

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

LUDOTERAPIA COM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO E RESILIÊNCIA: ESTUDO DE  
CASOS

Régis Maliszewski da Silva

Dissertação de Mestrado

São Leopoldo, 2009

LUDOTERAPIA COM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO E RESILIÊNCIA: ESTUDO DE  
CASOS

Régis Maliszewski da Silva

Dissertação apresentada comorequisito parcial  
Para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
Sob orientação da  
Prof<sup>a</sup> Carolina Macedo Lisboa

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
São Leopoldo, 2009

S586L Silva, Régis Maliszewski da  
Ludoterapia com crianças em situação de risco e resiliência: estudo de casos / por Régis Maliszewski da Silva. -- São Leopoldo, 2009.

92 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2009.  
“Orientação: Profª Drª Carolina Macedo Lisboa, Ciências da Saúde”.

1.Psicologia infantil. 2.Ludoterapia. 3.Resiliência (Traço da personalidade) em crianças. 4.Psicologia positiva. 5.Psicologia humanista.  
I.Título.

CDU 159.922.7  
615.851:688.7

Catálogo na publicação:  
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

LUDOTERAPIA COM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO E RESILIÊNCIA: ESTUDO DE  
CASOS

Elaborado por  
Régis Maliszewski da Silva

Como requisito parcial para a obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA

Carolina Macedo Lisboa, Prof<sup>ª</sup> Dra  
(Orientadora)

Maycoln Leôni Martins Teodoro, Prof. Dr.  
(Relator)

Luciana Fernandes Marques, Dra.  
(Membro)

Márcia Alves Tassinari, Pós Dra.  
(Membro)

São Leopoldo, 2009

## AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que se fizeram presentes para que essa dissertação se concretizasse. Apesar de citá-las aqui, sei que corro o risco de estar cometendo a injustiça por, no momento, algumas me escaparem à memória. Espero que sejam compreensivas.

Agradeço a pessoas como a minha amiga, colega e sócia Aline Piason, a qual deu conta de ficar nervosa por mim durante todo o percurso do mestrado, não havendo necessidade de eu também ficar nervoso. À Newton Tambara, pela confiança depositada e pelos puxões de orelha dados. Um carinhoso agradecimento à Marlene Machado de Ávila, minha sempre orientadora, que me motivou a entrar no mestrado. Especial agradecimento à Ana Paula “Prima” Zoltowski, que dedicou parte de seu estágio para os atendimentos contidos nesse trabalho, peça chave de todo o processo. À Rosemari Stein Bertolin, pelo apoio e supervisão aos atendimentos. Ao Vida Centro Humanístico e ao Delphos Instituto de Psicologia Humanista por aceitarem o projeto. À Elizabeth Freire pelas grandes contribuições para a reformulação do projeto. Ao meu irmão de coração Cleiton Fronckowiak por sempre me ajudar a regular as velas desse barco quando este não orçava muito bem. Aos meus pais, pelo apoio e pelas tentativas de compreender o que, afinal, o filho deles estava fazendo esse tempo todo.

Com muito carinho, agradeço a cada pessoa que cruzou na minha vida, de um modo ou de outro, deixando sua marca e fazendo com que eu conseguisse construir esse caminho até aqui. Obrigado a todos vocês.

## RESUMO DA DISSERTAÇÃO

A presente pesquisa, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), na Linha de Pesquisa da Clínica da Infância e Adolescência, visou a analisar o processo de resiliência a partir do atendimento através da Ludoterapia Centrada na Criança com duas crianças em situação de risco, bem como verificar as percepções dos pais e das crianças acerca do processo. Estruturou-se o trabalho em três partes: a) um artigo de revisão teórica intitulado “Psicologia Positiva & Psicologia Humanista: Uma interlocução possível?” o qual , buscou fazer uma discussão acerca dos pressupostos da Psicologia Humanista dialogando com a Psicologia Positiva.; b) um artigo empírico, intitulado “Estudo de casos acerca do processo de Ludoterapia e Resiliência com crianças em situação de risco” descrevendo os principais resultados encontrados na pesquisa realizada. Procurou-se apontar as mudanças que apontavam para indicativos de resiliência após a intervenção em ludoterapia e, por fim, c) um relatório de pesquisa, no qual foram apresentadas as bases teóricas que estruturaram o trabalho, apresenta-se assim como detalhamento do método adotado e procedimentos trabalhados, a apresentação dos dados coletados, bem como sua discussão. Finalizou-se com uma explanação do processo da pesquisa, de seus resultados, bem como uma análise crítica do trabalho realizado. Verificou-se alteração nos escores e nas verbalizações nas entrevistas, mostrando alterações em ambos os casos, entretanto, apresentou-se maiores índices de mudança na criança que recebeu maior número de atendimentos.

## SUMÁRIO

RELATÓRIO DE PESQUISA.....	08
INTRODUÇÃO .....	09
1 Resiliência e Psicologia Positiva .....	09
2 Abordagem Centrada na Pessoa .....	11
2.1 Ludoterapia .....	13
3 Objetivos .....	16
3.1 Objetivo Geral .....	16
3.2 Objetivos Específicos .....	16
4 Método .....	16
4.1 Delineamento .....	16
4.2 Participantes .....	17
4.3 Instrumentos .....	17
4.4 Procedimentos .....	18
4.5 Análise dos dados .....	19
5 Resultados .....	20
5.1 Participante 1 .....	20
5.1.1 Entrevista inicial com a mãe .....	21
5.1.2 Entrevista final com a mãe .....	22
5.1.3 Contato inicial com a criança .....	23
5.1.4 Entrevista final com a criança .....	23
5.1.5 SDQ - Ronaldo .....	25
5.1.6 SDQ – Mãe de Ronaldo .....	26
5.1.7 CDI .....	27
5.2 Participante 2 .....	28
5.2.1 Entrevista inicial com a mãe .....	29
5.2.2 Entrevista final com a mãe .....	31
5.2.3 Contato inicial com a criança .....	32
5.2.4 Entrevista final com a criança .....	33
5.2.5 SDQ – João Gabriel .....	34
5.2.6 SDQ – Mãe de João Gabriel .....	35

5.2.7 CDI .....	36
6 Discussão .....	37
6.1 O caso Ronaldo .....	37
6.2 O caso João Gabriel .....	39
7 Considerações finais .....	41
REFERÊNCIAS .....	43

ARTIGO TEÓRICO: PSICOLOGIA POSITIVA & PSICOLOGIA HUMANISTA: UMA INTERLOCUÇÃO POSSÍVEL?.....	46
INTRODUÇÃO .....	47
PSICOLOGIA POSITIVA .....	47
PSICOLOGIA HUMANISTA .....	50
ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA .....	52
PSICOLOGIA POSITIVA x PSICOLOGIA HUMANISTA: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS.	54
REFERÊNCIAS .....	56

ARTIGO EMPÍRICO: ESTUDO DE CASOS ACERCA DO PROCESSO DE LUDOTERAPIA E RESILIÊNCIA COM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO .....	60
RESUMO .....	60
INTRODUÇÃO .....	60
RESILIÊNCIA .....	61
LUDOTERAPIA CENTRADA NA CRIANÇA .....	63
MÉTODO .....	66
PROCEDIMENTOS .....	67
DESENVOLVIMENTO DOS CASOS .....	67
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	68
REFERÊNCIAS .....	71

ANEXOS .....	74
--------------	----

## Introdução

O discurso sobre os benefícios da psicoterapia tanto para crianças quanto para adultos é trazido em muitas pesquisas, sem que estes resultados positivos sejam observados apenas em casos de psicopatologias mais graves (Azevedo, 2006; Prazeres, Souza & Fontenelle, 2007 & Romaro, 1999). No entanto, na realidade brasileira, a população beneficiada por esse tipo de atendimento provém quase que exclusivamente de um nível sócio-econômico médio a médio-alto. Como afirmam Freire, Koller, Piason, Silva e Giacomelli (2006), a psicoterapia ainda é considerada como um “artigo de luxo”, com custos consideravelmente elevados, sendo os maiores beneficiados, indivíduos que possuem recursos financeiros disponíveis para pagar os custos de um tratamento.

