, 1997). Isto também é utilizado no atendimento com as crianças, pois é necessário saber se houve mudanças efetivas.

Ervin, Bankert e Dupaul (1999) acrescentam que a mudança ocorrerá quando a criança se tornar mais independente e autônoma, e os efeitos das intervenções forem mantidos por longo tempo, generalizados para outros locais e quando ela atribuir a mudança a si própria e não a outros - como sorte ou esforço de adultos. Assim esta terapia enfatiza que a mudança definitiva ocorrerá quando o paciente aprender a resolver sozinho seus problemas.

A quartacorrente relaciona-se ao conceito de comportamento social de Staats (1981), que enfatiza a integração da teoria do condicionamento com conceitos tradicionais da psicologia da personalidade, clínica, e social. Staats vê os princípios de reforço e condicionamento como sempre presentes e interagindo no desenvolvimento da personalidade (Staats, 1981).

Finalmente, a quintacorrente relaciona-se ao que é atualmente conhecida como Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que enfatiza os processos cognitivos e eventos privados do cotidiano como mediadores da mudança do comportamento (Fishman & Franks, 1997).

Em relação à TCC, Kendall e Bemis (1983) resumiram seis pressupostos básicos que a orientam: 1. O organismo humano responde primeiramente às suas representações cognitivas adquiridas; 2. A maioria do aprendizado humano é mediada pela cognição; 3. Pensamentos, sentimentos e comportamentos são interligados; 4. Atitudes, expectativas, atribuições e outras atividades cognitivas são centrais para produzir, prever e compreender o comportamento psicopatológico e os efeitos das intervenções terapêuticas; 5. Processos cognitivos podem ser lançados em formulações testáveis que são facilmente integradas com paradigmas comportamentais e é possível e desejável

combinar estratégias de tratamento cognitivo com técnicas desempenhadas (tais como ensaio comportamental) e gerenciamento de contingência comportamental. Dentro deste modelo, a tarefa do terapeuta é agir como diagnosticador, educador e consultor técnico, acessando processos cognitivos e trabalhando com o cliente para projetar experiências de aprendizado que podem melhorar as cognições que não funcionam e os exemplos afetivos e comportamentais com os quais eles se relacionam.

O principal foco de interesse da TCC é o pensamento, pois problemas psicológicos acontecem quando o indivíduo tem crenças e pensamentos errôneos que o fazem interpretar o mundo de maneira incorreta. Essa avaliação, muitas vezes negativa do mundo, provoca sofrimento e impede que a pessoa obtenha prazer ou descubra maneiras alternativas e mais saudáveis de se comportar. O terapeuta tem por função mostrar a origem dessas crenças e pensamentos inadequados e, por meio de uma série de técnicas, ajudar a pessoa a questionar a validade dessas crenças e pensamentos. O objetivo do terapeuta é, em poucas palavras, modificar a estrutura cognitiva do paciente. Somada às técnicas de mudança cognitiva, algumas tarefas de modificação do comportamento são também utilizadas (Guimarães, 2001).

Com a criança não é diferente, pois a forma como estas interpretam suas experiências molda profundamente seu funcionamento emocional e forma os chamados pensamentos automáticos que interpretam uma determinada situação de uma forma distorcida autodepreciando sua capacidade. Assim o processo terapêutico comportamental com crianças baseia-se na noção de que a mudança é alcançada através de um processo terapêutico que é compreendido como uma seqüência lógica e organizada de procedimentos psicológicos que se pautam na mudança gradual do cliente e esta é expressada nas mudanças do brincar (Moura & Venturelli, 2004).

Nos tratamentos mais atuais com crianças estão sendo utilizados como aliados vídeos e programas de treinamento de pais. Esta estratégia de intervenção tem obtido resultados positivos e apresenta como vantagem a otimização das orientações oferecidas, abreviando as intervenções, favorecendo a adesão, reduzindo os custos e levando ao alcance de resultados positivos em um menor tempo. (Greene, Ablon & Goring 2003; Moura & Silves, 2008; Moura, Silves, Jacovozzi, Silva & Casanova, 2007; Webster-Stratton & Reid, 2003).

Regra (2000) também concorda que é primordial a orientação dos pais para ocorrer a mudança no relato da criança e uma melhor adaptação desta, pois apenas assim o terapeuta pode avaliar seu trabalho. Kazdin (2000) acrescenta que vários fatores

podem ser responsáveis pela eficácia dos tratamentos comportamentais como fatores não-específicos, psicoeducação, vínculo e postura de suporte, podem causar mudança de comportamento e melhora.

Orientação Humanista

A orientação humanista foi influenciada pelos filósofos europeus Husserl (1925-1986), Heidegger (1954/2002) e Jaspers (1963/1987). Tageson (1982) caracterizou as crenças centrais da Psicologia humanística através dos tópicos a seguir: 1. Crença da capacidade humana para consciência reflexiva e na crença que é esta capacidade que pode liderar a própria determinação e liberdade, ou seja, o paciente é visto como “expert” de sua própria experiência; 2. Crença na tendência ao crescimento; 3. A crença na capacidade humana para a própria determinação, ou seja, os indivíduos não são determinados somente pelo passado ou por seus ambientes, mas são agentes na construção de seus mundos; 4. Crença na centralização da pessoa que envolve real respeito por cada pessoa, se ela é assunto de estudo em pesquisa ou está engajada no processo de Psicoterapia; 5. Cada experiência subjetiva da pessoa é de suma importância para o humanista, e ser permitido compartilhar com outra pessoa, no caso o terapeuta, é visto como um privilégio, exigindo um tipo especial de relacionamento.

Carl Rogers escreveu alguns dos princípios e das técnicas de um novo método em terapia, um método que foi rapidamente rotulado como consulta psicológica não diretiva ou centrada na pessoa. Esta terapia centrada na pessoa também foi aplicada na psicoterapia de crianças e em seu corpo teórico pode-se perceber a influência tanto da psicanálise infantil como da relacional (Rogers, 1951/1992) De acordo com Dorfman (1992/1951) as crianças têm uma maior capacidade para lidar consigo mesmas e, uma terapia em que estas possam se sentir aceitas e respeitadas, parece ajudar na sua capacidade de explorar novas formas de sentir e comportar-se.

Segundo Oaklander (1980) quando a criança consegue integrar e assimilar seus sentimentos com a sua própria maturação e crescimento natural, as mudanças têm lugar na terapia. Para esta autora, existem indícios específicos de como o comportamento da criança muda: segundo relato dos pais e da escola; a criança se interessa por atividades externas que podem envolver jogos, clubes e amigos. Desta forma a autora descreve que a terapia parece começar a atrapalhar o caminho da sua vida, por estar agora disposta a

participar de outras atividades. A mudança de comportamento pode ser devida ao fato de a criança abrir-se e expressar um eu mais profundo para o terapeuta.

Landreth (1991) lista algumas mudanças importantes no processo de psicoterapia que determinam o sucesso desta como: a criança se torna menos dependente; menos confusa; expressa abertamente suas necessidades; é responsável pelas próprias ações e próprios sentimentos; é capaz de limitar o próprio comportamento apropriadamente; é mais interiormente direcionada; é mais flexível; é mais tolerante com os acontecimentos; é capaz de iniciar atividades; é cooperativa, mas não conformada; é capaz de expressar raiva; é capaz de expressar afeto, felicidade e contentamento; possui uma maior aceitação de seus sentimentos; é capaz de contar sequências de sua própria história.

É possível perceber também mudança nos temas predominantes das sessões e a criança começa a fazer conexões próprias em relação a outras pessoas significativas de sua vida (Moon, 2000 apud Castelo Branco, 2001).

Assim, pode-se verificar que os critérios teóricos importantes na abordagem centrada na pessoa para verificar progresso na psicoterapia infantil, são: a criança consegue gerar suas próprias conclusões, prefere os brinquedos não estruturados, toma consciência de seu comportamento mal-adaptativo, promovendo uma mudança a mais próxima possível de sua idade cronológica, aumenta sua auto-estima e consegue ser mais independente.

Orientação Integrativa

Hoje em dia, existem três vertentes principais seguidas pelos autores e que caracterizam o campo da Psicoterapia integrativa: ecleticismo técnico; fatores comuns e integração teórica (Arkowitz, 1997). O ecleticismo técnico é o menos teórico. Técnicas ecléticas baseiam-se em selecionar o melhor tratamento para cada pessoa e o seu problema. A escolha é guiada pela experiência do próprio psicoterapeuta (Beutler, 1979; Beutler & Consoli, 1992; Lazarus, 1992).

A vertente dos fatores comuns tem por intuito integrar as teorias fundamentais da psicoterapia, pois acredita-se que os fatores comuns às diferentes abordagens podem ser importantes na explicação do sucesso das psicoterapias de maneira geral.

Um objetivo importante da abordagem dos fatores comuns é descobrir o perfil dos fatores que são mais fortemente associados com o resultado terapêutico positivo.

Uma vez identificados, podem ser usados como pontos de partida para o desenvolvimento de terapias e teorias melhoradas. Pensando nisto Rosenzweig (1936) mostrou vários fatores que acreditava serem importantes para a eficácia das diferentes terapias. Estes fatores incluíam: habilidade dos terapeutas para inspirar esperança, a importância de fornecer aos pacientes alternativas e mais modos plausíveis de ver a si próprio e o mundo. Assim percebe-se que a abordagem dos fatores comuns é paralela à da integração teórica.

A integração teórica é mais do que uma mistura de técnicas selecionadas sem nenhuma base conceitual, nesta há informações de como os terapeutas a praticam e como as técnicas são selecionadas e combinadas. Como exemplo pode-se citar Wachtel (1984) que incorporou elementos das abordagens psicodinâmicas e comportamentais em seu estudo. Mostrou como conceitos de cada uma das terapias interagiam de maneira que pudessem sugerir novas teorias para o entendimento das causas da psicopatologia e novas estratégias clínicas para a mudança. Da perspectiva psicodinâmica, ele enfatizou processos e conflitos inconscientes e a importância dos significados e fantasias, que influenciam as interações. Do lado comportamental, incluiu o uso de técnicas ativas de intervenção, uma preocupação com o contexto do comportamento, foco nos objetivos do paciente e um respeito pela evidência empírica (Murray, 1976; Silverman, 1974 e Wachtel, 1975). É importante salientar que o objetivo de Wachtel foi construir uma estrutura que pudesse incorporar elementos seletos das abordagens psicodinâmicas e comportamentais e não uma teoria fixa. O autor buscou incluir as virtudes de ambas em uma estrutura que pudesse incorporar elementos de cada uma em um modo lógico e consistente (Wachtel, 1984).

Segundo este autor, as experiências passadas distorcem o ambiente presente e frequentemente levam a criar as muitas condições que perpetuam os problemas em um tipo de círculo vicioso. Por exemplo, as pessoas escolhem relacionamentos que confirmam as visões disfuncionais do passado e que são o ponto principal dos problemas, mais tarde chamou esta abordagem de “psicodinâmica cíclica”. A visão da casualidade nesta teoria é considerada circular e recíproca, e parece explicar melhor os problemas dos pacientes, do que as visões lineares causais das teorias comportamentais e psicanalítica (Wachtel, 1994).

Houve algumas tendências importantes nas terapias psicanalítica e comportamentais que contribuíram para o aumento de interesse na integração, segundo Messer (1986). Na teoria psicanalítica algumas foram: uma maior atenção aos eventos

atuais na vida das pessoas, mais atenção aos esforços adaptáveis das pessoas para lidar com seus problemas e maior ênfase na responsabilidade do paciente para com seus sentimentos e ações. Na terapia comportamental as tendências importantes foram: a incorporação da teoria de aprendizado social e técnicas cognitivamente orientadas.

Em um estudo de Brady et al (1980), terapeutas proeminentes de uma variedade de orientações teóricas, responderam a uma série de questões considerando os ingredientes efetivos na psicoterapia de adultos. Houve um consenso de que fornecer ao paciente novas experiências dentro e fora da terapia, é um ingrediente central de todas as psicoterapias. Estas novas experiências foram consideradas importantes, porque elas lideraram as mudanças no modo como as pessoas pensavam sobre elas mesmas. Enquanto existiam diferenças em como tais experiências deveriam ser fornecidas e o papel preciso delas no processo da mudança, todos concordaram com a centralização de tais experiências. Esta ênfase em novas experiências foi consistente com propósitos iniciais envolvendo a experiência emocional corretiva. Entretanto, “novas experiências” é somente uma descrição muito geral, e como estas novas experiências podem ser fornecidas e como elas facilitam a mudança, são temas que ficaram para ser desenvolvidos mais precisamente em modelos de fatores comuns.

Em outro estudo significativo, Goldfried (1980) apontou a questão de qual nível de abstração pode ser mais útil e do qual pode extrair-se fatores comuns. Ele sugeriu que se procurasse por um nível intermediário de abstração, entre teorias amplas e técnicas específicas. Chamou isto de nível de “estratégias clínicas” ou princípios de mudança que guiam nossos esforços durante a terapia. Sugeriu duas estratégias que são importantes em todas as psicoterapias: uma é ter o paciente engajado em experiências novas e corretivas, A segunda é fornecer *feedback*; um processo no qual as intervenções dos terapeutas ajudam os pacientes a aumentar sua consciência ou pensamento, sentimentos e ações. Focou então seus esforços subsequentes no *feedback* e desenvolveu um sistema de códigos extensos para medir diferentes aspectos de *feedback*. O trabalho dele mostra a importância dos fatores comuns e únicos em diferentes abordagens terapêuticas.

Goldfried (1991) achou ainda que terapeutas cognitivos-comportamentais e terapeutas psicodinâmicos-interpessoais tendem a focar mais no *feedback* sobre temas interpessoais do que sobre temas intrapessoais, apesar das diferenças teóricas. O trabalho deste autor se baseia na integração psicoterapêutica e como esta pode direcionar para novas pesquisas. O foco dele tem sido procurar fatores comuns na prática dos

psicoterapeutas, pois para ele a eficácia da terapia esta diretamente ligada aos fatores comuns.

Pode-se portanto, perceber que cada abordagem preconiza seus critérios de progresso em psicoterapia, mas não se sabe se na prática dos psicoterapeutas infantis seguem de fato esses. Nesse sentido, foram definidos os objetivos desta pesquisa, na qual se procurou fazer um levantamento, junto a psicoterapeutas de crianças brasileiros, sobre os critérios que consideram relevantes para aferir progresso nos processos que conduzem. Para isso, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral

O objetivo desse estudo foi o de fazer um levantamento, junto a psicoterapeutas que atendem crianças, sobre a relevância de critérios elaborados a partir da literatura, para avaliar progresso em seus pacientes infantis.

Objetivos específicos

Comparar as abordagens teóricas dos psicoterapeutas, identificando semelhanças e diferenças nos critérios de progresso adotados.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 154 terapeutas que fazem atendimento psicoterápico de crianças, destes 88,89 % são do sexo feminino. Quanto à distribuição por região do país, 42,21% da amostra atua na região sudeste; 38,96% na região sul; 12,34% na região centro oeste; 3,9% na região nordeste e 2,6% na região norte. Em relação ao ano de formação variou desde 1969 até 2009 sendo que 57,79% se formaram entre 2000 e 2009, com tempo de prática em psicoterapia psicodinâmica infantil variando de 2 a 40 anos com média de 11,60 (DP=10,19) e mediana 8 anos. No que respeita à abordagem teórica dos participantes, 50,65 % adotava a Psicanalítica (n=78); 27,27% a Psicodinâmica (n=42); 19,49% a Comportamental [cognitiva (n=6), comportamental (n=6), cognitivo-comportamental (n=18)]; 11,69% a Humanista [centrada na pessoa (n=6), fenomenológico-existencialista (n=4), gestalt-terapia (n=8)]; e 5,19 identificou-se como outras [análise transacional (n=1), junguiana (n=2), psicodrama (n=1), sistêmica (n=4)]; 13% responderam adotarem mais de uma abordagem.

Instrumento

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário construído pela pesquisadora. Este foi composto por afirmações sobre comportamentos e atitudes usualmente associados na literatura ao progresso de crianças que se encontram em psicoterapia (Anexo A). As respostas ao questionário formam escala de tipo Likert em que 1 corresponde a muito relevante e 5 pouquíssimo relevante. As questões estão divididas em três blocos compostos por: 33 afirmações relacionadas à sessão com a criança; 25 afirmações relacionadas a situações externas às sessões, conforme o relato dos pais e/ou professores; seis questões para caracterizar o perfil dos participantes. Ao final dos dois primeiros blocos há um espaço, caso o participante queira acrescentar algum critério que julga necessário e que não foi contemplado nas afirmações.