Tomando-se como base os valores sugeridos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), o investimento mínimo a ser feito por quem pretende buscar psicoterapia individual é de R\$ 81,62, havendo uma pequena diferença no valor mínimo para ludoterapia individual, que se estabelece em R\$ 69,97 por atendimento. Desse modo, estipulando-se uma frequência de um atendimento semanal, o investimento mínimo para um adulto e uma criança terem acesso à psicoterapia são respectivamente de R\$ 326, 48 e R\$ 279, 88 (Psicologia On Line [POL], 2008). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), no ano de 2001, 35% das 27,3 milhões de famílias que tinham pelo menos uma criança de até 14 anos de idade, tinham rendimento *per capita* de meio salário mínimo. Apesar dos reajustes do ano de 2001 para o de 2008, onde o salário mínimo federal subiu de R\$ 180,00 para R\$ 415,00 (Portal Brasil, 2008), pode-se supor que, ainda assim, em torno de 9,5 milhões de famílias poderão ter pouca ou nenhuma chance de acesso à psicoterapia particular. Apesar de haverem locais para atendimento por baixo ou nenhum custo financeiro direto (ou seja, não inclusos custos de deslocamento) como os postos de saúde e as clínicas-escola, os quais ainda apresentam dificuldades de suprir a demanda de atendimentos (Campezatto & Nunes, 2007a, 2007b).

Neste sentido, o presente trabalho buscou verificar os benefícios da psicoterapia para crianças em situação de vulnerabilidade, provenientes de um nível sócio-econômico baixo com problemas escolares, e interação social que haviam sido encaminhadas para tratamento. A investigação objetiva analisar se estas crianças, cujo acesso à psicoterapia é restrito e limitado por condições contextuais sócio-econômicas, podem se beneficiar com a intervenção clínica, potencializando, assim, sua capacidade de resiliência diante de fatores como doença familiar, nível sócio econômico baixo e dificuldade de relação interpessoal. Para tal, foi utilizado o delineamento de estudo de casos múltiplos de duas crianças em situação de vulnerabilidade social (provenientes de famílias de baixa renda, e residentes de uma região de alta criminalidade), que foram atendidas

através da ludoterapia, a qual utiliza-se da atividade lúdica como técnica de intervenção terapêutica. Foi investigada também a percepção dos pais acerca do comportamento das crianças em processo de psicoterapia, a fim de obter mais dados para a construção dos casos, além de indicadores de depressão, saúde mental e a percepção da própria criança.

O presente estudo buscou contribuir para a melhor compreensão sobre o processo de resiliência e seus indicadores em pessoas em situação de risco. Este conceito tem sido debatido e discutido na literatura científica, bem como em Congressos Nacionais e Internacionais (Koller & Lisboa, 2007; Lisboa & Koller, 2007). Salienta-se, ainda, a carência de produção científica acerca de teorias e da prática de psicoterapia infantil. Costa e Dias (2005) referem a escassez de estudos sobre psicoterapia infantil, principalmente estudos que sistematizem esta prática e avaliem sua eficácia. Esta escassez é percebida principalmente nas abordagens terapêuticas como psicodrama, *gestalt* e terapia centrada na pessoa, as quais, de acordo com os mesmos autores, não estão adequadamente representadas nas publicações científicas, o que reafirma a motivação para realização deste trabalho.

## 1 Resiliência e Psicologia Positiva

Proveniente das áreas das Ciências da Física e Engenharias, o termo Resiliência foi proposto por Thomas Young em 1807 para descrever a noção de módulo de elasticidade, considerando a tensão e compressão recebida por um objeto e a capacidade deste objeto ou material de absorver esta energia e voltar a seu estado inicial (antes da tensão), sem sofrer deformação plástica ou permanente (Yunes, 2003, Yunes, Garcia & Albuquerque, 2007). A utilização desse termo dentro da Psicologia é relativamente recente, datando aproximadamente de 30 anos (Yunes, Garcia & Albuquerque, 2007), sendo que o tema foi trazido para discussão em encontros internacionais ainda mais recentemente, por isto, existem algumas controvérsias (Koller & Lisboa, 2007; Yunes, 2003). O construto de resiliência, nas áreas da Psicologia e Educação, significa um processo dinâmico de interação entre a pessoa em questão e o risco percebido/existente resultando em êxito, ou seja, um resultado positivo. Este construto exige a consideração de múltiplas variáveis para seu entendimento adequado, não sendo possível traçar tipologias de resilientes e não-resilientes, bem como afirmar quais são precisamente as características de pessoas que tenham sido resilientes frente a determinados riscos (Pinheiro, 2004; Koller & Lisboa, 2007; Yunes, 2003). Desse modo, a capacidade de resiliência pode ser observada em qualquer ser humano e não é um traço de personalidade e, principalmente, não é uma qualidade “suprema” de alguns indivíduos que seriam “naturalmente” mais favorecidos. Este processo é observado a partir de uma necessidade de defesa

ou enfrentamento diante de ameaças que possam comprometer o desenvolvimento, bem-estar e segurança do indivíduo ou de suas relações (Masten, 2001). A resiliência só pode ser observada, então, na presença de riscos, ou seja, não havendo risco, não há sentido referir-se à resiliência (Paludo & Koller, 2005). Nesses fatores de risco podem estar inclusos a condição de pobreza, exposição à violência, experiência de doença no próprio indivíduo ou família, bem como perdas importantes (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Entretanto, é preciso atentar-se à contextualização do risco e sua percepção também enquanto processo, pois a quantidade de fatores de risco a qual a criança está exposta, a frequência com a qual ela vivencia esses fatores, o período de tempo que é submetida, são mais importantes do que um episódio de exposição grave (Engle, Castle & Menon, 1996). Cabe salientar que a resiliência não exprime a idéia de eliminação de um problema, mas sim a resignificação deste frente a adversidade encontrada (Junquera & Deslandes, 2003).

Complementar à compreensão dos mecanismos relacionados à resiliência, Garmezy e Masten (em Paludo & Koller, 2005) propõe uma classificação (não estanque e necessariamente separada) dos fatores de proteção. Os fatores de proteção são percebidos como aspectos potencializadores para o desenvolvimento humano saudável, possibilitando que as pessoas reajam positivamente às situações que, devido à prolongada e intensa exposição aos fatores de risco, poderiam sugerir pouca ou nenhuma possibilidade de superação (Sapienza & Pedromônico 2005). Estes aspectos podem ser classificados, de forma geral, em três grandes grupos: a) características individuais, b) coesão familiar e apoio afetivo e c) o apoio social externo. Todos estes aspectos, individualmente ou em interação, contribuem para o enfrentamento com maior êxito por parte das pessoas diante de eventos estressores da vida (Paludo & Koller, 2005).

A intervenção psicoterapêutica, compreendida como fator de proteção e parte do grupo denominado por Garmezy e Masten (1994) como apoio social, pode possibilitar ou promover a resiliência individual, dando maiores condições para enfrentamento dos fatores de risco aos quais os indivíduos possam estar expostos. Nestas intervenções, há possibilidade de trabalhos em nível de autoconceito, favorecendo o auto-conhecimento que, apesar de não reduzir os riscos aos quais os indivíduos estão expostos de forma direta, pode tornar-se um fator de proteção – referindo-se às características individuais - que possibilita a redução dos impactos negativos relacionados a diferentes riscos presentes no ambiente e nas interações humanas (Freire, et al., 2008; Sapienza & Pedromônico, 2005). Diante disso, é vista a necessidade de pesquisas e intervenções em Psicologia voltadas para a promoção de saúde junto a populações em situação de risco, redirecionando as investigações tradicionais cujo foco era na psicopatologia para um foco na perspectiva de promoção da saúde, investigando estados e forças positivas, verificando, também, a eficácia dos processos de

intervenção (Hutz & Koller, 1997). Essa mudança de perspectiva vai ao encontro da Psicologia Positiva, Paradigma Teórico que tem um marco importante na publicação de 2001 (Seligman & Csikszentmihalyi, 2001), na Revista *American Psychologist*, editada por Martin Seligman ainda quando este presidia a *American Psychological Association* (Joseph & Petterson, 2008; Paludo & Koller, 2007; Yunes, 2003). Essa nova perspectiva visa alterar o foco de ação, voltando-se o olhar para a promoção das potencialidades e virtudes humanas (Yunes, 2003).