Procedimento

O projeto foi primeiramente encaminhado ao Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da PUC-Campinas para aprovação (1009/10) (Anexo B).

Envio de carta de esclarecimento do projeto (Anexo C) aos Conselhos Regionais de Psicologia (CRP), solicitando autorização para a divulgação da pesquisa junto aos seus inscritos. Foram enviadas cartas para os seguintes Conselhos: CRP-01(DF, AM, RR, AC, RO); CRP-02 (PE); CRP-03 (BA, SE); CRP-04 (MG, ES); CRP-05(RJ); CRP-06 (SP); CRP-07 (RS); CRP-08(PR); CRP-09 (TO,GO); CRP-10 (PA,AP); CRP-11 (MA,PI,CE); CRP-12 (SC); CRP-13 (RN,PB); CRP-14 (MT, MS); CRP-15 (AL).

Foram também enviadas cópias aos Conselhos, do projeto de pesquisa, do parecer do Comitê de Ética, e do Questionário.

Envio de carta convite aos profissionais, por meio eletrônico (Anexo D), juntamente com o questionário. Aqueles que consentiram em participar do estudo, confirmaram a participação por meio do aceitado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E), antes de iniciar a responder o questionário

A devolução dos questionários respondidos também foi realizada por via eletrônica à pesquisadora.

Obteve-se autorização para a divulgação da pesquisa junto aos seguintes CRPs: CRP-01 (DF, AM, RR, AC, RO); CRP-04 (MG, ES); CRP-07 (RS); CRP-08 (PR); CRP-09 (TO,GO); CRP-10 (PA,AP); CRP-12 (SC); CRP-14 (MS); CRP-16 (ES) e CRP-17 (RN). Estes CRPs disponibilizaram o link da pesquisa em seus sites e alguns (CRP-07; CRP-09; CRP-12; CRP-14; CRP-16; CRP-17) também enviaram convite por e-mail aos seus inscritos para participarem da pesquisa.

Além do contato formal, estabelecido por meio dos CRPs, recorreu-se aos contatos pessoais da autora e orientadora com psicoterapeutas brasileiros, de diversas regiões do país. Esses, por sua vez, foram instados a convidarem outros colegas de suas redes de trabalho, procurando-se dessa forma ampliar ao máximo a amostra e compensar a possível sub-representação de regiões. Neste processo, embora o foco da pesquisa fosse psicoterapeutas com formação em psicologia, quatro psiquiatras que ficaram sabendo da pesquisa, também se dispuseram a colaborar e foram integrados à amostra.

Resultados

Primeiramente, foi realizada uma análise para verificar quais os critérios de mudança em psicoterapia infantil que foram considerados mais relevantes na sessão, pelos participantes da amostra. A Tabela 1 traz a distribuição de frequência relativa das respostas às alternativas de cada questão.

Tabela 1. Distribuição das frequências relativas (f %) das respostas da amostra total (n=154), aos critérios de avaliação de progresso em sessões de psicoterapia de crianças.

Nº	Critério de avaliação de progresso	1*	2	3	4	5
1	Diversifica as brincadeiras	33,12	55,84	5,19	5,84	
2	Fala sobre seus medos	67,53	25,332	1,95	3,90	1,30
3	Demonstra, por meio de jogos e brincadeiras, seus conflitos.	78,57	18,83	1,30	1,30	
4	Toma a iniciativa das brincadeiras.	46,75	45,45	4,55	3,25	
5	Dá demonstrações de confiança no terapeuta	74,03	21,43	1,95	1,95	0,65
6	Faz associações entre o brinquedo e sua situação de vida	58,44	27,92	7,79	5,84	
7	Dirige as brincadeiras dando ordens ao psicoterapeuta	24,68	38,31	17,53	14,94	4,55
8	Segue as regras dos jogos (ex.: banco imobiliário, damas, etc.)	34,42	49,35	8,44	6,49	1,30
9	Tolera perder em jogos	51,95	39,61	4,55	1,95	1,95
10	Estabelece uma comunicação afetiva com o terapeuta	67,53	26,62	3,25	2,60	
11	Demonstra compreender o(s) motivo(s) de estar em psicoterapia	50,65	36,36	6,49	5,84	0,65
12	Faz presentes nas sessões para o terapeuta (ex.: desenhos, colagens, etc.), em datas especiais (páscoa, natal, final da psicoterapia)	11,69	33,12	25,97	23,38	5,84
13	Dorme, algumas vezes, por algum tempo.	15,58	22,08	32,47	13,64	16,23
14	Traz brinquedos de casa	12,34	32,47	24,03	24,03	7,14
15	Quer levar brinquedos para casa	11,69	44,81	12,99	21,43	9,09
16	Quer levar desenhos e colagens realizados na sessão, para casa	17,53	40,91	14,29	17,53	9,74
17	Conta situações vividas fora da sessão	52,60	37,01	5,84	3,90	0,65
18	Demonstra humor nas brincadeiras.	44,81	40,26	9,74	4,55	0,65
19	Conta sobre brigas ocorridas entre os pais	44,16	42,86	8,44	2,60	1,95
20	Representa, na brincadeira, brigas entre os pais.	52,60	36,36	9,09	1,30	0,65
21	Representa, na brincadeira, brigas entre crianças	50,65	37,01	9,74	1,95	0,65
22	Não abandona a brincadeira quando algo dá errado	53,25	31,82	9,09	4,55	1,30
23	Explora visualmente o ambiente da sala de atendimento	26,62	47,40	12,34	12,99	0,65
24	Locomove-se pela sala com desenvoltura	31,82	53,25	4,55	9,09	1,30
25	Guarda sem resistências os brinquedos ao final da sessão	34,42	46,75	9,09	9,09	0,65
26	Pede segredo do terapeuta sobre situações que a angustiam	41,56	33,77	14,94	8,44	1,30
27	Demonstra verbalmente sua raiva pelo terapeuta	48,05	29,87	12,99	7,14	1,95
28	Demonstra, por meio da brincadeira, sua raiva pelo terapeuta	51,30	33,12	9,09	5,84	0,65
29	Faz valer sua vontade na condução dos brinquedos.	30,52	45,45	14,94	7,14	1,95
30	Conta sonhos e/ou pesadelos que teve durante a semana.	46,75	34,42	11,04	5,84	1,95
31	Demonstra interesse pelos brinquedos oferecidos	33,12	44,16	11,04	11,04	0,65
32	Cria novas regras para brinquedos que possuem regras, de acordo com suas conveniências (ex.: banco imobiliário, damas, etc.)	33,12	35,06	12,34	13,64	5,84
33	Concentra-se no jogo ou desenho por longos períodos.	34,42	42,21	11,69	10,39	1,30

*1- muito relevante; 2- moderadamente relevante; 3- sem relevância; 4- pouco relevante; 5- pouquíssimo relevante

De acordo com a Tabela 1, os critérios de mudança nas sessões, considerados “muito relevantes” pela maior parte da amostra (>50%), foram: 3- Demonstra, por meio de jogos e brincadeiras, seus conflitos (78,57%); 5- Dá demonstrações de confiança no terapeuta (74,03%); 2- Fala sobre seus medos (67,53%); 10- Estabelece uma comunicação afetiva com o terapeuta (67,53%); 6- Faz associações entre o brinquedo e sua situação de vida (58,44%); 22- Não abandona a brincadeira quando algo dá errado (53,25%); 17 – Conta situações vividas fora da sessão (52,60%); 20 – Representa, na brincadeira, brigas entre os pais (52,60%); 9- Tolera perder em jogos (51,95%); 28 – Demonstra, por meio da brincadeira, sua raiva pelo terapeuta (51,30%); 11 – Demonstra compreender o(s) motivo(s) de estar em psicoterapia (50,65%); 21- Representa, na brincadeira, brigas entre crianças (50,65%).

Os critérios 1- diversifica as brincadeiras (55,84%) e 24- Locomove-se pela sala com desenvoltura (53,25%) foram considerados “moderadamente relevantes” (alternativa 2) como critério de progresso em sessões de crianças, pela maioria dos participantes (50%) (Tabela1). Os critérios 7, 8, 12,14, 15, 16, 23, 25, 29, 31, 32 e 33, não atingiram 50%, apesar de receberem, nesta alternativa, o maior número de respostas.

Em relação às alternativas, “sem relevância”, “pouco relevante” e “pouquíssimo relevantes”, nenhum critério obteve a maioria das respostas (>50%). No entanto, quando se soma as respostas destas três alternativas, observa-se que os critérios, - 13- Dorme algumas vezes, por algum tempo (62,34%); 14 – Traz brinquedos de casa (55,2%); e 12- Faz presentes nas sessões para o terapeuta (ex.: desenhos, colagens, etc.), em datas especiais (páscoa, natal, final da psicoterapia) (55,19%). – atingem percentual superior à metade da amostra (50%), o que sugere que correspondem a situações consideradas não associadas a progresso em sessões de psicoterapias de crianças. Esta

característica é corroborada pelo valor da mediana (= 3) destes itens, conforme a Tabela 2. Na Tabela 2 são ainda encontrados os valores médios, respectivos desvios padrão e medianas da distribuição de repostas dos participantes, correspondente a cada critério de mudança na sessão.

Tabela 2. Valores mínimos, máximos, médias e medianas de cada critério de mudança na sessão, para amostra total (n=154).

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
1	1	4	1,84	0,77	2
2	1	5	1,46	0,83	1
3	1	4	1,25	0,54	1
4	1	4	1,64	0,72	2
5	1	5	1,34	0,68	1
6	1	4	1,61	0,87	1
7	1	5	2,36	1,14	2
8	1	5	1,91	0,90	2
9	1	5	1,62	0,83	1
10	1	4	1,41	0,68	1
11	1	5	1,69	0,88	1
12	1	5	2,79	1,11	3
13	1	5	2,93	1,28	3
14	1	5	2,81	1,15	3
15	1	5	2,71	1,19	2
16	1	5	2,61	1,24	2
17	1	5	1,63	0,82	1
18	1	5	1,76	0,86	2
19	1	5	1,75	0,87	2
20	1	5	1,61	0,76	1
21	1	5	1,65	0,79	1
22	1	5	1,69	0,91	1
23	1	5	2,14	0,98	2
24	1	5	1,95	0,92	2
25	1	5	1,95	0,93	2
26	1	5	1,94	1,01	2
27	1	5	1,85	1,03	2
28	1	5	1,71	0,91	1
29	1	5	2,05	0,96	2
30	1	5	1,82	0,98	2
31	1	5	2,02	0,97	2
32	1	5	2,24	1,22	2
33	1	5	2,02	1,00	2

A Tabela 3 traz as frequências relativas das respostas dos participantes (n=154) aos critérios de progresso em situações externas às sessões (conforme relato dos pais/ou escola). Pode-se observar que os critérios considerados “muito relevantes” (alternativa

1) pela maioria da amostra (>50%) foram: 1- Apresenta melhora nos relacionamentos com familiares (pais, irmãos, avós) (85,71%); 3 - Apresenta melhora nos relacionamentos com colegas de classe e professores (78,57%); Demonstra interesse em novas atividades (ex. jogos, esportes, música, dentre outros) (61,69%); 11- Admite seus erros (60,39%); 13 – Expressa sua raiva verbalmente (58,44%); 8 – Aceita os limites impostos pelos pais quanto a horários, necessidade de fazer lições e/ou arrumar suas coisas (54,55%); 9 – Conseguir resolver seus problemas sozinha (54,55%); 7 – Defende-se de ataques de irmãos e/ou colegas (53,90%); 14 – Expressa ciúmes verbalmente (53,90%); 25 – Cuida de si e de sua aparência (52,60%); 4 - Demonstra interesse por novas pessoa (vizinhos, colegas de classe) (51,95%); 21 – Dorme a noite toda (51,95%).

Nenhum critério relativo a situações externas das sessões foi apontado como moderadamente relevante pela maioria dos participantes (>50%). E também não foram apontados critérios “sem relevância, pouco relevantes ou pouquíssimo relevantes”, pela maioria da amostra (>50%).

Tabela 3. Distribuição das frequências relativas (f %) dos critérios de avaliação de progresso em situações externas às sessões (conforme relato dos pais/ou escola), para a amostra total (n=154).

Nº	Critério de avaliação de progresso	1*	2	3	4	5
1	Apresenta melhora nos relacionamentos com familiares (pais, irmãos, avós)	85,71	12,99	0,65	0,65	
2	Demonstra interesse em novas atividades (ex.jogos, esportes, música, etc.	61,69	32,47	4,55	0,65	0,65
3	Apresenta melhora nos relacionamentos com colegas de classe e professores	78,57	19,48	0,65	1,30	
4	Demonstra interesse por novas pessoas (vizinhos, colegas de classe)	51,95	36,36	7,14	3,90	0,65
5	Diverte-se sozinha com brinquedos e jogos.	33,12	47,40	11,04	6,49	1,95
6	Faz valer sua vontade em brincadeiras com irmãos e/ou colegas	25,32	50,00	15,58	7,79	1,30
7	Defende-se de ataques de irmãos e/ou colegas	53,90	40,26	3,90	1,30	0,65
8	Aceita os limites impostos pelos pais quanto a horários, necessidade de fazer lições, e/ou arrumar suas coisas	54,55	35,71	7,79	1,95	
9	Consegue resolver seus problemas sozinha.	54,55	33,77	5,19	6,49	
10	Pede desculpas quando se excede ou se comporta de maneira inadequada.	46,75	40,26	8,44	3,90	0,65
11	Admite seus erros.	60,39	27,92	7,79	3,90	
12	Procura consertar as coisas (brinquedos, objetos, etc.).	48,05	37,01	10,39	3,90	0,65
13	Expressa sua raiva verbalmente.	58,44	30,52	4,55	5,84	0,65
14	Expressa ciúmes verbalmente.	53,90	35,71	4,55	5,19	0,65
15	Tem bom desempenho escolar (notas nas disciplinas compatíveis com suas capacidades e habilidades).	44,81	44,16	3,25	7,14	0,65
16	Mostra-se ansiosa para ir para as sessões de psicoterapia.	24,03	45,45	19,48	8,44	2,60
17	Conversa com os pais sobre coisas ocorridas na escola	44,81	40,26	7,14	6,49	1,30
18	Conversa com os pais sobre coisas ocorridas nas sessões de psicoterapias	20,78	38,31	24,03	14,29	2,60
19	Mostra-se interessada pelos deveres escolares	31,17	47,40	11,69	9,09	0,65
20	Cuida de cadernos, livros e material escolar, de maneira geral	28,57	49,35	14,29	6,49	1,30
21	Dorme a noite toda.	51,95	35,06	7,79	5,19	
22	Não tem pesadelos.	30,52	46,75	14,94	6,49	1,30
23	Alimenta-se bem	40,91	43,51	11,04	3,90	0,65
24	Os pais se mostram satisfeitos com o atendimento	41,56	44,16	9,74	3,90	0,65
25	Cuida de si e de sua aparência	52,60	36,36	7,14	3,25	0,65

*1- muito relevante; 2- moderadamente relevante; 3- sem relevância; 4- pouco relevante; 5- pouquíssimo relevante

Foram realizadas ainda análises multivariadas para verificar como os itens do questionário, que refletem critérios de avaliação de mudança em psicoterapias infantis, podiam ser agrupados. Para tanto, foram utilizadas Análises de Correspondência Múltipla (ACM). A ACM é uma técnica de caráter exploratório, descritivo que não permite comparações. Ela é aplicável a situações em que se quer “examinar as relações entre variáveis categóricas nominais e/ou entre as categorias dessas variáveis” (Pereira, 1999, p.149). A ACM apresenta os resultados em forma de agrupamentos, conforme a associação entre as variáveis estudadas. Os agrupamentos são representados em gráficos, nos quais a distância entre pontos pode ser interpretada como similaridade entre estes pontos (quando estão numa mesma dimensão) ou de associação (quando em dimensões distintas). Quanto mais associadas estiverem as categorias de uma variável com as categorias da outra variável, mais próximos estarão os pontos referentes a elas. Quanto maior for a inércia, maior será a distribuição das categorias das variáveis em grupos distintos (formando conglomerados semelhantes a “constelações” em um mapa astronômico).

No Anexo F encontram-se os resultados da ACM relativos às associações entre as abordagens teóricas e os critérios de mudança na sessão. E no Anexo G, aparecem os respectivos gráficos. Deve-se observar que para maior consistência nas análises, as variáveis foram agrupadas em três categorias de resposta: muito relevante (1), moderadamente relevante (2) e sem relevância (3, 4 e 5). O exame dos gráficos sugere as seguintes associações como as principais: Abordagem psicanalítica e itens 1, 10, 3, 4 e 9 muito relevantes (parte superior esquerda do gráfico); abordagem comportamental-cognitiva e itens 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, e 22, “muito relevantes”, e item 12 moderado (parte inferior esquerda do gráfico); abordagem psicodinâmica e itens 4, 9, 11, 26, 29, e 33 moderados e itens 12, 13 e 16 sem relevância (parte inferior direita do gráfico);

outras abordagens (gestalt-terapia, psicodrama, análise transacional, psicodrama e sistêmica) e item 3 muito relevante, e itens 12, 13 e 16 sem relevância (parte superior central do gráfico). Essas associações encontram-se reunidas na Tabela 4.

Tabela 4. Principais associações entre a abordagem teórica e os critérios de progresso na sessão de acordo com a Análise de Correspondência Múltipla (ACM)

Item*	1	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	22	26	29	33
Psicanalítica	MR**		MR	MR			MR	MR								
Psicodinâmica			MR	Mod***			Mod	MR	Mod	SR****	SR	SR		Mod	Mod	Mod
Cognitivo-Comportamental		MR	MR		MR	MR	MR	MR	MR	Mod			MR			
Outras			MR							SR	SR	SR				

*Item: 1- Diversifica as brincadeiras, 2- Fala sobre seus medos, 3- Demonstra, por meio de jogos e brincadeiras, seus conflitos, 4- Toma a iniciativa das brincadeiras, 5- Dá demonstrações de confiança no terapeuta, 6- Faz associações entre o brinquedo e sua situação de vida, 7- Dirige as brincadeiras dando ordens ao psicoterapeuta, 8- Segue as regras dos jogos (ex.: banco imobiliário, damas, etc.), 9- Tolerar perder em jogos, 10- Estabelece uma comunicação afetiva com o terapeuta, 11- Demonstra compreender o(s) motivo(s) de estar em psicoterapia, 12- Faz presentes nas sessões para o terapeuta (ex.: desenhos, colagens, etc.), em datas especiais (páscoa, natal, final da psicoterapia), 13- Dorme, algumas vezes, por algum tempo, 14- Traz brinquedos de casa, 15- Quer levar brinquedos para casa, 16- Quer levar desenhos e colagens realizados na sessão, para casa, 17- Conta situações vividas fora da sessão, 18- Demonstra humor nas brincadeiras, 19- Conta sobre brigas ocorridas entre os pais, 20- Representa, na brincadeira, brigas entre os pais, 21- Representa, na brincadeira, brigas entre crianças, 22- Não abandona a brincadeira quando algo dá errado, 23- Explora visualmente o ambiente da sala de atendimento, 24- Locomove-se pela sala com desenvoltura, 25- Guarda sem resistências os brinquedos ao final da sessão, 26- Pede segredo do terapeuta sobre situações que a angustiam, 27- Demonstra verbalmente sua raiva pelo terapeuta, 28- Demonstra, por meio da brincadeira, sua raiva pelo terapeuta, 29- Faz valer sua vontade na condução dos brinquedos, 30- Conta sonhos e/ou pesadelos que teve durante a semana, 31- Demonstra interesse pelos brinquedos oferecidos, 32- Cria novas regras para brinquedos que possuem regras, de acordo com suas conveniências (ex.: banco imobiliário, damas, etc.), 33- Concentra-se no jogo ou desenho por longos períodos

MR – Muito Relevante;* Mod – Moderadamente Relevante;**** SR- Sem Relevância

Por meio de Análise de Correspondência Múltipla (ACM), também foram examinadas as relações entre os critérios de mudança externos à sessão em psicoterapia de crianças e a abordagem teórica do participante. No Anexo H encontram-se os resultados da ACM relativos às associações entre as abordagens teóricas e os critérios de mudança na sessão. E no Anexo I, os respectivos gráficos. As principais associações externas à sessão foram: abordagem psicanalítica e itens 5,6, 16 e 24 moderados, e item 18 sem relevância (parte inferior direita do gráfico); abordagem psicodinâmica e itens 1,2, 3 e 24 muito relevantes, e itens 5,16 e 22 moderados (parte superior esquerda do gráfico); abordagem comportamental-cognitiva e itens 1, 3, 2, 24

muito relevantes (parte superior esquerda do gráfico);outras abordagens (gestalt-terapia,psicodrama, análise transacional,psicodrama e sistêmica) e itens 2,4, 5, 6, 9,16, 18, 22,23 e 24, moderados. A Tabela 5 apresenta, resumidamente, estes resultados.

Tabela 5. Principais associações entre a abordagem teórica e os critérios de progresso fora da sessão de acordo com a Análise de Correspondência Múltipla (ACM)

Item*	1	2	3	4	5	6	9	16	18	22	23	24
Psicanalítica					Mod***	Mod		Mod	SR****			Mod
Psicodinâmica	MR**	MR	MR		Mod			Mod		Mod		MR
Cognitivo-Comportamental	MR	MR	MR									MR
Outras		Mod		Mod	Mod	Mod	Mod	Mod	Mod	Mod	Mod	Mod

*Item: 1- Apresenta melhora nos relacionamentos com familiares (pais, irmãos, avós), 2- Demonstra interesse em novas atividades (ex.jogos, esportes, música, etc), 3- Apresenta melhora nos relacionamentos com colegas de classe e professores, 4- Demonstra interesse por novas pessoas (vizinhos, colegas de classe), 5- Diverte-se sozinha com brinquedos e jogos, 6- Faz valer sua vontade em brincadeiras com irmãos e/ou colegas, 7- Defende-se de ataques de irmãos e/ou colegas, 8- Aceita os limites impostos pelos pais quanto a horários, necessidade de fazer lições, e/ou arrumar suas coisas, 9- Consegue resolver seus problemas sozinha, 10- Pede desculpas quando se excede ou se comporta de maneira inadequada, 11- Admite seus erros, 12- Procura consertar as coisas (brinquedos, objetos, etc.), 13- Expressa sua raiva verbalmente, 14- Expressa ciúmes verbalmente, 15- Tem bom desempenho escolar (notas nas disciplinas compatíveis com suas capacidades e habilidades), 16- Mostra-se ansiosa para ir para as sessões de psicoterapia, 17- Conversa com os pais sobre coisas ocorridas na escola, 18- Conversa com os pais sobre coisas ocorridas nas sessões de psicoterapias, 19- Mostra-se interessada pelos deveres escolares, 20- Cuida de cadernos, livros e material escolar, de maneira geral, 21- Dorme a noite toda, 22- Não tem pesadelos, 23- Alimenta-se bem, 24- Os pais se mostram satisfeitos com o atendimento, 25- Cuida de si e de sua aparência.

MR – Muito Relevante;* Mod – Moderadamente Relevante;**** SR- Sem Relevância

Quanto ao espaço no final dos dois primeiros blocos, para que caso o participante quisesse acrescentar algum critério que julgava necessário e que não foi contemplado nas afirmações, não foi preenchido por nenhum participante. E 97 dos questionários foram invalidados devido estarem incompletos.

Discussão

A amostra foi composta por 150 psicólogos e 4 psiquiatras que fazem atendimento psicoterápico de crianças. O predomínio de psicólogos deve-se provavelmente, ao fato do instrumento ter sido mais divulgado no meio psicológico. O percentual de mulheres na amostra (89%) corresponde aproximadamente ao de psicólogas brasileiras (Pfromm Netto, 2006). No que respeita especificamente ao contingente dos que exercem psicoterapias, não há dados disponíveis. No entanto, com base na experiência da autora, parece plausível admitir que, quando se tratam de psicoterapeutas de crianças, as mulheres são, efetivamente, maioria. Nesse sentido, a amostra da pesquisa parece ser representativa do universo mais amplo de psicoterapeutas, no que concerne ao sexo.

Quanto à distribuição por região do país, a amostra ficou predominantemente representada por psicoterapeutas das regiões sul (39%) e sudeste (42%), que tradicionalmente concentram a maioria dos psicólogos. Como não foram encontrados dados referentes aos percentuais de psicoterapeutas nestas regiões, nada pode ser afirmado quanto à representatividade da amostra no que concerne à distribuição geográfica.

Em relação ao ano de formação variou desde 1969 até 2009 sendo que 57,79% se formaram entre 2000 e 2009, com tempo de prática em psicoterapia infantil variando de 2 a 40 anos com média de 11,60 (DP=10,19) e mediana de 8 anos. Percebe-se que a maioria da amostra tem uma apropriada experiência o que é significativo para o estudo no sentido de fornecerem critérios que realmente foram avaliados em psicoterapia. No que diz respeito à abordagem teórica, metade da amostra identificou-se como psicanalista, seguidos dos psicodinâmicos (28%), comportamentalistas (20%) e humanistas (12%). Apenas 5% identificou-se como outras [análise transacional (n=1), junguiana (n=2), psicodrama (n=1), sistêmica (n=4)]. Alguns responderam serem de duas ou mais abordagens (psicodinâmica e psicanalítica, 7,14%; psicanalítica e cognitiva, 0,65%; psicodinâmica, psicanalítica e cognitiva, 0,65%, psicodinâmica, psicanalítica e comportamental-cognitiva, 0,65%). A maior incidência de psicanalistas e psicodinâmicos sugere que a hegemonia da psicanálise ainda persiste em nosso meio, e nesse sentido a amostra estaria refletindo esta realidade.

De forma resumida, pode-se dizer que a amostra ficou representada, predominantemente, por psicóloga das regiões sul e sudeste, formadas há cerca de 11 anos, com boa experiência clínica em psicoterapias de criança, em sua maioria de orientação teórica psicanalítica.

Quanto às respostas ao questionário, foi realizada primeiramente uma análise de porcentagens para verificar quais os critérios de mudança foram considerados mais relevantes (> 50%) tanto na sessão como no ambiente externo.

Quanto aos resultados mostraram que os critérios de mudança considerados mais relevantes nas sessões com as crianças foram: Demonstra, por meio de jogos e brincadeiras, seus conflitos (79%); Dá demonstrações de confiança no terapeuta (74%); Fala sobre seus medos (67%); Estabelece uma comunicação afetiva com o terapeuta (67,53%). Estes resultados corroboram a maioria das pesquisas (Langer et al, 2011; Tharinger et al, 2008; Marques & Arruda, 2007; Meissner, 2007; Oliveira, 2002; Sei et al, 2008; Shirk et al, 2011; Yanof, 2005) que mostram o quanto é importante o vínculo terapêutico, traduzido por uma boa aliança terapêutica e que estaria ligado à eficácia da terapia, seja qual for a abordagem. Quando é possível estabelecer um bom vínculo, a criança é capaz de se expressar mais livremente no que respeita a seus conflitos e medos, o que pode ser entendido como uma demonstração de confiança no terapeuta. A relevância da aliança terapêutica positiva é destacada como o principal preditor de progresso em psicoterapia por grande número de autores, especialmente os partidários dos fatores comuns, dentro da abordagem integrativa (Goldfried,1991).

E em situações externas às sessões (conforme relato dos pais e/ou escola) as mais relevantes foram: Apresenta melhora nos relacionamentos com familiares (pais, irmãos, avós) (86%); Apresenta melhora nos relacionamentos com colegas de classe e professores (78%); Demonstra interesse em novas atividades (ex. jogos, esportes, música, dentre outros) (62%); Admite seus erros (60%). Nas situações externas às sessões também pode-se verificar que em todas as abordagens é um critério de sucesso quando as relações interpessoais melhoram. O bom convívio da criança em sociedade, é de fato uma expressão de bom desenvolvimento de sua personalidade, pois sugere que ela está encontrando respostas adequadas para obter a satisfação de suas necessidades (Mito & Yoshida, 2004).

Uma das principais preocupações em psicoterapia é avaliar se esta obteve êxito, ou seja, se conseguiu levar o paciente às mudanças almejadas. Na prática clínica, grande parte dos psicoterapeutas guia-se por critérios teoricamente baseados para avaliar o

progresso dos pacientes. Nestes casos, os resultados das psicoterapias tendem a ser considerados satisfatórios quando corroboram as expectativas teóricas do terapeuta.

A Análise de Correspondências Múltiplas (ACM), envolvendo os critérios de mudança na sessão de psicoterapias de criança e a abordagem teórica do participante, sugeriu que apenas o item 3 (demonstrar, por meio de jogos e brincadeiras, seus conflitos) seria Muito Relevante (Tabela 4), de acordo os participantes de todas as abordagens. Este critério parece, efetivamente, resumir o fundamento das psicoterapias de crianças, que consideram o brincar como a forma natural da criança se expressar. E, nessa medida, parece lógico que os resultados tenham apontado associação entre a avaliação muito relevante com todas as abordagens teóricas.

Aparecem associadas nas abordagens psicanalítica, psicodinâmica e cognitivo-comportamental, mas não nas outras abordagens as avaliações Muito Relevantes (MR) e Moderadamente Relevantes (Mod), com os itens 4 (toma a iniciativa das brincadeiras), 9 (tolera perder nos jogos) e 10 (estabelece uma comunicação afetiva como o terapeuta) (Tabela 4). Nos três casos, a expressão lúdica é valorizada na avaliação do progresso. Especificamente o item 10 refere-se ao estabelecimento, por parte da criança, de uma comunicação afetiva com o terapeuta. A expressão de afeto e emoções é efetivamente considerada um fator relevante em psicoterapias (Mergenthaler, 2008). E, quando positiva, permite o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica, condição enfatizada por vários autores, como o principal precursor da mudança associada a resultados positivos do processo (Proskauer, 1971).

Em paciente adultos, a exploração das emoções, quando acompanhada de reflexão sobre elas, permite uma melhor compreensão e interpretação das situações vividas por ele (Mergenthaler, 2008). No início dos tratamentos elas costumam ser predominantemente negativas, uma vez que associadas à queixa e aos conflitos que levaram o paciente à psicoterapia. Mas, à medida que há progresso, elas costumam dar lugar à expressão de emoções mais positivas (Yoshida, no prelo). No caso de crianças, a ocorrência de reflexão sobre as emoções não costuma ser tão evidente, expressando-se muito mais numa mudança do brincar e na comunicação mais afetiva com o terapeuta, como indicado no item 10.

Em relação aos demais itens, excetuando-se os itens 11 e 12 que serão analisados mais abaixo, encontrou-se associação entre a avaliação e a abordagem teórica do participante (Tabela 4), apenas em relação a uma abordagem específica. Neste

sentido, passa-se a seguir a fazer considerações procurando-se entender estas associações à luz das respectivas bases teóricas.

Em relação à abordagem psicanalítica, o item 1 apareceu como associado à avaliação MR. Refere-se ao critério, “diversificar as brincadeiras”. Segundo Kernberg (1995), quando o brincar se desenrola de forma agradável, é justamente quando a criança se mostra mais capaz de tolerar seus conflitos e frustrações, e um processo de elaboração encontra-se em marcha. De acordo com o postulado teoricamente pela psicanálise, o aumento da tolerância à frustração faz com que a criança lide com seus conflitos internos mantendo uma maior integração do ego. Com isso ela se mantém por mais tempo na posição depressiva, caracterizada pelo predomínio da ansiedade depressiva, diminuição da culpa, convivência de amor e o ódio pelo objeto e atenuação dos processos de cisão (Klein, 1932/1996).

Em relação à abordagem comportamental-cognitiva, os itens considerados muito relevantes foram: o item 22, “Não abandona a brincadeira quando algo dá errado”; item 6, “Faz associações entre o brinquedo e sua situação de vida”. Não abandonar a brincadeira quando algo dá errado, revela persistência e determinação, ambas habilidades cognitivas ligadas à capacidade de enfrentamento (Beck, 1997). No entanto, supõe também que a criança tolere frustração. E nesse sentido, este critério coincide com o da abordagem psicanalítica. Quanto à associação entre o brinquedo e situações de vida, verifica-se aí a ênfase sobre o aspecto cognitivo do brincar.

O item 5 refere-se a dar demonstrações de confiança no terapeuta e o item 2, “Fala sobre seus medos”, também foram considerados muito relevantes pelos psicoterapeutas de abordagem cognitivista-comportamental. Como observado acima, falar de seus medos além de ser uma habilidade de enfrentamento e contingência é uma expressão de confiança no terapeuta e um dos principais objetivos das psicoterapias, sejam elas de adultos ou de crianças. Tratam-se, portanto de critérios considerados imprescindíveis para a eficácia dos tratamentos (Kazdin, 2000).

Na abordagem psicodinâmica houve associação de vários itens considerados com relevância moderada (itens 4, 9, 11, 26, 29, e 33) e associação com itens sem relevância (itens 12, 16 e 13).