O trabalho junto às potencialidades humanas pode auxiliar no “florescimento” de indivíduos, grupos e instituições em direção ao desenvolvimento pleno e saudável não só no âmbito psicológico, mas também biológico e social. A Psicologia Positiva é aqui abordada por representar atualmente a inquietação que já fora trazida anteriormente pela Psicologia Humanista. Desse modo, busca-se aproximar os discursos de modo a sinalizar que essa necessidade de mudança de perspectiva não encerrou-se com o passar dos anos, mas sim que ganha voz nos discursos dentro da psicologia. Assim, esse movimento apresentado pela Psicologia Positiva compartilha de alguns pressupostos e conceitos apresentados pelo Humanismo (Paludo & Koller, 2007). Apesar da aproximação entre Psicologia Positiva e a Psicologia Centrada na Pessoa, não há divulgação por parte do movimento dos profissionais inseridos na Psicologia Positiva desses aspectos em comum. Um dos principais motivos para esta fato pode dever-se à crença distorcida que associa a psicoterapia em geral e também a psicoterapia humanista com doenças e disfunções, bem como, também a marginalização ocorrida nos Estados Unidos das formas de prática e pesquisa da comunidade Centrada na Pessoa (Humanismo), que se diferenciam do modelo médico (Joseph & Patterson, 2008; Joseph & Worsley, 2005; Rogers & Rosenberg, 1977).

## 2 Abordagem Centrada na Pessoa

Apesar desses obstáculos, gerados por visões distorcidas e preconceitos citados anteriormente, ao diálogo entre a Psicologia Positiva e a Abordagem Centrada na Pessoa, vê-se que há alguns pontos no trabalho de Carl Ranson Rogers os quais interagem e dialogam diretamente com a Psicologia Positiva. Para compreender tais ligações, é necessário retomar-se a trajetória de Carl Ranson Rogers e algumas datas importantes de sua carreira profissional. No ano de 1928, Rogers atuou como psicólogo na *Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children*, uma instituição pública a qual prestava atendimentos a crianças e suas famílias quando encaminhadas juridicamente ou através do serviço social, permanecendo como psicoterapeuta neste local durante 12 anos. Em 1940, Rogers, em palestra na Universidade de Minnesota, apresentou alguns dos resultados de seus estudos em relação aos movimentos dos clientes durante o curso de um processo

de psicoterapia segundo a Abordagem Centrada na Pessoa. Esses movimentos foram percebidos através da análise de dados de atendimentos gravados e supervisionados durante o período que atuou como psicólogo na instituição *Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children* (Tambara & Freire, 1999).

Dentre as formulações desenvolvidas a partir dessas análises, Rogers percebeu que no ser humano residiam forças construtivas, ou seja, um movimento interno através do qual o indivíduo busca naturalmente seu auto-aperfeiçoamento e auto-crescimento enquanto pessoa (Rogers, 1951/1992). Este movimento foi descrito por este autor através do termo “Tendência Atualizante”. Essa tendência será manifestada indubitavelmente se o indivíduo encontrar um ambiente no qual seja compreendido e aceito da forma como esse (indivíduo) se apresentar (Rogers, 1951/1992). Sem a existência de qualquer tipo de julgamento ou direcionamento de comportamentos ou sentimentos, um ambiente caloroso é aquele no qual a pessoa irá se sentir compreendida e aceita tal como é, livre de ameaças, podendo expressar, assim, sua Tendência Atualizante. Este conceito sobrepõe-se e dialoga com o conceito de resiliência, sendo que ambos construtos não são estáticos, mas dinâmicos e universais, podendo apresentar-se em diferentes pessoas e grupos e influenciados pelo contexto na qual os indivíduos estão inseridos (Masten, 2001; Rogers, 1980).

Para que houvesse a plena expressão da Tendência Atualizante, Rogers (1980) apontou algumas condições fundamentais para sua manifestação e êxito de um processo de terapia. Essas condições referiam-se a algumas necessidades dentro de um processo de psicoterapia. Dentre estas, aponta-se a primeira, que se refere à necessidade de que duas pessoas estejam em contato como psicológico; a segunda aponta para o estado de incongruência, vulnerabilidade ou ansiedade no qual o cliente deva estar; bem como a postura congruente e integrada na relação, elencada na terceira condição. A quarta e quinta condições referem-se, seqüencialmente, à necessidade do terapeuta em experimentar consideração positiva incondicional pelo cliente, bem como compreender empaticamente o referencial da estrutura interna do cliente e se esforce para que essas atitudes sejam comunicadas ao cliente. A última condição refere-se à necessidade de compreensão, por parte do cliente, das atitudes manifestadas pelo terapeuta, e que essa compreensão seja efetivada ao menos num grau mínimo.

A nova perspectiva clínica proposta por Rogers (1942/1997) focalizava os potenciais e sentimentos do indivíduo, ao invés da compreensão intelectual. Exigia-se uma atitude voltada ao momento presente ao invés de focalizar-se no passado do indivíduo. A terminologia proposta pelo autor para referir-se ao outro na relação terapêutica, o qual denominou de “cliente” ao invés do tradicional “paciente” visou não somente uma simples alteração semântica, mas uma mudança de atitude (paradigma) que refuta a idéia de passividade (paciente) para um processo no qual o

indivíduo é visto como agente ativo e responsável pela sua mudança. Outra questão levantada para a mudança de orientação seria associação existente e natural da palavra “paciente” ao modelo médico tradicional, no qual paciente é aquele possui uma doença e precisa ser curado por alguém detentor da sabedoria e poder de cura. Na perspectiva rogeriana, cliente e terapeuta juntos e sem desequilíbrio de poder chegarão a conclusões, facilitando mudanças e saúde (Tendência Atualizante). Desse modo, a Psicologia Positiva aproxima-se da Abordagem Centrada na Pessoa ao afirmar a necessidade de uma mudança de perspectiva, voltando-se para as potencialidades humanas e focalizando os aspectos saudáveis dos indivíduos (Hutz, & Koller, 1997; Yunes, 2003). O extenso trabalho realizado por Rogers desde a trajetória em *Rochester* onde deu origem a sua primeira obra *The clinical treatment of the problem child* (Rogers, 1939), a qual ainda não considerada como parte teórica da Abordagem Centrada na Pessoa, até suas pesquisas posteriores, contribuiu muito para o desenvolvimento e base da Ludoterapia Centrada na Criança. Entretanto, o foco dado diretamente ao estudo com crianças através desse referencial foi mais aprofundado por Virgínia Axline (1947/1972) com a publicação do livro *Play Therapy* (Axline, 1947/1972).

## 2.1 Ludoterapia Centrada na Criança

A Ludoterapia Centrada na Criança ou Ludoterapia Não-diretiva é a modalidade de atendimento, através dos mesmos princípios da Terapia Centrada no Cliente apresentada por Rogers, mas direcionada, especificamente, a crianças entre três e 16 anos. Estabelecendo alguns limites necessários para manter a segurança física e mental da criança, o terapeuta visa a auxiliar, através da atividade lúdica, que a criança explore seu mundo emocional interno dentro do ambiente de tratamento ludoterapêutico (Rye, 2008).

O auxílio do profissional se manifestará através do desenvolvimento de um ambiente em que criança se sinta segura, voltada ao presente (momento atual), sendo a atividade lúdica compreendida não como “uma preparação para nada”, mas sim, como um momento de aceitação e consideração da importância desse brincar. Desse modo, o brincar é estar atento ao momento presente e ao que se está realizando e também representa um importante meio de comunicação, expressão infantil (Maturana & Verden-Zöllner, 2006).

A Ludoterapia Centrada na Criança, como descrita por Axline (1947/1972), possui em seus pressupostos epistemológicos a crença na capacidade da criança de se mover em direção ao auto-desenvolvimento. Tal aspecto está diretamente relacionado ao conceito de Tendência Atualizante exposto por Rogers (1951/1992) como parte de uma tendência formativa presente em todo organismo vivo que o direciona a um crescimento ou à melhor forma de utilização de recursos

personais. Com esse pressuposto, acredita-se que a característica não-diretiva da Ludoterapia Centrada na Criança é fundamental para que a criança possa seguir pelo caminho escolhido por ela própria, cabendo ao terapeuta ser um agente facilitador desse processo de auto-descoberta e auto-formação. O reconhecimento e a utilização de seus recursos pessoais geram confiança e segurança na criança, estes aspectos são fundamentais para o processo de resiliência, o que mostra uma relação entre conceitos da Terapia Centrada no Cliente e da Psicologia Positiva.

É através do brincar que a criança encontra uma forma de se comunicar e entrar em contato com seu mundo interno, assim como o adulto utiliza-se da palavra como caminho para a compreensão e manifestação de aspectos de sua própria vida. A atividade lúdica é o caminho da criança para manifestação e elaboração de seu modo de ser e de experimentar o mundo (Axline, 1947/1972). Entende-se por brincar “qualquer atividade humana praticada em inocência, isto é, qualquer atividade realizada no presente e com a atenção voltada para ela própria e não para seus resultados” (Maturana & Verden-Zölller, 2006, pg. 231). Experimentando o brincar no aqui-agora, altera-se o foco de busca de “resultados” objetivos e finais para o foco no processo atual e presente (Maturana & Verden-Zölller, 2006). A possibilidade de interação com um adulto (terapeuta) pode possibilitar à criança desenvolver a sua capacidade de expressar a si mesma, representando um importante fator de proteção. Nesse ambiente, a criança experimenta a segurança e o conforto da relação de modo a sentir-se livre para se comunicar. O terapeuta auxilia a criança a compreender seus sentimentos e comportamentos, podendo promover a resiliência frente a riscos do momento presente ou do desenvolvimento subsequente (Doster, 1996).

Confluindo com as idéias propostas por Axline (1947/1972) e Rogers (1942/1997) sobre a importância do contato aqui-e-agora, Maturana e Verden-Zölller (2006) ressaltam a importância da atenção dada pelos pais à criança. A criança só adquire sua consciência social e autoconsciência quando cresce na consciência operacional de sua corporeidade, ou seja, quando ela assimila as capacidades de seu corpo e o percebe também como um meio para interação com o mundo. Esta noção emerge a partir da dinâmica de brincadeiras com a mãe e o pai. A confiança depositada na criança pelos pais, a confiança mútua e aceitação plena, a qual a criança precisa para crescer em sua auto-aceitação e auto-respeito possibilita a expandir tais sentimento aos outros, constituindo-se assim uma vida social. Na Ludoterapia, a criança poderá expressar este brincar, inicialmente construído em interação com os pais, na presença do terapeuta que agirá como facilitador deste processo.

O processo de facilitação do desenvolvimento da criança pelo terapeuta, da criação de um ambiente capaz de promover o crescimento interno da criança, dá-se através do desenvolvimento de atitudes do terapeuta que permitam criar um ambiente com os limites necessários, sem perder a

postura acolhedora ao sentimento manifestado pela criança. É transmitida a compreensão e consideração incondicional dos sentimentos da criança, bem como de seus meios de manifestação. Ao longo do tratamento, a criança entrará em contato com esses sentimentos, criando um ambiente propício para seu desenvolvimento e saúde Axline (1947/1972).

Assim como Rogers (1980) propôs alguns aspectos cruciais para a psicoterapia com adultos, Axline (1947/1972, p. 69) descreve oito princípios básicos e essenciais para a realização de uma Ludoterapia Não-diretiva. Esses princípios são:

1. O terapeuta deve desenvolver um clima amistoso e cálido no contato com a criança de forma que logo se estabeleça o *rapport* e adequada vinculação;
2. O terapeuta deve aceitar a criança exatamente como ela é;
3. O terapeuta deve estabelecer uma sensação de permissividade no relacionamento, de tal modo que a criança se sinta completamente livre para expressar seus sentimentos;
4. O terapeuta deverá estar sempre alerta para identificar os sentimentos que a criança está expressando e para refleti-los para a mesma, de tal forma que esta adquira conhecimento sobre seu comportamento;
5. O terapeuta deve manter profundo respeito pela capacidade da criança em resolver seus próprios problemas, dando-lhe oportunidade para isto. A responsabilidade de escolher e de fazer mudanças é deixada à criança;
6. O terapeuta não pode dirigir as ações ou conversas da criança de forma alguma. Ela [criança] deve indicar a orientação e ritmo do tratamento;
7. O terapeuta não deve tentar abreviar a duração da terapia. O processo é gradativo e assim deve ser reconhecido;
8. O terapeuta deve estabelecer somente as limitações necessárias para fundamentar a terapia no mundo da realidade e fazer a criança consciente de sua responsabilidade no relacionamento.

Os princípios e atitudes manifestas pelo terapeuta dentro desse contexto tendem a desenvolver um clima de aceitação da experiência da criança. Vê-se que a aceitação e a empatia estão presentes tanto no discurso de Rogers (1980) quanto de Axline (1947/1972), o que ocorre também como a efetivação do contato; entretanto não é explicitado nos princípios da Ludoterapia a necessidade de congruência do terapeuta. Apesar disso, não perde-se o foco de que a promoção de um clima de aceitação da criança, como ela se manifesta, auxilia-a em seu processo de auto-exploração; percebendo a relação terapêutica como promotora de seu desenvolvimento, havendo naturalmente uma mudança terapêutica, uma diminuição de sintomas e promoção de saúde (Moon,

2001; 2002).

O principal objetivo da Ludoterapia Centrada na Criança não é a solução de um problema específico, tampouco o foco em um problema ou estado patológico, mas busca auxiliar a criança em seu crescimento de maneira ampla. Esse crescimento será evidenciado através da maturidade alcançada por ela, que a fortalece para enfrentar as situações de sua vida diária. Desse modo, há uma confiança na capacidade de que esse crescimento da criança irá instrumentalizá-la pra resolver seus problemas de forma ativa (Doster, 1996).

Através da perspectiva de promover a instrumentalização do cliente, facilitando que este tenha acesso a seus recursos internos e não necessariamente focar-se em algum problema específico, a Ludoterapia Centrada na Criança proposta por Axline (1947/1972), além de convergir com as idéias propostas pela Psicologia Positiva, direcionada aos aspectos positivos do ser humano ao invés de deter-se na doença (Hutz & Koller, 1997; Yunes, 2003). Desse modo, possibilita a promoção da resiliência com o reconhecimento desses recursos internos, auxiliando no enfrentamento das situações adversas (Masten, 2001; Paludo & Koller, 2005).

### 3. Objetivos

#### *3.1 Objetivo Geral*

Descrever e analisar o processo de resiliência a partir de um atendimento ludoterapia não-diretiva com crianças em situação de vulnerabilidade social.

#### *3.2 Objetivos Específicos*

Investigar a percepção dos pais acerca do processo de ludoterapia não-diretiva e o processo de resiliência das crianças.

Investigar a percepção das crianças acerca do processo de ludoterapia não-diretiva.

### 4 Método

#### *4.1 Delineamento*

Foi realizado um estudo de casos múltiplos (Yin, 2005). Este método caracteriza-se por investigar empiricamente fenômenos dentro de um contexto da vida real, buscando clarear os limites entre o fenômeno estudado e o contexto. Possibilita-se o estudo mais aprofundado de modo a serem analisados os dados qualitativamente com o intuito de descrever o processo investigado.

#### 4.2 Participantes

Fizeram parte dessa pesquisa duas crianças do sexo masculino, de 11 e 12 anos de idade, respectivamente. São oriundas de famílias de baixa renda, visto que, para a participação nas atividades do local onde receberam atendimento, é feito um controle de acordo com a renda.

As mães das crianças também participaram deste estudo.

#### 4.3 Instrumentos

- *Entrevista Inicial com Pais/Cuidadores*

Entrevista semi-estruturada com o objetivo de investigar a configuração e aspectos sobre a dinâmica familiar e as condições de vida da criança. Foram investigadas as percepções das mães em relação à criança, incluindo perguntas sobre características relacionadas ao processo de resiliência, aspectos positivos e negativos e dificuldades afetivas, comportamentais ou de relacionamento da criança na visão destas mães (Anexo A).