O item 29, “Faz valer sua vontade na condução dos brinquedos” e item 33, “Concentra-se no jogo ou desenho por longos períodos”, são critérios relacionados a certa autonomia da criança em relação ao psicoterapeuta e que é um dos objetivos do tratamento (Cramer, 1974, Palacio-Espasa, 1984 e Palácio-Espasa e Manzano, 1987).

O item 26, “Pede segredo do terapeuta sobre situações que a angustiam”, seria um indicador de confiança no terapeuta Proskauer (1969/1971).

O item 16, “Quer levar desenhos e colagens realizados na sessão, para casa” e o item 13, “Dorme, algumas vezes, por algum tempo” foram considerados sem relevância tanto pelos terapeutas psicodinâmicos como pelas outras abordagens. Isto é, apesar de corresponderem a comportamentos muito frequentemente utilizados pelas crianças em processos de psicoterapias, não estariam ligados a progresso. Na abordagem psicodinâmica, tais comportamentos são usualmente entendidos como expressão de resistência e de dificuldade da criança, em entrar em contato com os sofrimentos. Ao considerá-los sem relevância, os psicoterapeutas psicodinâmicos, mantiveram-se coerentes com os fundamentos teóricos. Além disso, como os terapeutas de outras abordagens também não os consideraram relevantes, verifica-se mais uma vez a confluência de opiniões, a despeito a abordagem teórica.

O item 11, ‘Demonstra compreender o(s) motivo(s) de estar em psicoterapia’ foi considerado pelos participantes da abordagem comportamental-cognitiva como muito relevante, o que apoia o pressuposto teórico de que a mudança estaria relacionada à possibilidade de entendimento por parte do paciente, de que ele tem uma dificuldade e de que precisa colaborar ativamente para enfrentá-la (Guimarães, 2001; Kendall & Bemis, 1983; Moura & Venturelli, 2004).

Este mesmo item foi considerado moderadamente relevante pelos psicodinâmicos, provavelmente devido à relevância que atribuem aos aspectos inconscientes da personalidade (Romanowski, 2005 e Gabbard, 2005).

O item 12, que se refere a fazer presentes nas sessões para o terapeuta (ex.: desenhos, colagens, etc.), em datas especiais (páscoa, natal, final da psicoterapia) foi considerado pelos terapeutas de abordagem psicodinâmica e das demais abordagens como sem relevância. A coincidência de avaliações aponta, portanto, para mais um consenso na área.

Os psicoterapeutas das psicoterapias de cunho humanista consideraram o item 3, como MR e os itens 12, 16 e 13 SR, em coincidência com a abordagem psicodinâmica. Isto talvez se deva ao fato de que estas terapias humanistas aplicadas às crianças têm em seu corpo teórico a influência tanto da psicanálise infantil como da relacional que também são a base da psicoterapia psicodinâmica (Drofman, 1975).

Os itens: 3 (demonstrar, por meio de jogos e brincadeiras, seus conflitos), 4 (toma a iniciativa das brincadeiras), 9 (tolera perder nos jogos) e 10 (estabelece uma

comunicação afetiva como o terapeuta) foram os itens considerados mais relevantes na avaliação dos psicoterapeutas de todas as abordagens deste estudo.

Percebe-se através dos dados que para todas abordagens é imprescindível para ocorrer a mudança no processo terapêutico que a criança se expresse respeitando seu desenvolvimento, e a forma desta expressão se dá através do brincar que gradualmente vai mudando (Moura & Venturelli, 2004 e Proskauer, 1969/1971).

Assim de acordo com os dados conclui-se que apesar das diferenças teóricas valoriza-se: a expressão lúdica, a autonomia, a tolerância a frustração sempre em um clima de confiança que é estabelecida através de uma comunicação afetiva com o terapeuta.

Estes critérios comuns nos remetem à abordagem integrativa em psicoterapia, principalmente a vertente dos fatores comuns. Isto é, apesar das diferenças entre as abordagens teóricas, os psicoterapeutas parecem se apoiar em critérios semelhantes para interpretar a mudança em psicoterapias infantis.

Quanto aos critérios de mudança externos à sessão, também foram examinados de acordo com a técnica de Análise de Correspondência Múltipla (ACM), segundo o tipo de abordagem teórica.

De acordo com os resultados (Tabela 5), os participantes da abordagem comportamental-cognitiva e psicodinâmica consideraram os mesmos itens (1, 2, 3 e 24) muito relevantes.

O item 1, se refere a apresentar melhora nos relacionamentos com familiares (pais, irmãos, avós); item 3, Apresenta melhora nos relacionamentos com colegas de classe e professores; item 2, Demonstra interesse em novas atividades (ex. jogos, esportes, música, etc.) e item 24, Os pais se mostram satisfeitos com o atendimento.

Estes itens estão de acordo com a teoria psicodinâmica que considera fator importantíssimo para a mudança o envolvimento da família e uma melhora de relacionamento com estes. Autores psicodinâmicos defendem que este é um dos melhores critérios para indicar eficácia (Ames, 1970; Cramer, 1974; Mito & Yoshida, 2004; Oberndorf, 1944/1970; Oliveira, 2002; Palacio-Espasa, 1984 e Palácio-Espasa & Manzano, 1987). E também com os estudos comportamentais cognitivos que estão utilizando tratamento de crianças com envolvimento da família e têm obtido resultados positivos (Greene et al., 2003; Moura & Silveiras, 2008; Moura et al. 2007; Webster-Stratton & Reid, 2003). Pois para estes autores também é primordial o envolvimento

dos pais para ocorrer a mudança no relato da criança e uma melhor adaptação desta, pois apenas assim o terapeuta pode avaliar seu trabalho (Kazdin, 2000 e Regra, 2000).

Quanto aos itens considerados moderados houve uma concordância entre os psicanalistas, psicodinâmicos e outras psicoterapias com os itens 16, Mostra-se ansiosa para ir as sessões de psicoterapia e 5, Diverte-se sozinha com brinquedos e jogos. Estes itens se relacionam com a teoria de Melanie Klein (1932/1996) que considera como critérios de mudança o desejo de reparação, ou seja, o desejo de “recuperar” o objeto bom e por isso a ansiedade em ir às sessões de psicoterapia e assim poder diminuir a ansiedade e a culpa e o fato de conseguir brincar em casa sozinha é justamente o resultado deste movimento em direção a assumir maior responsabilidade pelos próprios impulsos.

Outro item também considerado de relevância moderada tanto pelos psicanalistas como para as outras abordagens humanistas foi o item 6, Faz valer sua vontade em brincadeiras com irmãos e/ou colegas. Isto porque com o progresso da psicoterapia a criança passa expressar abertamente suas necessidades (Landreth, 1991). Já, o item 18, Conversa com os pais sobre coisas ocorridas nas sessões de psicoterapias foi considerado sem relevância para os psicanalíticos. O item 22, que se refere a não ter pesadelos foi considerado de relevância moderada pelos psicodinâmicos e outras abordagens. Houve associação entre outras abordagens (gestalt-terapia e outras) também com os itens, 23, 9, 4 e 2 considerados de relevância moderada.

O item 23, Alimenta-se bem; item 9, Consegue resolver seus problemas sozinha e item 4, Demonstra interesse por novas pessoas (vizinhos, colegas de classe). Isto é explicado porque quando ocorre o progresso na psicoterapia estas são expressadas no ambiente externo e segundo Oaklander (1980) existem indícios específicos de como o comportamento da criança muda: segundo relato dos pais e da escola; a criança se interessa por atividades externas que podem envolver jogos, clubes e amigos, passa alimentar-se melhor e ter uma certa autonomia.

De acordo com os resultados o item 24, Os pais se mostram satisfeitos com o atendimento. Juntamente com os itens: item 1, se refere a apresentar melhora nos relacionamentos com familiares (pais, irmãos, avós); item 3, Apresenta melhora nos relacionamentos com colegas de classe e professores; item 2, Demonstra interesse em novas atividades (ex. jogos, esportes, música, etc.) foram considerados relevante por todas as abordagens, percebe-se aqui que estes itens considerados de maior relevância foram aqueles que contemplam uma melhor expressão da criança conseguindo se

interessar por outras atividades e uma melhora no relacionamento com as pessoas de seu convívio e principalmente com sua família que é justamente o que a literatura vem apontando cada vez mais e com dados empíricos que o sucesso da psicoterapia infantil está diretamente relacionada ao envolvimento da família.

Conclusões

Foi possível identificar critérios que são significativos na prática psicoterápica de várias abordagens. Parece haver uma concordância entre elas quanto à necessidade de um bom relacionamento com o terapeuta, confiança para expor seus medos e dificuldades e expressá-los por meio da brincadeira.

A Análise de Correspondências Múltiplas (ACM), envolvendo os critérios de mudança na sessão de psicoterapias de criança e a abordagem teórica do participante, sugeriu que, apesar das diferenças teóricas as abordagens valorizam na sessão: a expressão lúdica, a autonomia, a tolerância à frustração sempre em um clima de confiança que é estabelecida através de uma comunicação afetiva com o terapeuta. E fora da sessão de acordo com relato dos pais ou da escola os itens considerados de maior relevância foram aqueles que contemplaram uma melhor expressão da criança, conseguindo se interessar por outras atividades e uma melhora no relacionamento com as pessoas de seu convívio e principalmente com sua família. Estes critérios comuns nos remetem à abordagem integrativa em psicoterapia, principalmente a vertente dos fatores comuns. Isto é, apesar das diferenças entre as abordagens teóricas, os psicoterapeutas parecem se apoiar em critérios semelhantes para interpretarem a mudança em psicoterapias infantis.

Os critérios mencionados neste estudo poderão ser úteis para uma melhor sistematização das técnicas de psicoterapias infantis e também poderão contribuir para indicar os sinais de progresso e assim poder orientar os psicoterapeutas em suas intervenções. Além disso, espera-se que esse estudo estimule novas pesquisas brasileiras com amostras mais representativas.

Referências

- Ackerson, J., Scogin, F. McKendree-Smith, N., Lyman, R. D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 685-690.
- Albergaria, J. (1991). *Comentários ao estatuto da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Aide
- Ames, T. H. (1970). Prevenção da doença mental na infância. In M. Klein, M. Kris, S. Lorand, E. Glover, C. P. Oberndorf, T. H. Ames, & I. T. A Broadwin (Orgs.), *Psicanálise hoje: a aproximação moderna aos problemas humanos*. Parte I – Psicologia da infância e adolescência. (52-65) Trad. E. D. Velloso, Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1944)
- Ariès, P. (1981). *História social da Criança e da família*, trad. D. Flaksman, 2ªed., Rio de Janeiro: LTC editora. (Original publicado em 1978)
- Arroyo, M. G. (1994). *O significado da infância*. Brasília: MEC/SEF.
- Arkowitz (1997). Integrative Theories of Therapy. In P. L. Wachtel, & S. B. Messer, (eds.), *Theories of Psychotherapy: origins and evolution* (227-288). Washington: American Psychological Association.
- Asarnow J.R., Jaycox, L. H. & Duan, N.(2005). Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized-controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 311-319
- Asarnow J.R., Scott, C. V. & Mintz, J. A. (2002). A combined cognitive-behavioral family education intervention for depression in children: a treatment development study. *Cognitive Therapy Research*, 26, 221-229
- Bandura, A. (2008). A evolução da Teoria Social Cognitiva. In Bandura, A.; Azzi, R. G. e Polydoro, S. *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. (15-41). São Paulo: Artmed (original publicado em 1986)
- Barret, P.M., Dadds, M.R. & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety disorders: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 333-342.
- Barret, P.M., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6 years) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 134-141.

Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*, trad. S. Costa, Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1995).

Beutler, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and a Clinical Psychology*, 47, 882-892.

Beutler, L. E. & Consoli, A. J. (1992). Systematic eclectic psychotherapy. In J.C. Norcross & M. R. Goldfried (eds), *Handbook of psychotherapy integration* (264-299). New York, Basic Books.

Brady, J. P.; Davison, G. C.; DeWald, P. A.; Egan, G.; Fadiman, J.; Frank, J. D.; Gill, M. M.; Hoffman, I.; Kempler, W. ; Lazarus, A. A.; Raimy, V.; Rotter, J. B. & Strupp, H. H. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 269-306.

Cabral, A., & Nick, E. (2006). *Dicionário técnico de psicologia*. 14ªed. Revista e ampliada. São Paulo: Cultrix.

Casey, R. J., & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.

Castelo Branco, T. M. (2001). Histórias infantis na ludoterapia centrada na criança. Tese de mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP.

Cavalini, S. F. S., Telles, S. R. A., Aribi, N. V. Wanderley, K. S., & Cardoso, R. (2002). A procura de atendimento psicológico para crianças de 3 a 5 anos em clínica escola. *Psikhê – Revista do curso de Psicologia do Centro Universitário FMU*, 7(2), 27-31.

Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M. (1995) Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321

Clarke, G. N., Hornbrook, M. Lynch, F. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archive General Psychiatry*58, 1127-1134.

Clarke, G. N., Hornbrook, M. Lynch, F. (2002). Group cognitive behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*,41, 305-313.

Coppolillo, H. (1987) *Psychodynamic psychotherapy of children*. Madison: International University Press.

Cramer, B. (1974). Interventions thérapeutiques brèves avec parents et enfants. *Psyquiatrie de L'enfant*, 17(1), 53-117.

Cramer B. (1993). *Profissão bebê*. Trad. M. Stahel. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1989)

Cramer B. (1997). *Segredos femininos: de mãe para filha*. Trad. P. C. Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas. (original publicado em 1996)

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. C. (2004). Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 9, 369-378.

Davis, C. (1981). Modelo da aprendizagem social. In C. R. Rappaport; W. R. Fiori & C. Davis, *Teorias do Desenvolvimento: conceitos fundamentais*. Vol. 1(76-90). São Paulo: EPU.

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) (citado em 04/05/2010). Disponível em: (www.scielo.br)

Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2008). Efetividade e eficácia na avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica com crianças. In M. N. Strey, & D. C. Tatim (Orgs.), *Sobre ET's e Dinossauros* (113-141). Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo.

Del Prette, G.; Silvaes, E. F. M. & Meyer, S. B. (2005). Validade interna em 20 estudos de caso comportamentais brasileiros sobre terapia infantil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental-Cognitiva*, 7(1), 93-105.

Dorfman, E. (1992). Ludoterapia. In C. R. Rogers. *Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo, Martins Fontes (original publicado em 1951).

Ervin, R. A., Bankert, C. L. & Dupaul, G. J. (1999). Tratamento do transtorno de déficit de atenção / hiperatividade. In M. A. Reinecke, F. M. Dattilio & A. Freeman (Orgs.), *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para prática clínica*(45-62). Trad. M. R. Hofmeister. Porto Alegre: Artmed.

Estrada, A. & Russell, R. (1999). The development of the child psychotherapy process scales (CPPS). *Psychotherapy Research*, 9 (2), 154-166.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.

Falcone, E. (2001). Psicoterapia Cognitiva. In B. Rangé (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamental: um diálogo com o psiquiatria*(49-61). Porto Alegre: Artmed.

Fishman, D. B. & Franks, C. M. (1997). The conceptual evolution of behavior therapy. In P. L. Wachtel, & S. B. Messer, (eds.), *Theories of Psychotherapy: origins and evolution* (131-180). Washington: American Psychological Association.

Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall P. C. (2000). Group and Individual Cognitive-Behavioral Treatments for Youth with Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial, *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 251-278.

Fossum, S.; Handegard, B. H.; Martinussen, M. & Morch, W. T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behavior in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (7), 438-451.

Franks, C. M. (1996). Origens, história recente, questões atuais e estados futuros da terapia comportamental: Uma revisão conceitual. In: V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (3-22). Campinas: Editorial Psy.

Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Trad. Daniel Bueno – Porto Alegre: Artmed

Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.

Goldfried, M. R. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 5-25.

Gomes, I. C. & Iyama R. (2001) Atendimento breve de orientação psicanalítica a pais de crianças adotivas. *Boletim de Psicologia*, 114 (51), 109-121.

Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1994). *Relações Objetivas na Teoria Psicanalítica*, trad. E. O. Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1983)

Greene, R. W., Ablon, J. S., & Goring, J. C. (2003). A transactional model of oppositional behavior: in the collaborative problem solving approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (1), 67-75.

Guimarães, S. S. (2001). Técnicas cognitivas e comportamentais. En Rangé B. (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com o psiquiatra* (113-130). Porto Alegre. Artmed

Habigzang, L. F., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R. Cunha, R. C., Ramos, M. S. & Koller, S. H. (2009). Gruposoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 70-78.

Hachet, A. (2006). Entre prevenir e normalização, que lugar terá o sofrimento da criança? *Agora*, 9(1), 27-34.

Harrington, R.; Whittaker, J.; Shoerbridge, P. & Campbell, F. (1998). Systematic review of efficacy of cognitive behavior therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BioMed Journal*, 316, 1559-1563.

Heidegger, M. (2002), *Ensaio e Conferências*. Trad. E. C. Leão, G. Fogel e M. Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis, Vozes (original publicado em 1954)

Husserl, E. (1986) *A Idéia da Fenomenologia*. Trad. C. Morujão. Lisboa: Ed. 70 (original publicado em 1925).

Jaspers, K. (1987). *Psicopatologia Geral. Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica*. Trad. S. P. Reis. Rio de Janeiro: Atheneu (original publicado em 1963).

Jones, M. C. (1924). A laboratory study of fear: the case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.

Joseph, B. (1992). *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph*. trad. B. H. Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1989).

Kahn, J. S., Kehle, T.J., Jenson, W. R., Clarke, E. (1990). Comparison of cognitives-behavioral relaxation and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology Review*, 19 (2), 196-211.

Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57, 829-37.

Kazdin, A. E. (1993). Psychotherapy for Children and Adolescents: Current Progress and Future Research Directions. *American Psychological Association*. 48(6), 644-657.

Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Kazdin A. E. (1982). *Single-case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. New York: Oxford University Press.

Kazdin, A. E. & Whitley, M. K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 504-15.

Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.

Kendall, P. C. & Bemis, K. M. (1983). Thought and action in psychotherapy: The cognitive behavioral approaches. In M. Hersen, A. E. Kasdim & A. S. Bellak (eds), *The clinical psychology handbook* (565-592). Elmsford, NY, Pergamon Press.

Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.

Kendall, P.C. & Southam-Gerow, M.A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive behavioral therapy for anxiety disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.

Kerfoot, M., Harrington, R., Harrington, V., Rogers, J. Verduyn, C. (2004). A step too far? Randomized trial of cognitive-behaviour therapy delivered by social workers to depressed adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 92-99.

Kernberg, P. M. D. (1995). Individual psychotherapy. In Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (pp.1053-5) 6^aed. Williams & Wilkins.

Kernberg, O. F. (1979). Principios Generales del Tratamiento. Em O. F. Kernberg (Org.), *Desordens Fronterizos y Narcisisismo Patológico* (73-106). Buenos Aires: Paidós.

Klein, M (1982). *Melanie Klein: psicologia*. F. Hermann e A. A. Lima (orgs.) Trad. Leda A. F. Hermann, Carlos Eugênio M. de Moura, João Silvério Trevisan – São Paulo: Ática. (Original publicado em 1960)

Klein, M. (1996). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1932)

Kratochwill, T. R., & Morris, R. J. (Eds.) (1991). *The practice of child therapy*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Landreth, G. (1991). *Play Therapy: the art of the relationship*. Bristol: Accelerated development.

Langer, D. A.; McLeod, B. D. & Weisz, J. R. (2011). Do treatment manuals undermine youth-therapist alliance in community clinical practice? *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 79 (4), 427-432.

Lazarus, A. A. (1992). Multimodal therapy: technical eclectic with minimal integracion. In J.C. Norcross & M. R. Goldfried (eds), *Handbook of psychotherapy integration* (231-263). Nex York, Basic Books.

Levitt, E. E. (1963). Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 326–329.

Liddle, B. & Spence, S. H. (1990). Cognitive-behavior therapy with depressed primary school children: a cautionary note. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 85-102

Lonigan, C. J., Elbert, J. C. & Bennett, J. S. (1998). Empirically supported psychosocial interventions. *Clinical Child Psychology*, 27 (2), 138-145.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM – IV-TR) (2002). trad. Dayse Batista – 4ªed. – Porto Alegre: Artes Médicas.

Marcotte, D. & Baron, P. (1993). L'efficacite d'une strategie d'intervention emotivo-rationnelle aupres d' adolescents depressifs du milieu scolaire. *Canadian Journal of counseling*, 27 (2), 77-92.

Marques, C. F. F. C. & Arruda, S. L. S. (2007). Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia*, 24, (1), 115-124.

Maser, J. D., Kaelber, C., & Weise, R. E. (1991). International use and attitudes toward DSM–III and DSM–III–R: Growing consensus in psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 271–279.

Mash, E. J., & Barkley, R. A. (1998). *Treatment of Childhood Disorders*. New York: The Guilford Press.

Masten, A. S., & Coatsworh, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.

Meissner, W. W. (2007). Therapeutic alliance: theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*, 24 (2), 231-254.

Meneghello, M.H.; Pereira, R. F.; & Silvaes E. F. M. (2006). Eficácia em longo prazo no tratamento comportamental com uso de alarme para enurese noturna em crianças e adolescentes. *Psicologia. Teoria e Prática*, 8, 102-111.

Mergenthaler, E. (2008). Resonating minds: a school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. *Psychotherapy Research*, 18(2), 109-126.

Messer, S. B. (1986). Behavioral and psychoanalytic perspectives at therapeutic choice points. *American Psychologist*, 41, 1261-1272.

Mito, T. I. H. & Yoshida, E. M. P. (2004). Psicoterapia breve infantil: a prática com pais e crianças. In E. M. P. Yoshida & M. L. E. Enéas (org.) *Psicoterapias psicodinâmicas breves: proposta atuais*(259-292).Campinas-SP, Editora Alínea.

Moura, C. B., Grossi, R. Hirata, P. (2009). Análise funcional como estratégia para a tomada de decisão em psicoterapia infantil. *Estudos de Psicologia*, 26 (2), 173-183.

Moura, C. B., Silvaes, E. F. M., Jacovozzi, F. M., Silva K. A. & Casanova, L. T. (2007). Efeitos dos procedimentos de videofeedback e modelação em vídeo na mudança de comportamentos maternos. *Revista brasileira de terapia comportamental cognitiva*, 9(1),115-128.

Moura, C. B. & Silvaes, E. F. M. (2008). O uso de vídeo em intervenções clínicas com pais: revisão da literatura e hipóteses comportamentais sobre seus efeitos. *Psicologia: teoria e prática*, 10(1), 144-161.

Moura, C. B. & Venturelli, M. B. (2004). Direcionamento para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças. *Revista Brasileira de Terapia comportamental e cognitiva*, 6 (1),17-030.

Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.

Murray, N. E. (1976). A dynamic synthesis of analitic and behavioral approaches to symptoms. *American Journal of Psychotherapy*, 30, 561-569.

NCCMH-National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Depresssion in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care*. London: The British Psychological Society.

Oaklander, V. (1980). *Descobrimdo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. Trad. George Schlesinger. São Paulo: Summus.

Oberndorf, C. P. (1970). O relacionamento entre pais e filhos. In M. Klein, M. Kris, S. Lorand, E. Glover, C. P. Oberndorf, T. A. Ames & I. T. A Broadwin, *Psicanálise hoje: a aproximação moderna aos problemas humanos*(35-51). Parte I – Psicologia da infância e adolescência. Trad. Elisa dias Velloso, Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1944)

Oliveira, I. T. (2002). Critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças e pais. *Psicologia teoria e prática*, 4 (1), 39-48.

OPAS/OMS (2008). *Estratégia de cooperação técnica da Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde com a República Federativa do Brasil*. Brasília-DF: Formatos.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, Brasília: Gráfica Brasil.

Organização mundial de Saúde (1990). *WHO child care facility shedule*.Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Palacio-Espasa, F. (1984). Indicatoins et contra-indications des appoches psychothérapeutiques brèves des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents. *Neuropsychiatric de L'enfant*, 32 (12), 591-600.

Palacio-Espasa, F. & Manzano, J. (1987).Intra-psychic conflictis and parent-child interactions in brief therapeutic interventions. *Infant Mental Health Journal*, 8(4), 374-381.

Pereira,J.C. R.(1999). *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*, 3^a ed. São Paulo: Edusp.

Pfromm Netto, S. (2006). Aonde vai a psicologia? Algumas considerações sobre o passado, o presente e o futuro da psicologia como ciência, profissão e ensino. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 3 (6), 45-52.

Pheula, G. F. & Isolan, L. R. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, (2), 74-83.

Prebianchi, H. B. & Cury, V. E. (2005). Atendimento infantil numa clínica-escola de psicologia: percepção dos profissionais envolvidos. *Paidéia*, 15, (31), 249-258.

Proskauer, S. (1969). some technical issues in time-limited psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 8, 154-169.

Proskauer, S. (1971). Focused time-limited psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10 (4), 619-639.

Rapoport, R. N. (1987). *New interventions for children and youth: Action-research approaches*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Reed, M. K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, 29, 293-302.

Reeve, J. (2006). Group Psychotherapy with children on an inpatient unit: the mega group model. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 9 (1), 3-12.

Regra, J. A. G. (2000). Formas de trabalho na psicoterapia infantil: mudanças ocorridas e novas direções. *Revista Brasileira de Terapia comportamental-cognitiva*, 2 (1), 79-101.

Reynolds, W. M. & Coats, K. I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 54, 653-660.

Rhoads, J. M. (1984). Relationships between psychodynamic and behavior therapies. In H. Arkowitz & S. B. Messer (eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (195-212). New York: Plenum.

Roberts, C., Kane, R., Thomson, H., Bishop, B. Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71, 622-628.

Rogers, C. R (1992). *Terapia Centrada no Cliente*. Trad. C. Berliner, São Paulo, Martins Fontes (original publicado em 1951).

Rohde, P. Clark, G. N., Mace, D. E., Jorgensen, J. S., Seeley, J. R. (2004). An efficacy/effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 660-668.

Robins, L., & Rutter, M. (1990). *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Romanowski R. (2004) Psicoterapia de orientação analítica: origens. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 6, (2), 163-.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Rosseto, M. A. C., Coelho, A. C. P., Zenidarcy, A., Rosseto Junior, J. A. & Kuhn, A. M. B. (1999). *Psikhê – Revista da Faculdade de Psicologia do Centro Universitário FMU*, 4(1), 22-27.

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. *Vinculo*, 5(2), 194-207.

Serra-Pinheiro, M. A., Guimarães, M. M. & Serrano, M. E. (2005). A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (2), 68-72.

Shirk, S. R.; Karver, M. S. & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*. 48 (1), 17-24.

Silvares, E. F. M. & Banaco, R. A. (2000). O estudo de caso clínico comportamental. In E. F. M. Silvares (Org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*.(79-136)Vol. 1. SP, Papyrus.

Silverman, L. H. (1974). Some psychoanalytic considerations of non-psychoanalytic therapies: On approaches and related issues. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11, 298-305.

Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva. Novos Fundamentos*. São Paulo: EPU. (Original publicado em 1983)

Skinner, B. F. (1995/1989) *Questões recentes na análise comportamental*. Tradução: A. L. Néri – 2 ed. Campinas, Papyrus. Campinas, SP: Papyrus.

Spence, S. H., Sheffield, J. K., Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescents depression: as evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71, 3-13.

Staats, A. W. (1981). Paradigmatic behaviorism, unified theory, unified theory construction, and the zeitgeist of separatism. *American Psychologist*, 36, 240-256.

Stark, K. D., Reynolds, W. M., Kaslow, N. J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.

Swartz, H. A.; Zuckoff, A.; Frank, E.; Speilvogle, H. N.; Shear, M. K.; Fleming, D. & Scott, J. (2006). An open-label trial of enhanced brief interpersonal psychotherapy in depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment. *Depression and Anxiety*, 23, 398-404.

Tageson, W. C. (1982). *Humanistic psychology: A synthesis*. Homewood, IL, Dorsey Press.

Tharinger, D. J.; Wilkinson, A.; Finn, S. E.; DeHay, T.; Parton, V. T.; Bailey, K. E. & Tran, A. (2008). Providing psychological assessment feedback to children through individualized fables. *Research and Practice*, 39 (6), 610-618.

Unicef (1989/1990). *A convenção sobre os direitos da criança*. Disponível em www.Unicef.pt acesso em 14/10/2010.

Vostanis, P., Feehan, C. Grattan, E. Bickerton, W. L. (1996). A randomized controlled out patient trial of cognitive-behavioural treatment for children and adolescents with depression: 9 month follow-up. *Journal Affective Disorder*, 40, 105-116.

Wachtel, P. L. (1975). Behavior therapy and the facilitation of psychoanalytic exploration. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 68-72.

Wachtel, P. L. (1984). On theory, practice, and the nature of integration. In H. Arkowitz & S. B. Messer (eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (31-52). New York: Plenum.

Wachtel, P. L. (1994). Cyclical processes in personality and psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 51-54

Watanabe, N.; Hunot, V.; Omori, I. M.; Churchill, R. & Furukawa, T. A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 84-95.

Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2003). The incredible years parent, teachers and children training multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In A. E. Kazdin, & J. R. Weisz, *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, Guilford,.

Weersing, V.R. & Weisz, J.R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 3-29.

Weiss, G., & Hechtman, L. T. (1986). *Hyperactive children grown up*. New York: Guilford Press.

Weisz, J. R.; Jensen-Doss, A. & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, 61(7), 671-689.

Weisz, J. R.; McCarty, C. A. & Valeri, S. M. (2006). Effects of Psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (1), 132-149.

Weisz, J. R.; Thurber, C. A.; Sweeney, L.; Proffitt, V. D. & Legagnoux, G. L. (1997) Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 65 (37), 737-746.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.

Wells, K., & Biegel, D. E. (1991). *Family preservation services: Research and evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.

Winnicott, D. W. (2008). *A criança e seu mundo*. Trad. A. Cabral, 6 ed. Rio de Janeiro, LTC. (original publicado em 1964).

Wood, A., Harrington R. Moore, A. (1996). A controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 737-746.

Yoshida, E. M. P. Psicoterapias Psicodinâmicas (no prelo). Em M. E. N. Lipp & E. M. P. (Orgs.), *Psicoterapias Breves nos diferentes estágios evolutivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Yanof, J. A. (2005). A técnica de análise de crianças. Em G. O. Gabbard, *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*, (267-280). Trad. Daniel Bueno, Porto Alegre: Artmed.

Zavaschi, M. L. S. ; Costa, F. M. C. ; Zachia, S. ; Brunstein, C. ; Lorenzon, S. F.; Tramontina, S. ; Martins, S. O.; Schimitz, M. ; Souza, A. L. W. ; Martins, A. S. G.; Herynkopf, P. K. (1997). Influência da separação precoce na interação mãe-bebê. *Revista Associação brasileira de psiquiatria/Asociación psiquiatrica de la America Latina*, 19, (1), 18-24.

ANEXOS

ANEXO A

Critérios de Avaliação de Progresso em Psicoterapias de Crianças

O questionário abaixo é composto por afirmações sobre comportamentos e atitudes usualmente associados na literatura a progresso de crianças que se encontram em psicoterapia. O objetivo do questionário é o de fazer um levantamento, junto a psicoterapeutas experientes, sobre quais critérios **são efetivamente utilizados na prática clínica** para avaliar progresso em psicoterapias infantis.

Ao responder os itens você deve ter em mente os critérios que utiliza para avaliar mudança em seus pacientes infantis e expressar o grau de relevância que têm como indicadores de progresso ao longo do atendimento, por meio das alternativas de 1 a 5.

Você não deve se basear em uma criança específica, mas em crianças que no início do atendimento não apresentavam aquele comportamento ou atitude e depois passam a apresentá-los.

O conjunto de frases não constitui um teste, assim nem todos os itens precisam ser relevantes. Nestes casos você pode colocar o número 3 (sem relevância).

A mudança deve ser sempre avaliada em relação ao início do atendimento. Neste sentido, **os comportamentos devem ser diferentes dos apresentados em relação ao início da psicoterapia.** Por exemplo, o item, “*Toma a iniciativa das brincadeiras*”, pressupõe que no início do atendimento a criança dependia da orientação ou sugestão do psicoterapeuta para iniciar uma brincadeira ou desenho, ou não brincava. E, na medida em que o processo avança, passa a fazê-lo.