- *Inventário de Depressão Infantil*

O Inventário de Depressão Infantil (CDI) é uma adaptação para crianças do *Beck Depression Inventory* para adultos, desenvolvida por Kovacs (1992). O CDI tem como objetivo detectar a presença de alterações afetivas em crianças e adolescentes dos sete aos 17 anos de idade. O instrumento é composto por 27 itens, cada um com três opções de resposta indicando concordância ou discordância, pontuadas de 0 a 2. No Brasil, o CDI foi adaptado por Hutz e Giacconi (2000), demonstrando características psicométricas adequadas (alfa de *Cronbach* = 0,85). Dentro das amostras brasileiras podemos também encontrar o estudo de Walthier, Dell'Aglio, Bandeira (2008), que encontraram uma boa consistência no instrumento, com alfa de *Cronbach* de 0,85. (Anexo B)

- *Entrevista de Final com Pais/Cuidadores*

Entrevista semi-estruturada, focalizada na percepção das mães das duas crianças sobre o processo de terapia e resiliência, particularmente na observação de mudanças comportamentais, afetivas ou de relacionamento na criança após a terapia (Anexo C).

- *Entrevista Final com a Criança*

Entrevista semi-estruturada com o objetivo de investigar a percepção da própria criança em relação à sua experiência da terapia (Anexo D).

- *Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)*

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (Fleitlich, Cortazar & Goodman, 2000) é a versão brasileira do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), originalmente desenvolvido por Fleitlich, Cortazar e Goodman (2000). O SDQ é um questionário utilizado para detecção (*screening*) de problemas de saúde mental infantil. É composto por 25 itens, divididos em cinco escalas: 1) Sintomas Emocionais, 2) Problemas de Conduta, 3) Hiperatividade, 4) Problemas de Relacionamento com Colegas e 5) Comportamento Social. O instrumento utiliza de uma escala Likert de três pontos (falso, mais ou menos e verdadeiro) e foram utilizadas duas versões: uma para ser respondida por pais e outra para ser respondida pela própria criança. O instrumento apresenta também um Suplemento de Impacto com cinco questões que avaliam qual o impacto percebido pelos pais das dificuldades identificadas na primeira parte do questionário. Apresenta consistência interna (Alfa de Cronbach de 0,73) (Goodman, 2001) (Anexo E).

#### 4.4 Procedimentos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, após a aprovação no exame de qualificação. Após aprovação pelo Comitê de Ética foi contatada uma instituição. A instituição onde as crianças receberam o atendimento caracteriza-se por ser uma instituição pública estadual, a qual é ligada à Fundação Gaúcha do Trabalho e Ação Social (FGTAS). Visa a prestar atendimento social visando a inclusão social de crianças, adolescentes, idosos e famílias. A instituição foi contatada para apresentação do projeto e solicitação de autorização para realização desta pesquisa, após explicação detalhada dos objetivos, procedimentos e benefícios da investigação. Foram acompanhadas duas crianças em seus processos de evolução clínica no tratamento, atendidas por uma estagiária de psicologia com referencial teórico da Abordagem Centrada na Pessoa. A escolha das crianças foi dada de maneira aleatória, conforme ordem de encaminhamento da instituição. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE – (Anexo F) foi entregue e preenchido pelos pais das crianças ou cuidadores responsáveis, mediante adequadas explicações sobre a investigação.

As crianças também foram convidadas a participar da investigação e, mesmo após o TCLE assinado pelos pais, deram seu assentimento para que a investigação pudesse acontecer. As crianças também foram informadas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e a relação com o processo terapêutico que freqüentaram.

Foi realizado um encontro individual com cada uma das crianças antes do início do processo

de Ludoterapia a fim de realizar a aplicação dos instrumentos (SDQ e CDI) e o primeiro contato com as crianças. Foi realizada, também, com os pais/cuidadores, uma entrevista semi-estruturada inicial bem como a aplicação do instrumento SDQ antes do início do tratamento. Após aproximadamente 3 meses da primeira aplicação, os pais/cuidadores e as crianças foram novamente contatados pelo pesquisador e solicitados a responder novamente aos instrumentos anteriormente aplicados e a realização das entrevistas (SDQ, CDI e Entrevista Final com Pais/Cuidadores, Entrevista Final com a Criança). Convém salientar que o pesquisador não atuou como terapeuta das crianças, somente teve contato direto com a mesma no momento da aplicação dos instrumentos. As crianças permaneceram em atendimento. Apesar da proposta inicial de coletar num intervalo de 6 meses, condições externas e de funcionamento da instituição (recesso e férias escolares), reduziu-se esse período para 3 meses.

A aplicação dos instrumentos empregados nessa pesquisa foi desenvolvida em dois momentos. O primeiro momento ocorreu antes do início dos atendimentos, coletando dados com a mãe das crianças, as quais foram entrevistadas e, após término da entrevista, solicitou-se o preenchimento do SDQ dirigido a pais. Com a criança, os dados foram coletados através de um primeiro contato, no qual se buscou conhecer um pouco da criança através de um diálogo acerca da aspectos do cotidiano da criança e, posteriormente, as aplicações do SDQ e do CDI. O segundo momento ocorreu após aproximadamente três meses datado da primeira aplicação, no qual foram retomadas as entrevistas com as mães, a reaplicação dos mesmo instrumentos (tanto com as mães como com as crianças) e uma entrevista final com as crianças. Todos os procedimentos foram realizados de maneira individual.

As sessões de Ludoterapia Centrada no Cliente ocorreram de forma individual, com disponibilidade de frequência semanal. Cada encontro teve a duração de 50 minutos e ocorreu em uma sala apropriada à atividade, contendo materiais lúdicos com os quais as crianças tinham possibilidade de manipular e interagir com ou sem o auxílio do terapeuta. Convém salientar que, completando aproximadamente três meses da primeira aplicação, as crianças continuaram com seus atendimentos. O tratamento não esteve diretamente relacionado à pesquisa, ou seja, mesmo com o encerramento da pesquisa, não houve interferência para o encerramento do atendimento, protegendo-se assim as crianças de exposições ou prejuízos. Em momento algum os participantes ou terapeutas foram identificados, garantindo o sigilo das informações obtidas.

#### *4.5 Análise dos Dados*

O levantamento dos dados do SDQ foram feitos primeiramente em uma categoria total de

dificuldades, após, os dados foram divididos de acordo com as escalas que compõe o instrumento: a) Escala de Sintomas Emocionais; b) Escalas de Problemas de Conduta; c) Escala de Hiperatividade; d) Escala de Problemas de Relacionamentos com Colegas e; e) Escala de Comportamento Pró-social. Foram analisados comparando a primeira e a segunda aplicação para visualizar as possibilidades de mudanças. Como auxílio na análise, seguiu-se a interpretação das categorizações dos intervalos de pontuação entre “Normal”, “Limítrofe” e “Anormal”. Com isso, integrou-se os dados às outras fontes de informações, realizando uma leitura qualitativa dos dados. O CDI fora avaliado em quatro aspectos: a) Geral; b) Afetivo-somático c) Relação com os outros e; d) Desempenho. Buscou-se analisar de acordo com o ponto de corte especificado para cada idade, para verificar a incidência ou não de escores que apontassem ser clinicamente significativos para depressão. Compararam-se as duas aplicações de modo a verificar as mudanças ocorridas de modo qualitativo.

Analisaram-se as evidências coletadas, baseando-se em proposições teóricas que norteavam o estudo e os objetivos da investigação (Yin, 2005). As informações coletadas nas entrevistas com a criança e com as mães foram exploradas e integradas, a fim de construir os casos, analisando o processo de resiliência e mudança comportamental das crianças ao longo do processo de terapia. Os resultados provenientes dos instrumentos utilizados (Questionário de Capacidades e Dificuldades - SDQ e, Inventário de Depressão Infantil – CDI) foram integrados às descrições dos casos, proporcionando melhor entendimento de todos os conteúdos observados e investigados. Desse modo, orientando-se pela compreensão do processo e indicadores individuais de resiliência fornecidos pelos instrumentos e relatos das entrevistas, buscou-se construir um caso através de análise qualitativa e aprofundada dos aspectos observados.

## *5. Resultados*

Nesse espaço, serão apresentadas as descrições das entrevistas e escores nos instrumentos psicométricos estudados para posterior análise e discussão. A organização da apresentação dos dados será feita por participante. Desse modo, primeiramente se apresentará os dados coletados do Participante 1, denominado Ronaldo [nome fictício] e, posteriormente, do Participante 2, denominado João Gabriel [nome fictício].