São as seguintes as possibilidades de resposta:

- 1- muito relevante
- 2- moderadamente relevante
- 3- sem relevância
- 4- pouco relevante
- 5- pouquíssimo relevante

Nas sessões a criança:						
1	Diversifica as brincadeiras	1○	2○	3○	4○	5○
2	Fala sobre seus medos	1○	2○	3○	4○	5○
3	Demonstra, por meio de jogos e brincadeiras, seus conflitos	1○	2○	3○	4○	5○
4	Toma a iniciativa das brincadeiras.	1○	2○	3○	4○	5○
5	Dá demonstrações de confiança no terapeuta	1○	2○	3○	4○	5○
6	Faz associações entre o brinquedo e sua situação de vida	1○	2○	3○	4○	5○
7	Dirige as brincadeiras dando ordens ao psicoterapeuta	1○	2○	3○	4○	5○
8	Segue as regras dos jogos (ex.: banco imobiliário, damas, etc.)	1○	2○	3○	4○	5○
9	Tolera perder em jogos	1○	2○	3○	4○	5○

10	Estabelece uma comunicação afetiva com o terapeuta	1○	2○	3○	4○	5○
11	Demonstra compreender o(s) motivo(s) de estar em psicoterapia	1○	2○	3○	4○	5○
12	Faz presentes nas sessões para o terapeuta (ex.: desenhos, colagens, etc.), em datas especiais (páscoa, natal, final da psicoterapia)	1○	2○	3○	4○	5○
13	Dorme, algumas vezes, por algum tempo.	1○	2○	3○	4○	5○
14	Traz brinquedos de casa	1○	2○	3○	4○	5○
15	Quer levar brinquedos para casa	1○	2○	3○	4○	5○
16	Quer levar desenhos e colagens realizados na sessão, para casa	1○	2○	3○	4○	5○
17	Conta situações vividas fora da sessão	1○	2○	3○	4○	5○
18	Demonstra humor nas brincadeiras.	1○	2○	3○	4○	5○
19	Conta sobre brigas ocorridas entre os pais	1○	2○	3○	4○	5○
20	Representa, na brincadeira, brigas entre os pais.	1○	2○	3○	4○	5○
21	Representa, na brincadeira, brigas entre crianças	1○	2○	3○	4○	5○
22	Não abandona a brincadeira quando algo dá errado	1○	2○	3○	4○	5○
23	Explora visualmente o ambiente da sala de atendimento	1○	2○	3○	4○	5○
24	Locomove-se pela sala com desenvoltura	1○	2○	3○	4○	5○
25	Guarda sem resistências os brinquedos ao final da sessão	1○	2○	3○	4○	5○
26	Pede segredo do terapeuta sobre situações que a angustiam	1○	2○	3○	4○	5○
27	Demonstra verbalmente sua raiva pelo terapeuta	1○	2○	3○	4○	5○
28	Demonstra, por meio da brincadeira, sua raiva pelo terapeuta	1○	2○	3○	4○	5○
29	Faz valer sua vontade na condução dos brinquedos.	1○	2○	3○	4○	5○
30	Conta sonhos e/ou pesadelos que teve durante a semana.	1○	2○	3○	4○	5○
31	Demonstra interesse pelos brinquedos oferecidos	1○	2○	3○	4○	5○
32	Cria novas regras para brinquedos que possuem regras, de acordo com suas conveniências (ex.: banco imobiliário, damas, etc.)	1○	2○	3○	4○	5○
33	Concentra-se no jogo ou desenho por longos períodos.	1○	2○	3○	4○	5○
	Se houver outros critérios que você utiliza e que não foram contemplados acima, por favor, explicita-os no espaço abaixo.					

Em situações externas às sessões (conforme relato dos pais e/ou escola):						
1	Apresenta melhora nos relacionamentos com familiares (pais, irmãos, avós)	1○	2○	3○	4○	5○
2	Demonstra interesse em novas atividades (ex.jogos, esportes, música, etc.	1○	2○	3○	4○	5○
3	Apresenta melhora nos relacionamentos com colegas de classe e professores	1○	2○	3○	4○	5○
4	Demonstra interesse por novas pessoas (vizinhos, colegas de classe)	1○	2○	3○	4○	5○
5	Diverte-se sozinha com brinquedos e jogos.	1○	2○	3○	4○	5○
6	Faz valer sua vontade em brincadeiras com irmãos e/ou colegas	1○	2○	3○	4○	5○
7	Defende-se de ataques de irmãos e/ou colegas	1○	2○	3○	4○	5○
8	Aceita os limites impostos pelos pais quanto a horários, necessidade de fazer lições, e/ou arrumar suas coisas	1○	2○	3○	4○	5○
9	Consegue resolver seus problemas sozinha.	1○	2○	3○	4○	5○
10	Pede desculpas quando se excede ou se comporta de maneira inadequada.	1○	2○	3○	4○	5○
11	Admite seus erros.	1○	2○	3○	4○	5○
12	Procura consertar as coisas (brinquedos, objetos, etc.).	1○	2○	3○	4○	5○
13	Expressa sua raiva verbalmente.	1○	2○	3○	4○	5○
14	Expressa ciúmes verbalmente.	1○	2○	3○	4○	5○
15	Tem bom desempenho escolar (notas nas disciplinas compatíveis com suas capacidades e habilidades).	1○	2○	3○	4○	5○
16	Mostra-se ansiosa para ir para as sessões de psicoterapia.	1○	2○	3○	4○	5○
17	Conversa com os pais sobre coisas ocorridas na escola	1○	2○	3○	4○	5○
18	Conversa com os pais sobre coisas ocorridas nas sessões de psicoterapias	1○	2○	3○	4○	5○
19	Mostra-se interessada pelos deveres escolares	1○	2○	3○	4○	5○
20	Cuida de cadernos, livros e material escolar, de maneira geral	1○	2○	3○	4○	5○
21	Dorme a noite toda.	1○	2○	3○	4○	5○
22	Não tem pesadelos.	1○	2○	3○	4○	5○
23	Alimenta-se bem	1○	2○	3○	4○	5○
24	Os pais se mostram satisfeitos com o atendimento	1○	2○	3○	4○	5○
25	Cuida de si e de sua aparência	1○	2○	3○	4○	5○
	Se houver outros critérios exteriores às sessões que você julga relevantes para avaliar o progresso em psicoterapia e que não foram contemplados acima, por favor, explicitelos no espaço abaixo.					

As questões abaixo têm o intuito de caracterizar o grupo de pessoas que participaram da pesquisa.

Região que você atua: () Nordeste () Norte () Centro Oeste
() Sudeste () Sul

Sexo: feminino masculino

Ano de formação: _____

Tempo de prática em psicoterapia (em anos ou meses): _____

Qual a sua abordagem teórica?

psicodinâmica comportamental gestalt-terapia
 psicanalítica cognitiva centrada na pessoa
 junguiana comportamental-cognitiva outros _____

Muito Obrigada por sua colaboração!

Enviar

ANEXO B



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Campinas, 06 de dezembro de 2010

Protocolo 1009/10

Prezada Senhora Lilian Pereira de Medeiros Guimarães,

C/C: Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do CCV

Parecer Projeto: PROJETO APROVADO

I – Identificação:

Título do Projeto: Critérios de Progresso em Psicoterapias de Crianças na Avaliação de Psicoterapeutas

Pesquisadora responsável: Lilian Pereira de Medeiros Guimarães

Orientadora: Elísa Médici P. Yoshida

Instituição onde se realizará: Curso de Pós-Graduação em Psicologia do CCV da PUC-Campinas

Data de apresentação ao CEP: 16.11.2010

II – Objetivo:

Fazer um levantamento, junto a psicoterapeutas experientes, sobre quais critérios são utilizados na prática para avaliar mudança em seus pacientes infantis e expressar o grau de relevância desses como indicadores de progresso ao longo do atendimento.

III – Sumário:

O projeto irá pesquisar psicólogos que fazem atendimento psicoterápico de crianças, a coleta de dados será por meio de questionário.

IV – Parecer do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 196/96 item VII.13.b, que *define as atribuições dos CEPs e classifica os pareceres emitidos aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos*, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução 196/96, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores" (VII.13.d). Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP-PUC-Campinas o relatório final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

V - Data da Aprovação: 06/12/10

Sendo só o que nos cumpre informar, aproveitamos da oportunidade para renovar votos de estima e consideração.

Atenciosamente.


Prof. Dr. Carlos Alberto Zanotti
Presidente do C.E.P.S.H.P
PUC-Campinas

ANEXO C

Ilmo.(a) Sr.(a)
Gestor(a) do Conselho Regional de Psicologia

Prezado(a) secretário(a),

Sou aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC-Campinas – SP (PUCCAMP), estou desenvolvendo um projeto de Pesquisa junto aos profissionais da área clínica que atendam crianças.

O projeto de pesquisa é intitulado: “Critérios de Progresso em Psicoterapias de Crianças na avaliação de psicoterapeutas” e será apresentado como tese de doutorado.

O projeto visa identificar os critérios de mudança de psicoterapias infantis, adotados na prática por terapeutas de diferentes abordagens teóricas.

Para que se possa desenvolver este trabalho gostaria de contar com sua imprescindível colaboração, no sentido de enviar os questionários aos inscritos neste Conselho que fazem atendimento em psicoterapia infantil, juntamente com a carta convite para a participação deles (ambos seguem em anexo).

Os e-mails dos participantes serão deletados logo após envio do questionário de acordo com os esclarecimentos constantes no consentimento livre e esclarecido. Segue ainda uma cópia do projeto e o parecer do comitê de ética com a aprovação do projeto.

Certos de sua valiosa colaboração,

Agradeço antecipadamente,

Doutoranda da PUCCAMP: Lílian P. M. Guimarães

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Elisa Médici Pizão Yoshida

Para maiores esclarecimentos entrar em contato: lilianpm@uol.com.br

ANEXO D

Prezado(a) colega,

Sou aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC-Campinas – SP (PUCCAMP), estou desenvolvendo um projeto de Pesquisa junto aos profissionais da área clínica que atendam crianças.

O projeto de pesquisa é intitulado: “Critérios de Progresso em Psicoterapias de Crianças na avaliação de psicoterapeutas” e será apresentado como tese de doutorado.

O projeto visa identificar os critérios de mudança de psicoterapias infantis, adotados na prática por terapeutas de diferentes abordagens teóricas.

Para que se possa desenvolver este trabalho gostaria de contar com sua imprescindível colaboração, no sentido de responder o questionário a seguir. O preenchimento deve demandar cerca de 15 minutos.

Caso concorde em respondê-lo, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, clique em aceite.

Certos de sua valiosa colaboração,

Agradeço antecipadamente,

Doutoranda da PUCCAMP: Lílian P. M. Guimarães

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Elisa Médici Pizão Yoshida

Para maiores esclarecimentos entrar em contato: lilianpm@uol.com.br

ANEXO E

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa a que você está sendo convidado a participar está sendo realizada sob a responsabilidade da doutoranda Lilian Pereira de Medeiros Guimarães, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC-Campinas-SP, sob a orientação da Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida. A pesquisa tem como objetivo identificar os critérios de mudança de psicoterapias infantis, adotados na prática por terapeutas de diferentes abordagens teóricas.

Nesta pesquisa você responderá a um questionário por meio de alternativas de 1 a 5, composto por afirmações sobre comportamentos e atitudes usualmente associados na literatura a progresso de crianças que se encontram em psicoterapia.

Todos os dados que você fornecer serão tratados com a máxima confidencialidade pelos pesquisadores. Em nenhum momento seu nome e e-mail serão divulgados dado que estes não serão armazenados pelo sistema; apenas serão compiladas as respostas do questionário. Saiba que sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, não havendo nenhuma remuneração por ela. Se você aceitar participar, saiba que você é totalmente livre para abandoná-la mesmo depois de ter enviado o questionário. Para tanto, basta solicitar por e-mail à pesquisadora, a exclusão de suas respostas.

Uma vez concluída a pesquisa, os dados deverão ser divulgados em revista científica, porém, sem características pessoais que levem à identificação pessoal do participante, de acordo com o sigilo previsto pela ética profissional.

Com esta pesquisa, espera-se fazer um levantamento, junto à psicoterapeutas experientes, sobre quais critérios são efetivamente utilizados na prática clínica para avaliar progresso em psicoterapias infantis e assim contribuir na orientação de pesquisas com vistas à avaliação da eficácia das psicoterapias de crianças.

Em princípio, este estudo não traz nenhum risco para a população estudada, posto que não serão tratados temas de natureza pessoal, ou que gerem algum tipo de ansiedade.

Em caso de você concordar em participar deverá clicar em aceite.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da PUC-Campinas cujo telefone para contato é o: (19) 3343- 6777.

Se você tiver dúvidas durante sua participação na pesquisa, ou mesmo depois dela ter se encerrado, poderá entrar em contato para esclarecê-las com a doutoranda Lilian Pereira de Medeiros Guimarães, pelo e-mail lilianpm@uol.com.br.

Se está de acordo com o presente termo de compromisso clique em aceite

() Aceito

Nome:

RG ou CPF:

Responsável pelo projeto: Lílian Pereira de Medeiros Guimarães (doutoranda - PUCCAMP) e-mail: lilianpm@uol.com.br

Anexo F

Tabela- Coordenadas e codificações da ACM p/ itens de critérios de mudança na sessão (n=154).

DIM1 DIM2			DIM1 DIM2			DIM1 DIM2		
Q1Mod	0.0671	-0.2958	Q13Mod	-0.3343	-0.5430	Q25Mod	0.1169	-0.4728
Q1Mto	-0.1960	0.2929	Q13Mto	-1.1591	0.1678	Q25Mto	-0.5119	0.3835
Q1SRe	0.2485	0.6176	Q13SRe	0.4082	0.1504	Q25SRe	0.6453	0.4729
Q2Mod	0.5059	0.0850	Q14Mod	-0.3527	-0.4002	Q26Mod	0.1826	-0.3416
Q2Mto	-0.2642	-0.1711	Q14Mto	-1.1374	0.6066	Q26Mto	-0.6326	-0.1585
Q2SRe	0.7039	1.3165	Q14SRe	0.4617	0.0998	Q26SRe	0.8156	0.7344
Q3Mod	0.7934	-0.0153	Q15Mod	-0.1566	-0.3478	Q27Mod	0.2989	-0.4782
Q3Mto	-0.2064	-0.0223	Q15Mto	-1.1388	0.6559	Q27Mto	-0.5477	-0.0625
Q3SRe	0.4902	0.7856	Q15SRe	0.4672	0.1820	Q27SRe	0.7876	0.7831
Q4Mod	0.2225	-0.2531	Q16Mod	0.0912	-0.3081	Q28Mod	0.4890	-0.2458
Q4Mto	-0.3677	0.0945	Q16Mto	-1.0249	0.5026	Q28Mto	-0.5766	-0.0709
Q4SRe	0.9080	0.9094	Q16SRe	0.3426	0.0912	Q28SRe	0.8586	0.7557
Q5Mod	0.7087	0.3864	Q17Mod	0.4820	-0.3130	Q29Mod	0.1551	-0.2825
Q5Mto	-0.2519	-0.1587	Q17Mto	-0.5075	0.0688	Q29Mto	-0.7616	0.2358
Q5SRe	0.7613	0.7627	Q17SRe	0.8520	0.7671	Q29SRe	0.6740	0.2350
Q6Mod	0.4529	-0.1962	Q18Mod	0.4228	-0.3877	Q30Mod	0.3170	-0.5953
Q6Mto	-0.3703	-0.0361	Q18Mto	-0.5428	0.3756	Q30Mto	-0.5895	0.0336
Q6SRe	0.6595	0.5566	Q18SRe	0.4886	-0.0816	Q30SRe	0.8843	1.0045
Q7Mod	0.1025	-0.4476	Q19Mod	0.4419	-0.4470	Q31Mod	0.0973	-0.3762
Q7Mto	-0.8981	0.5015	Q19Mto	-0.7177	0.0990	Q31Mto	-0.4990	0.5131
Q7SRe	0.4926	0.1290	Q19SRe	0.9818	1.1385	Q31SRe	0.5379	-0.0168
Q8Mod	0.1515	-0.3893	Q20Mod	0.6638	-0.3325	Q32Mod	0.0991	-0.4273
Q8Mto	-0.5587	0.3118	Q20Mto	-0.6140	-0.0163	Q32Mto	-0.7318	0.2973
Q8SRe	0.7238	0.5223	Q20SRe	0.7389	1.1730	Q32SRe	0.6524	0.1615
Q9Mod	0.2946	-0.3488	Q21Mod	0.5231	-0.3110	Q33Mod	0.1571	-0.2881
Q9Mto	-0.3647	0.0541	Q21Mto	-0.5995	0.0307	Q33Mto	-0.6762	0.2579
Q9SRe	0.8617	1.3041	Q21SRe	0.8919	0.8069	Q33SRe	0.7118	0.1405
Q10Mod	0.4305	-0.4141	Q22Mod	0.3926	-0.5299	NPsicodi	-0.1029	0.0285
Q10Mto	-0.2733	0.1394	Q22Mto	-0.4011	-0.0062	Psicodin	0.2743	-0.0761
Q10SRe	1.1965	0.2757	Q22SRe	0.5935	1.1511	Gestalt	0.0962	0.0496
Q11Mod	0.2492	-0.3182	Q23Mod	0.0328	-0.4628	NGestalt	-0.0127	-0.0066
Q11Mto	-0.3850	-0.0506	Q23Mto	-0.5667	0.7389	NPsicana	0.1216	-0.1615
Q11SRe	0.8035	1.0883	Q23SRe	0.5209	0.0873	Psicanal	-0.1185	0.1574
Q12Mod	-0.1922	-0.1649	Q24Mod	0.0497	-0.4169	Comporta	-0.1361	-0.0455
Q12Mto	-0.6904	0.5403	Q24Mto	-0.4273	0.7088	NComport	0.0329	0.0110
Q12SRe	0.2615	-0.0155	Q24SRe	0.7331	-0.0238	NOutro	0.0218	0.0612
						OutroTip	-0.3976	-1.1173

Dim 1 e Dim 2 = 1ª e 2ª dimensões da análise de correspondência múltipla.