### *5.1 Participante 1: Ronaldo*

Data da primeira coleta: 20/04/09

Data da segunda coleta: 17/07/09

Número de atendimentos realizados no período: 10 atendimentos

### *5.1.1 Entrevista inicial com a mãe.*

Ronaldo é uma criança de 11 anos de idade que cursa a 5ª Série do ensino fundamental em uma escola pública. Conforme relatos da mãe, Ronaldo é filho único e mora com os pais. A mãe refere que este menino tem passado por dificuldades na escola, motivo esse que o fez ser encaminhado para atendimento com uma pedagoga, a qual está acompanhando-o há aproximadamente um ano, e, também, leva-o, agora, ao serviço de psicologia. Ronaldo está repetindo a 5ª série no colégio e “não quer nada com nada”(SIC) tanto na escola quanto em casa, segundo a mãe. O menino foi acompanhado por um neurologista por muitos anos e fazia uso do medicamento Carbamazepina. Os pais referem que não percebiam mudança positiva no menino com o uso desta medicação, bem como a insatisfação com a falta de esclarecimentos dada pelo profissional que estava acompanhando sobre o quadro da criança. O relato da mãe aponta que Ronaldo tem comportamentos que a preocupam, como o não aceitar ir ao médico ou a exames, afirmando que nas situações que precisa fazer algum, sentia-se mal “... da um amarelão, uma abrição de boca... ele cai... Não sei se ele desmaia.”, a mãe relata episódios de vômito em Ronaldo quando este é ameaçado. De acordo com a mãe, o filho “não sabia se machucar”.

Ronaldo é uma criança “muito doce, querida, amada...”, segundo a mãe, e não apresenta episódios de agressividade, entretanto, a mãe aponta que ele é muito desorganizado, percebe que tem dificuldades para realizar as tarefas de casa. Gosta de música, vídeo-game e computador. Não acorda cedo durante a semana, já que estuda no turno da tarde. Fica sozinho pela parte da manhã, indo eventualmente na casa do cunhado da mãe, que fica no piso inferior da casa onde moram. Até o ano anterior, a mãe de Ronaldo pagava alguém para levá-lo à escola, mas, sob orientação da pedagoga que o atendia, ele começou a ir sozinho. Na volta da escola, a mãe o busca, no caminho de volta do serviço.

Ronaldo freqüentava uma escola de futebol, mas no último ano os pais interromperam esta atividade devido aos custos elevados. O futebol desperta grande interesse de Ronaldo, o qual demonstra gostar muito do esporte. A mãe afirma que Ronaldo não possui muitos amigos. Há pessoas conhecidas do colégio e alguns vizinhos com os quais se relaciona. A mãe afirma que seu filho é uma criança “boa, se dá bem com todo mundo (...) todo mundo gosta dele”. O que mantém a mãe preocupada é o rendimento dele na escola e a “dificuldades” que demonstra ao se machucar.

### 5.1.2 Entrevista final com a mãe

Na entrevista final, a mãe de Ronaldo começa apontando as mesmas queixas apresentadas na primeira entrevista. Afirma que ainda não percebeu mudanças no filho, considerando que o tempo foi pouco desde o início do atendimento para apresentar alguma mudança. Afirma “Pode até que tenha mudado alguma coisa (...). No colégio, as notas... até vermelho veio esse ano, agora, na primeira... ele pegou a... a gente pegou a avaliação dele agora, tá as nota muito baixa. Veio vermelho... continua a mesma coisa”.

Na continuidade da entrevista, a primeira mudança relatada refere-se ao comportamento de Ronaldo com os professores “o meu sobrinho que pegou a avaliação dele [Ronaldo]. Diz que as professora reclamaram pra ele. Diz que ele [Ronaldo] agora tá meio respondão. Coisa que ele nunca fazia com os professores”.

A mãe fala acerca do interesse em recomeçar o uso de medicação no filho, que foi interrompida por ela e o marido há algum tempo. Na entrevista aponta as dificuldades que está encontrando para achar um médico para Ronaldo e da preocupação com o comportamento do filho “Desde que eu parei com o remédio eu to notando, que ele tá mais irritado. A gente fala, não da pra ficar... fica brabo, fica revoltado, mas...”.

Relata que, quando recebeu as notas de Ronaldo, buscou o auxílio da psicopedagoga que o acompanha. Esta sugeriu que o problema pudesse estar no colégio onde ele estuda, afirmando que há uma falta de atenção por parte da escola “Um colégio que não tá ajudando ele. Que é como ela [psicopedagoga] diz. Ele tá com dificuldade desde o primeiro ano e eles nunca encaminharam ele pra nada, né. Nunca... nem pra uma pedagoga nem pra nada.”. Aponta a dificuldade que teria para trocar de colégio, pois relata que “pra eu tirar de lá eu só tenho que botar num colégio particular. Mas particular eu não tenho condições de pagar.”.

A mãe de Ronaldo fala que o colocou na aula de Kumon (método de ensino individualizado, utilizado para estudos de Matemática, Português, Inglês ou Japonês, onde busca-se desenvolver a autonomia no aluno na aprendizagem). Nesse momento começa a relatar algumas mudanças positivas percebidas pelas outras pessoas em seu filho. “A mulher lá [professora de Kumon] me garantiu, me disse pra mim. Até me chamou até, que ele tá muito excelente. Melhorou muito. A pedagoga aqui também disse que ele melhorou muito. Só no colégio é que ele não melhorou nada.”. Refere que Ronaldo sinaliza quando consegue avançar nas etapas do programa, assim como sua dedicação a este “Ontem até ele me disse, de ontem ele tinha 'Ó mãe, eu passei mais uma etapa' Que cada vez que ele vai avaliando ele vai passando por uma etapa, né. 'Ó mãe, eu passei por mais uma etapa' Não sei como é que ele disse, que é por letra, não sei como é... 'passei mais pra isso'. Mas, só

que o colégio... que eu digo pra ele 'O que precisa é o colégio, né... e lá não tá dando resultado'” .

Ao ser questionada se Ronaldo solicita alguma ajuda a ela, afirma que eventualmente ele solicita auxílio para trabalhos da escola, nos quais ela busca auxiliá-lo como pode. Aponta a diferença na dedicação de Ronaldo na escola e no Kumon, bem como a diferença no tratamento dado a ele pela escola e nas aulas de Kumon, como percebido nos trechos:

Trecho 1

*“ Mãe – É tem umas coisas que ele vai bem... O tema assim... porque no kumon é assim, né... ele vai lá segunda e na quinta. Daí ele ganha tema pra fazer terça, quarta ele traz teminha pra fazer em casa, uns bloquinhos que ele tem que fazer. Daí depois quinta ele vai... ele ganha...”*

*Pesquisador - E ele chega a fazer os temas do Kumon?*

*Mãe – Faz, faz... Se ele não faz, deus o livre. Ela cobra direto. E ela tá em cima dele. Tudo que é coisinha ela cobra.”*

Trecho 2

*“Não sei se é os colegas, porque é uma bagunça. Ontem eu olhando, lá eu esperando ele sair do colégio ontem... era com cadeira na cabeça, era com mesa na cabeça, e a professora sentada lá... e eu olhando aquilo lá (...) é uma bagunça.”*

*“é um colégio que parece que eles não tão nem aí. Se passou, passou. Se não passou o pai e a mãe que se virem.”*

### *5.1.3 Contato inicial com a criança.*

No primeiro encontro, Ronaldo conta que gosta de jogar futebol, sendo que participava de uma escolinha de futebol, a qual não está mais freqüentando. Gosta também de mexer no computador e jogar video-game. Relata que possui um bom relacionamento com o pai, com quem costumava jogar bola aos sábados, entretanto, com a mãe, o relacionamento é diferente “a gente só briga”. Comenta que tem dificuldade de fazer com que a mãe confie nele, ela não acredita nele ao quando este não tem tema pra fazer. Só consegue convencê-la quando mostra o caderno para ele, sentindo como seu não adiantasse falar com ela, tem que, de algum modo, provar para ela. Fala que vai à escola sozinho e que sua mãe o busca na volta.

### *5.1.4 Entrevista Final com Ronaldo*

Em entrevista final com Ronaldo, foi questionado o que este achava sobre a terapia e, em seu discurso, apontou alguns aspectos que havia melhorado. Primeiramente afirma “... to mais

tranquilo, até parece”. Em seguida, declara: “Antes eu me irritava por qualquer coisa. Agora não to mais me irritando, como antes, assim” e complementa: “eu não prestava atenção em nada. Agora eu tava prestando”. Afirmo que conseguiu tirar algumas notas altas e que, na escola, sentiu melhora na concentração “na escola to bem mais concentrado”. Também referente ao comportamento na escola, afirma; “Antes, eles [colegas] ficavam me enchendo o saco, eles ficam te chamando pra ti brigar. Antes eu aceitava, agora não to mais tanto assim.”

Quando questionado sobre a mudança de alguma coisa em casa, aponta um série de atividades que está realizando e que pouco fica em casa “É, eu tenho Ândrea [psicopedagoga], tenho o Kumon... tenho (...) a Ana [psicoterapeuta]. Daí de tarde eu tenho escola”. Relata que a mãe costuma colocar a culpa de alguns acontecimentos nele e mostra-se chateado com isso. Afirmo que a mãe não dá espaço para ele se colocar. Sente que ela lhe acusa e não o ouve. Fala de um episódio que foram gastos os créditos do celular, do desaparecimento de uma luva de goleiro e, também quando não há tarefas de casa para realizar, como visto no trecho da entrevista a seguir:

*“Ronaldo - Que nem o tema. Quando eu falo que não tem ela fala que tem, tem, tem. (...) meu pai e aí eu falo, pra ele pegar e mostrar pra ela. Pra ele dizer que não tem. Daí eu pego e (...)*

*Pesquisador – Mostra que não tem e...*

*Ronaldo – Não tem mesmo.*

*Pesquisador – Mas parece que tem que provar pra ela que não tem.*

*Ronaldo – Sim, tem.”*

Com relação às amizades, relata um episódio de amigos que cometeram roubo e tentaram colocar a culpa em outra pessoa. Traz detalhes de como percebe a questão ocorrida com os amigos:

*“Ronaldo - É que tem outro que fica só mandando ele, pra ele entrar dentro das casa.*

*Pesquisador - Tem alguém que manda...*

*Ronaldo – E ele bate nele pra ele fazer. E se ele não faz...*

*Pesquisador – Se ele não faz ele apanha.*

*Ronaldo – É. Daí ele rouba e da o dinheiro pro Wilson [nome fictício] e daí ele vai e compra (...) de coisas. Enquanto ele tem um monte de dinheiro, o Wilson, guardado.”*

Ronaldo também fala sobre um passeio onde uma lata de refrigerante fora arremessada para fora do ônibus onde este se encontrava, sendo que tentaram colocar a culpa nele. Entretanto, este estava próximo à professora no momento do ocorrido, que pode confirmar que este não havia feito o que estavam lhe acusando.

*“Que nem no ônibus da escola, que a gente fez um passeio. Pegaram e tocaram uma latinha de refri. E deu numa (...) um cara que tava na rua, passeando de à pé. E aí ele pegou e ligou pra polícia, o cara. E aí a polícia que ligou pro ônibus e perguntaram que foi que atirou a latinha. E*

*daí todo mundo boto a culpa (...) daí chego lá e apareceu 5. E foi lá e botou a culpa em mim, e no Max [nome fictício]. Só que daí, sabe os professores? Eles tavam do nosso lado. Daí viram tudo, e a gente nem tava lá atrás. E aí, claro que foi o Marcos [nome fictício] e o Wilson que botaram, que tinham tocado. E tentaram colocar a culpa em mim e no Max”.*

#### 5.1.5 SDQ - Ronaldo

O questionário é composto de 25 itens, divididos em escalas cinco escalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e Comportamento Pró-social. Como alternativas de respostas apresentam-se: Falso, Mais ou menos verdadeiro, e Verdadeiro. A interpretação dos escores se estabelece através da divisão entre pontuações divididas em: Normal, Limítrofe e Anormal.

O escore total obtido por Ronaldo na primeira aplicação do SDQ foi de 15 pontos, pontuação considerada dentro do intervalo normal (intervalo de pontos 0-15). Nas escalas específicas, viu-se que houve a incidência de quatro pontuações “normais” (Sintomas emocionais, Hiperatividade, Problemas de relacionamento e Comportamento Pró-social) e uma pontuação “anormal” (Problemas de conduta).

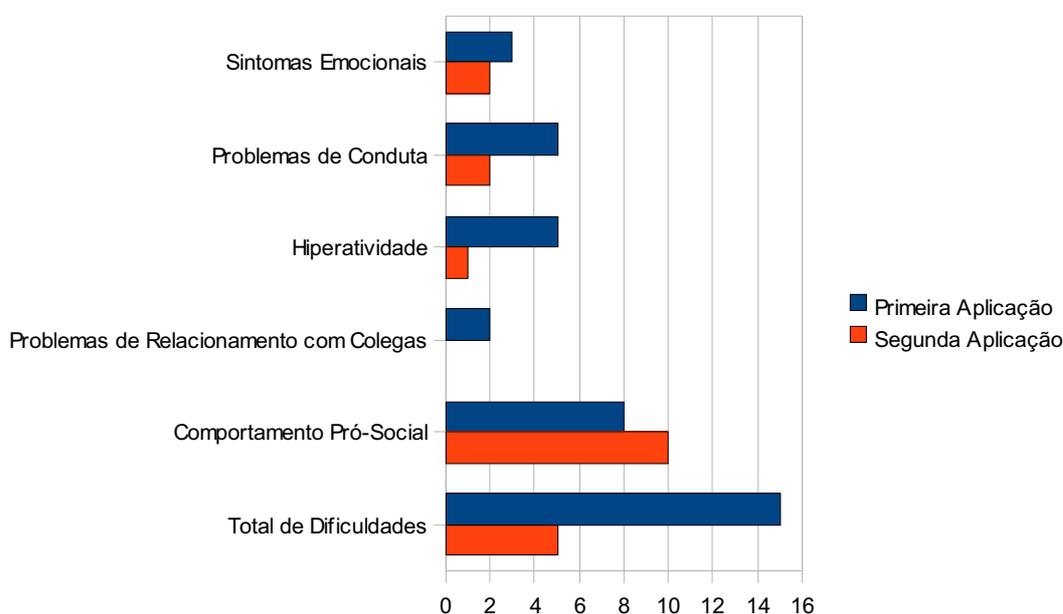
O escore total obtido por Ronaldo na segunda aplicação do SDQ foi de 5 pontos, pontuação também considerada dentro do intervalo normal, entretanto, pode-se perceber uma redução na pontuação de dificuldades encontradas. Nas escalas específicas, viu-se que houve a incidência de todas as pontuações estarem dentro do intervalo “normal”.

Pode-se verificar, desse modo, a manutenção da pontuação para o “Total de Dificuldades” ainda na faixa normal tanto na primeira quanto na segunda aplicação do instrumento, entretanto, há uma redução de 15 para 5 pontos (faixa normal de 0-15), distanciando-se da zona limítrofe (compreendida no intervalo de 16-19 pontos). Referente à Escala de Sintomas Emocionais, a pontuação foi de 3 para 2 pontos (faixa normal de 0-5), se percebendo uma leve queda de pontuação. A Escala de Problemas de Conduta foi pontuada com 5 pontos na primeira aplicação e 2 pontos na segunda. Os 5 pontos estão dentro de uma pontuação considerada “anormal” pelo instrumento (intervalo de 5-10). Na segunda aplicação percebe-se a saída da pontuação “anormal” para a entrada no intervalo considerado “normal” para a categoria (intervalo de 0-3). A maior queda em relação à pontuação das escalas específicas, deu-se na Escala de Hiperatividade, com uma redução de 4 pontos. Entretanto, tanto a pontuação da primeira aplicação (5 pontos) quanto da segunda (1 ponto) mantiveram-se dentro da faixa de pontuação “normal” para a categoria (intervalo de 0-5), mas afastou-se da zona de interpretação “limítrofe” (considerada em 6 pontos). A Escala de

Problemas de Relacionamento com Colegas recebeu a pontuação 2 na primeira aplicação e a pontuação mínima no segundo encontro (zero), em ambos os casos, a pontuação se deu dentro do intervalo “normal” da categoria (intervalo de 0-3). A pontuação da Escala de Comportamento Pró-social atingiu o nível máximo na segunda aplicação (10 pontos) após ter recebido, na primeira aplicação, o valor de 8 pontos. Em ambos os casos manteve-se na zona de interpretação “normal” da categoria (intervalo de 6-10).