- **Dimensão 1:** representa a distribuição dos itens moderados e sem relevância (à direita) e dos muito relevantes (à esquerda);
- **Dimensão 2:** representa a distribuição dos itens sem relevância e muito relevantes (parte superior) e dos moderados (parte inferior).

Anexo G (Gráficos)

Análise de Correspondência Múltipla (ACM) – Na Sessão por tipo de abordagem.

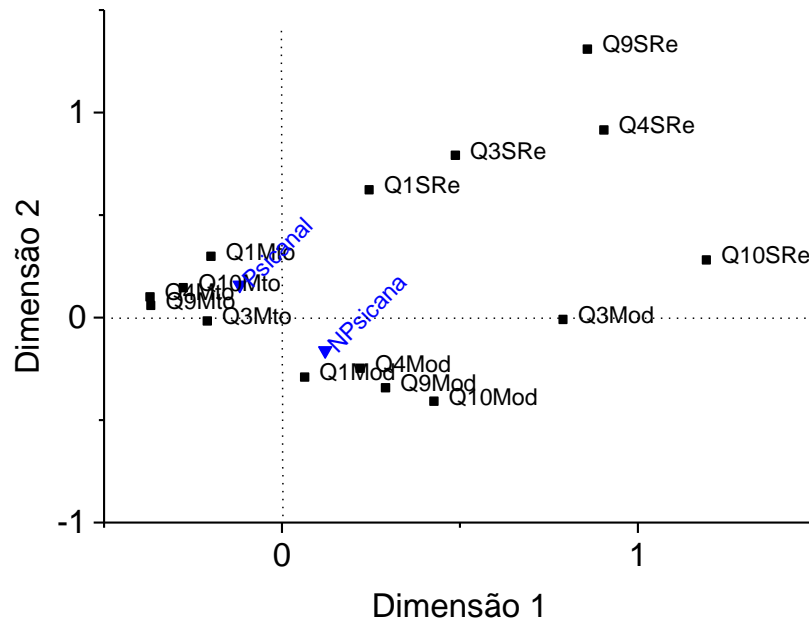


Gráfico – Psicanalítico

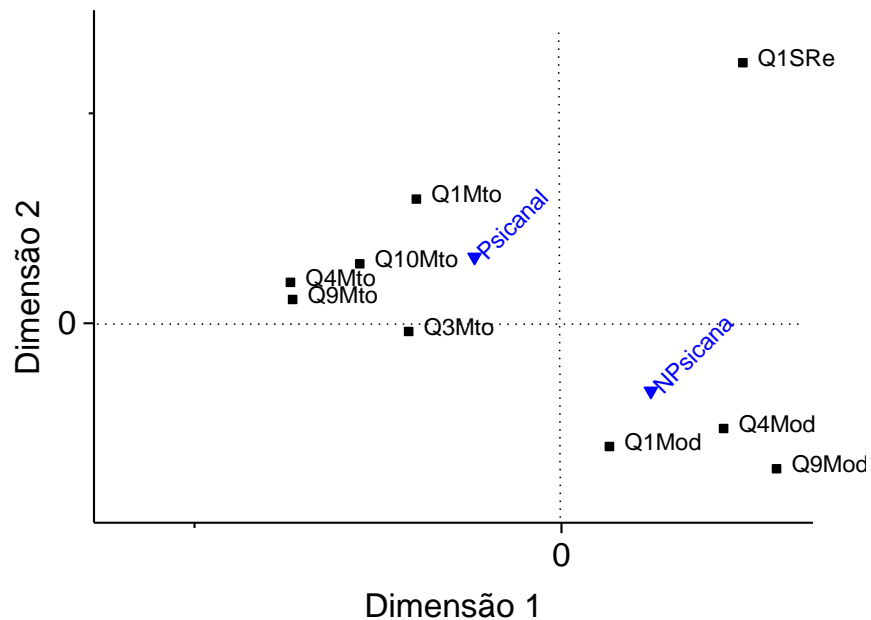


Gráfico – Psicanalítico 2

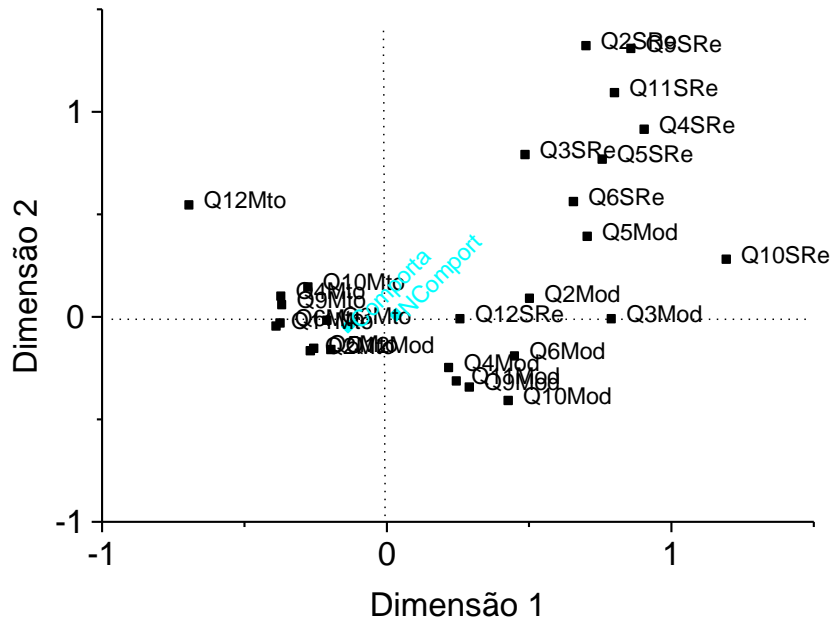


Gráfico – Comportamental

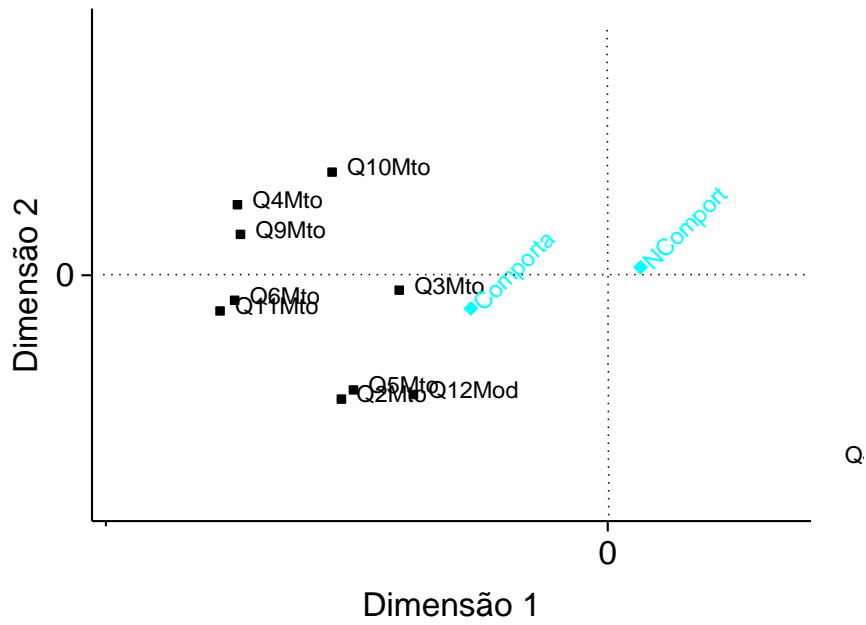


Gráfico – Comportamental 2

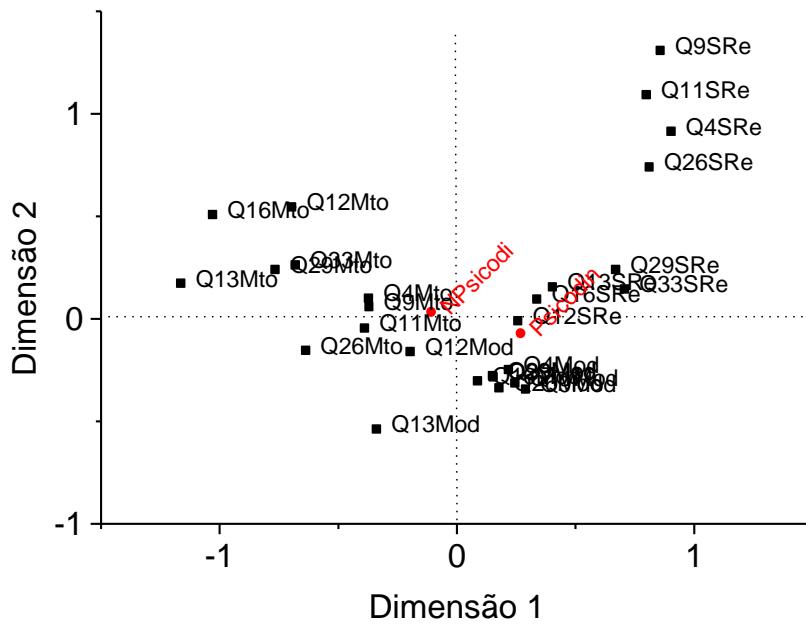


Gráfico – Psicodinâmico

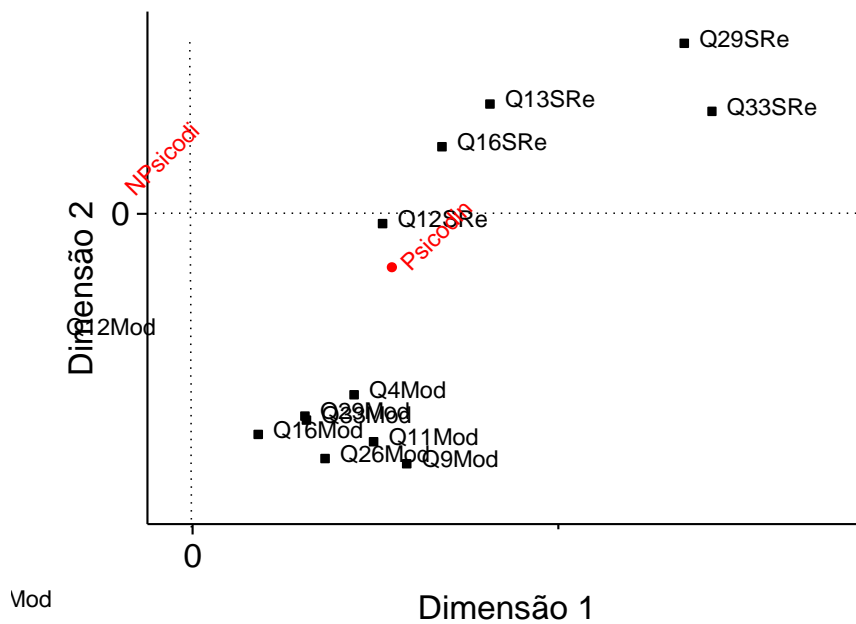


Gráfico – Psicodinâmico 2

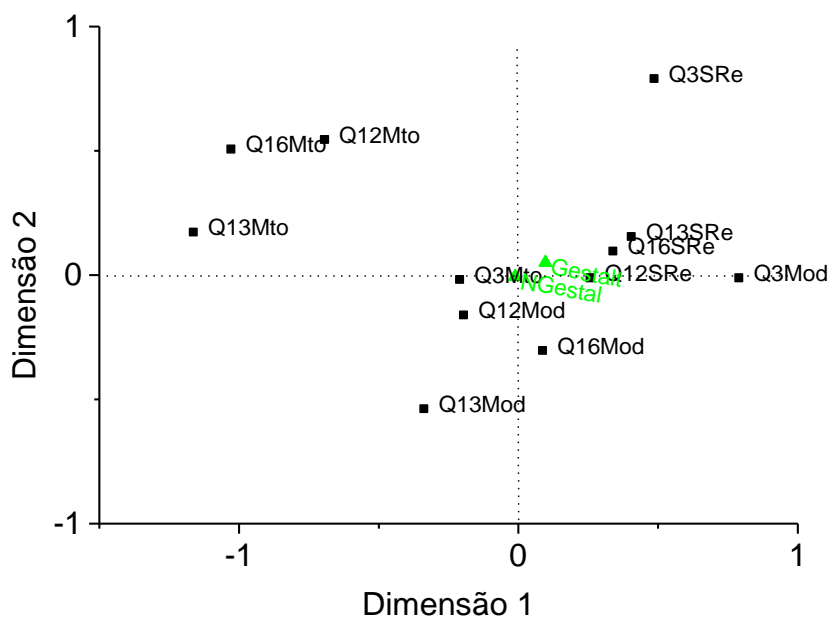


Gráfico – Humanista

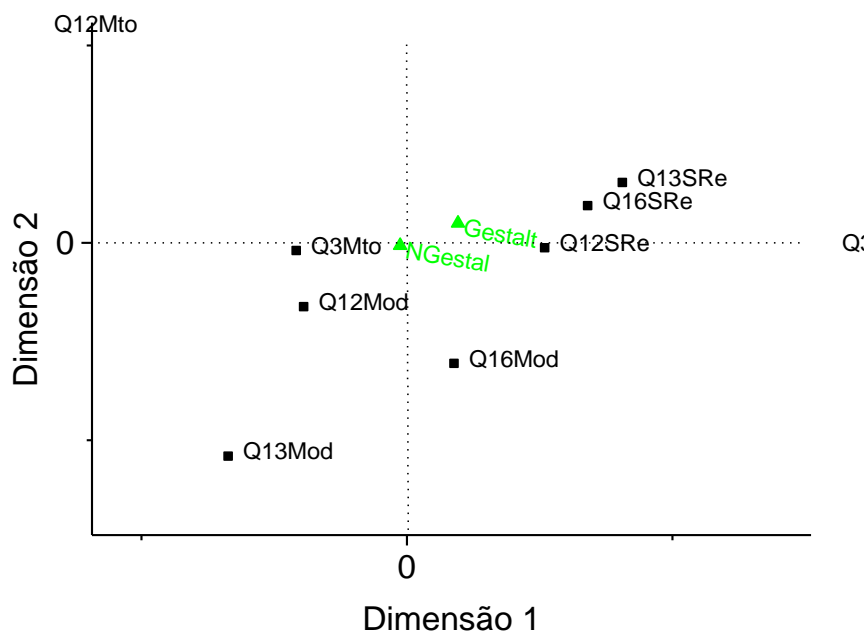


Gráfico – Humanista 2

ANEXO – H

Tabela - Coordenadas e codificações da ACM para itens de critérios de mudança fora da sessão (n=154).

<u>DIM1</u>	<u>DIM2</u>	<u>DIM1</u>	<u>DIM2</u>	<u>DIM1</u>	<u>DIM2</u>			
E1Mod	1.1700	-0.2613	E11Mod	0.3114	-0.5512	E21Mod	0.3071	-0.6913
E1Mto	-0.2183	-0.0099	E11Mto	-0.4812	0.1100	E21Mto	-0.5276	0.3438
E1SRe	2.7091	3.2656	E11SRe	1.7422	0.7484	E21SRe	1.2814	0.4915
E2Mod	0.3600	-0.3627	E12Mod	0.2564	-0.5409	E22Mod	-0.0367	-0.3563
E2Mto	-0.3766	0.0810	E12Mto	-0.5825	0.1758	E22Mto	-0.6571	0.2912
E2SRe	1.9755	1.1598	E12SRe	1.2387	0.7747	E22SRe	0.9579	0.3419
E3Mod	0.8017	-0.4116	E13Mod	0.4921	-0.4532	E23Mod	0.2401	-0.3902
E3Mto	-0.2643	0.0346	E13Mto	-0.5103	0.1329	E23Mto	-0.6390	0.2771
E3SRe	2.6422	2.7220	E13SRe	1.3408	0.5492	E23SRe	1.0070	0.3617
E4Mod	0.3432	-0.3608	E14Mod	0.4733	-0.4286	E24Mod	0.1159	-0.2858
E4Mto	-0.5489	0.1668	E14Mto	-0.5705	0.1527	E24Mto	-0.3815	0.2279
E4SRe	1.3717	0.3810	E14SRe	1.3326	0.6813	E24SRe	0.7516	0.2204
E5Mod	0.0331	-0.2112	E15Mod	0.2538	-0.5870	E25Mod	0.2641	-0.6698
E5Mto	-0.5226	0.2666	E15Mto	-0.6654	0.3044	E25Mto	-0.5236	0.2195
E5SRe	0.8078	0.0607	E15SRe	1.6855	1.1126	E25SRe	1.6248	1.1606
E6Mod	0.1382	-0.3601	E16Mod	0.0511	-0.0658	NPsicodi	0.0415	-0.0650
E6Mto	-0.6536	0.5423	E16Mto	-0.5336	0.2269	Psicodin	-0.1106	0.1734
E6SRe	0.3908	0.1731	E16SRe	0.3440	-0.0806	Gestalt	0.1706	-0.1991
E7Mod	0.5388	-0.1942	E17Mod	0.2625	-0.5601	NGestalt	-0.0226	0.0264
E7Mto	-0.5202	0.0632	E17Mto	-0.6736	0.2955	NPsicana	-0.1344	0.0004
E7SRe	1.0852	0.7543	E17SRe	1.3130	0.6233	Psicanal	0.1310	-0.0004
E8Mod	0.3715	-0.4583	E18Mod	0.0746	-0.2890	Comporta	-0.1887	0.0767
E8Mto	-0.4886	0.0829	E18Mto	-0.6874	0.3651	NComport	0.0457	-0.0185
E8SRe	1.3738	1.2164	E18SRe	0.2793	0.0852	NOutro	0.0159	0.0122
E9Mod	0.3261	-0.4027	E19Mod	0.0261	-0.6509	OutroTip	-0.2896	-0.2220
E9Mto	-0.4671	0.1263	E19Mto	-0.8509	0.5414			
E9SRe	1.2377	0.5738	E19SRe	1.1798	0.6522			
E10Mod	0.2778	-0.5408	E20Mod	0.0108	-0.5917			
E10Mto	-0.6467	0.2878	E20Mto	-0.8947	0.6225			
E10SRe	1.4667	0.6406	E20SRe	1.1336	0.5171			

Obs: Inércia=24.24%. Dim 1 e Dim 2 = 1ª e 2ª dimensões da análise de correspondência múltipla.

- Dimensão 1: representa a distribuição dos itens moderados e sem relevância (à direita) e dos muito relevantes (à esquerda);
- Dimensão 2: representa a distribuição dos itens sem relevância e muito relevantes (parte superior) e dos moderados (parte inferior).

Anexo I (Gráficos)

Análise de Correspondência Múltipla (ACM) – Fora da Sessão por tipo de abordagem.

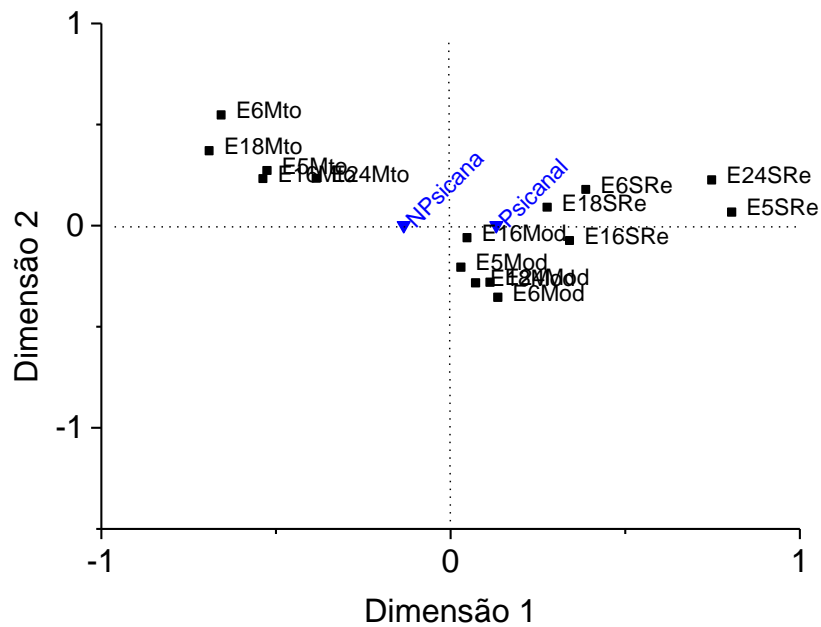


Gráfico – Psicanalítico

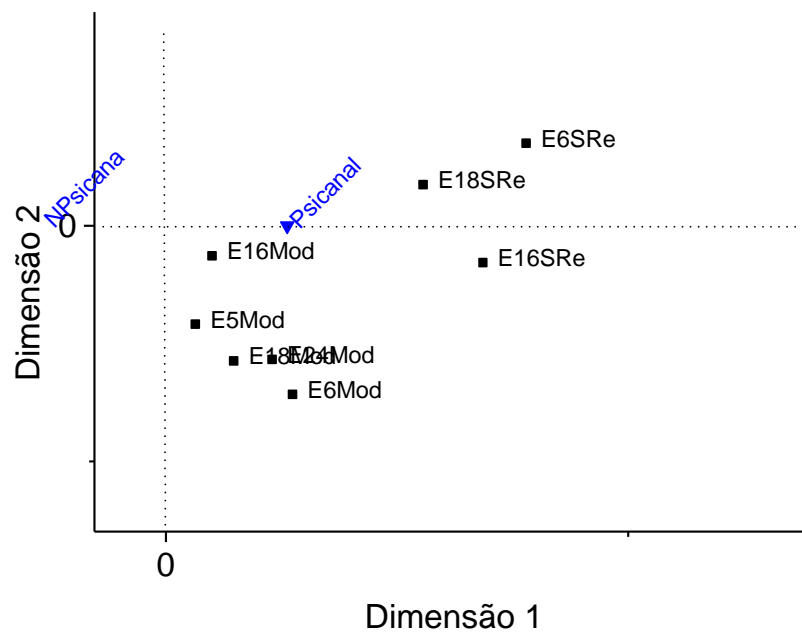


Gráfico – Psicanalítico 2

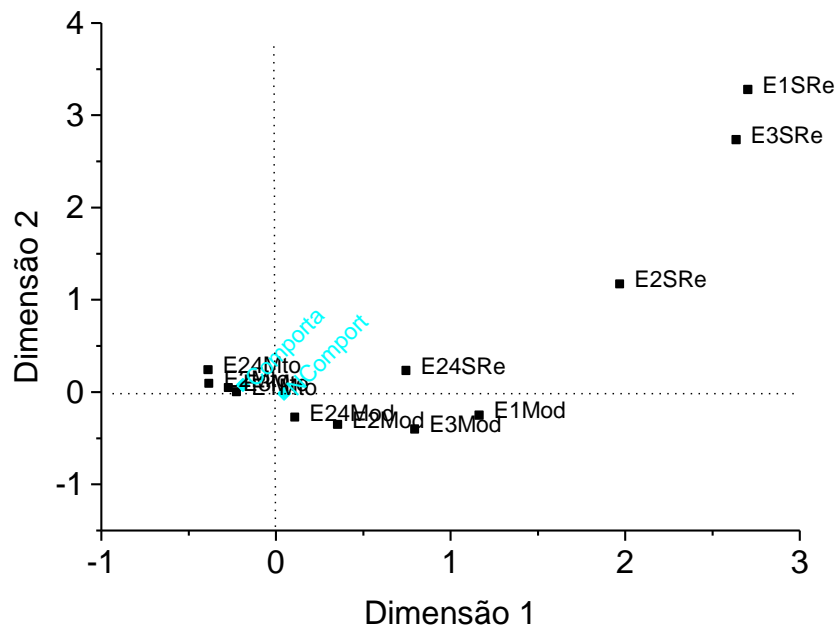


Gráfico – Comportamental

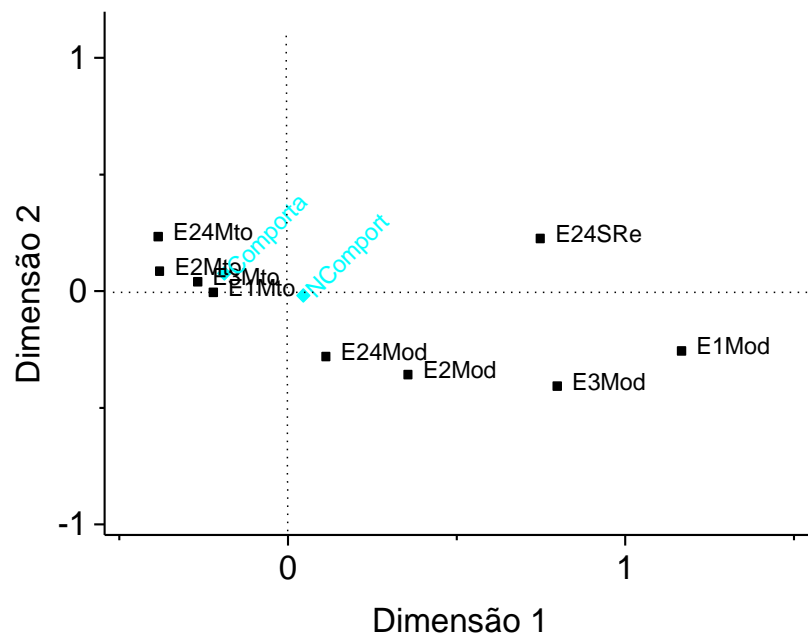


Gráfico – Comportamental 2

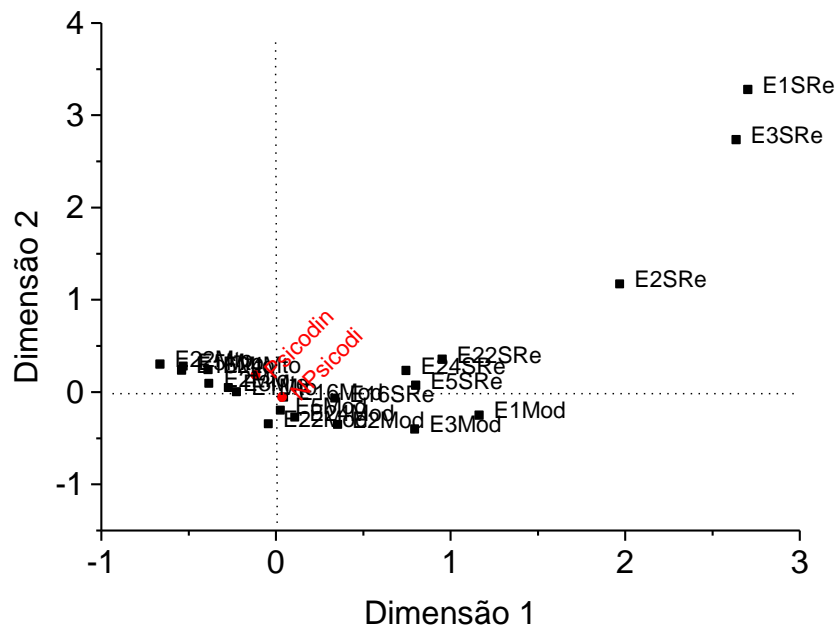


Gráfico – Psicodinâmico

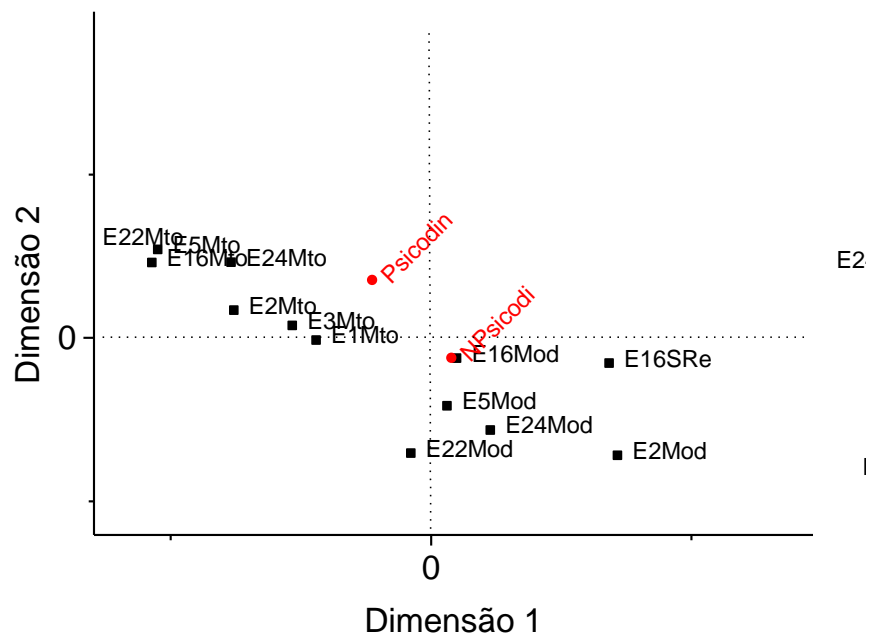


Gráfico – Psicodinâmico 2

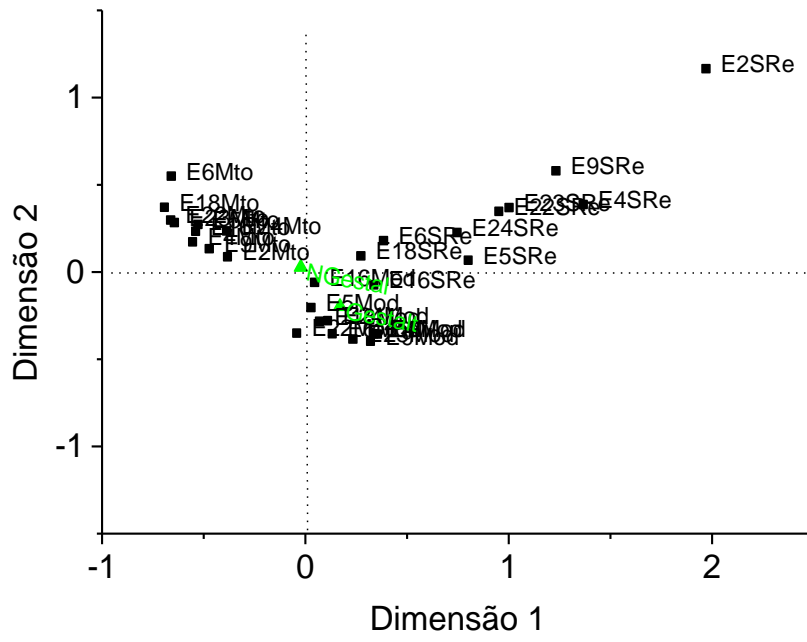


Gráfico - Humanista

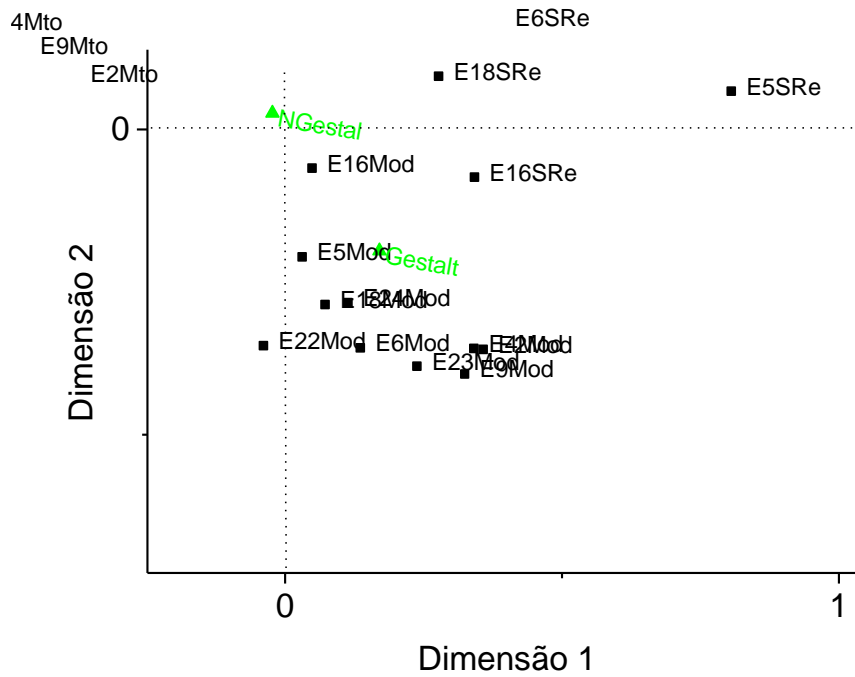


Gráfico - Humanista 2