As especificações das pontuações de cada escala são apresentadas no Gráfico 1, incluindo a Pontuação Total de Dificuldades.

Gráfico 1 – Escores do SDQ aplicado em Ronaldo



#### 5.1.6 SDQ – Mãe de Ronaldo

Os escores obtidos na aplicação do SDQ com a mãe de Ronaldo apresentaram elevação na pontuação do Total de Dificuldades. Na aplicação inicial, o escore total foi de 16 pontos, ao que, no segundo momento, atingiu 17 pontos. Desse modo, a pontuação saiu de uma zona “limítrofe” (intervalo de 14-16) para uma zona interpretada como “anormal” (intervalo de 17-40). Nas escalas específicas, pode-se observar nos Sintomas Emocionais leve decréscimo da primeira aplicação (6 pontos) para a segunda (5 pontos). Ambas encontram-se no intervalo interpretado como “anormal” (intervalo de 5-10). Na Escala de Problemas de Conduta houve a elevação em um ponto da primeira coleta em relação à segunda aplicação, obtendo-se respectivamente 2 e 3 pontos, mantendo-se no

intervalo considerado “normal” para a categoria na a primeira aplicação (intervalo de 0-2) e, entrando na zona “limítrofe” na segunda aplicação (3 pontos). Cabe apontar que, durante a primeira aplicação, uma das questões relativas a essa escala fora deixada em branco. Na pontuação da Escala de Hiperatividade, houve a manutenção do escore de 8 pontos, o que se enquadra na área interpretada como “anormal” (intervalo de 7-10). A pontuação na Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas elevou-se do nível mínimo (zero) para 1 ponto, mantendo-se na faixa “normal” para a categoria (intervalo de 0-2). A maior alteração na pontuação ocorreu na Escala de Comportamento Pró-Social, a qual elevou-se de 7 para 9 pontos, mantendo-se na linha “normal” de interpretação para a categoria (intervalo de 4-10), a um ponto de atingir o nível máximo. O Suplemento de Impacto, parte integrante do questionário dos pais, apresentou uma redução de 3 para 2 pontos da primeira para a segunda aplicação. Considera-se “anormal” uma pontuação igual ou superior a 2 pontos. Ou seja, apesar da redução, ainda mantém-se na zona considerada “anormal”. Os dados podem ser observados no Gráfico 2.

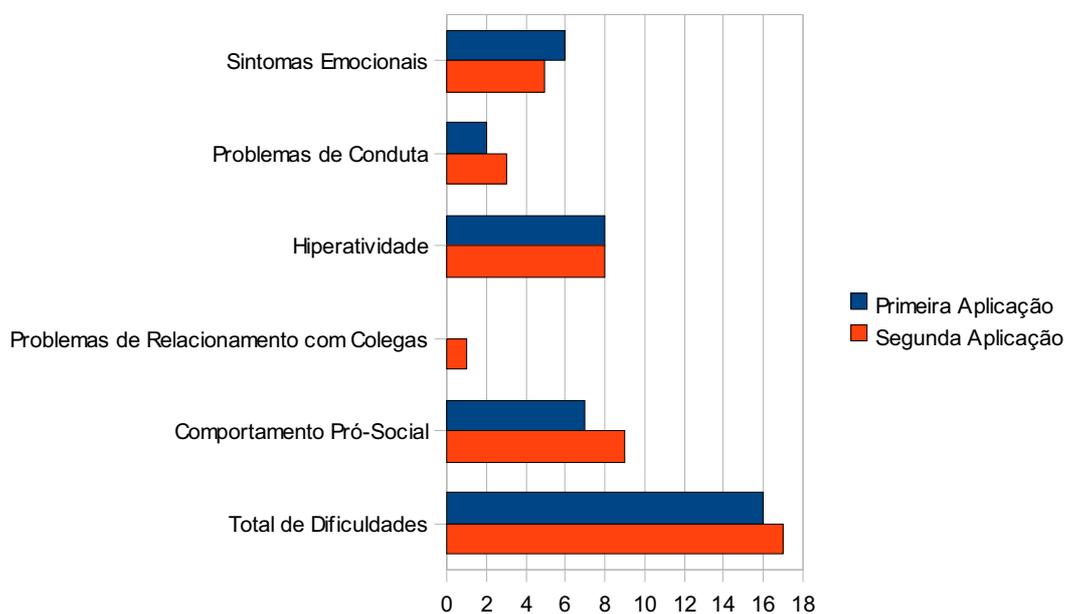


Gráfico 2 – Escores do SDQ versão para pais aplicado à mãe de Ronaldo

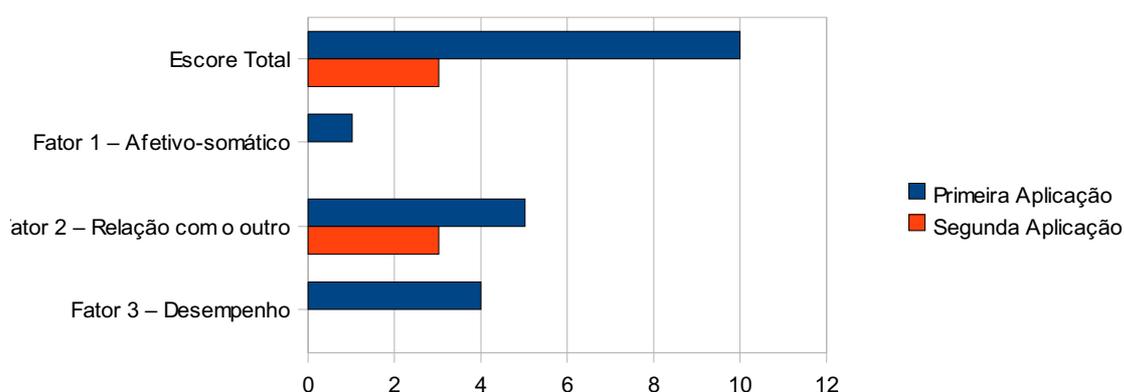
### 5.1.7 CDI

O Inventário de Depressão Infantil (CDI) é composto por 27 itens, estes são divididos em 3 fatores. Fator 1 – Afetivo-somático, “caracteriza os itens que abordam sentimentos de tristeza, de

solidão, de ser mau, bem como ter vontade de chorar, preocupações pessimistas, irritabilidade e ideação suicida. Inclui fadiga, preocupação com sentir dores ou adoecer” (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008, p. 78-79). O Fator 2 – Relação com o outro. neste fator estão inclusas as “dificuldades em relacionar-se com os outros, falta de prazer nas atividades de diferentes contextos da vida, auto-depreciação comparada, não se sentir amado e redução de interesse social” (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008, p. 79). No Fator 3 – Desempenho, estabelecendo uma relação com a “auto-avaliação cognitiva em relação ao seu desempenho, como no rendimento escolar, na tomada de decisões, no comportamento agressivo, e culpa pelos acontecimentos ruins. Inclui problemas para dormir e se alimentar” (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008, p. 79).

No escore geral, Ronaldo não atingiu o ponto de corte a ser considerado epidemiologicamente significativo (percentil 85). Entretanto, fazendo uma leitura quantitativa e interpretando os dados coletados de forma qualitativa, pôde-se perceber a redução no escore de 10 para 3 pontos (respectivamente equivalente aos percentis 65 e 15), apontando um nível de mudança positiva na criança no aspecto geral do inventário. Nos fatores específicos, foram percebidas as mudanças no fator “Afetivo-somático” de 1 para zero pontos (saída do intervalo no percentil de 30-40 para 1-25); no fator “Relação com o outro” houve a alteração de 5 para 3 pontos (respectivamente o intervalo de percentil 75-80 para 45-60) e; no terceiro fator, envolvendo o “Desempenho”, os pontos caíram de 4 para zero (percentis equivalentes ao intervalo 65-70 no primeiro momento e 1-10 no segundo momento). As pontuações encontram-se no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Escores do CDI aplicado em Ronaldo



## 5.2 Participante 2: João Gabriel

Data da primeira coleta: 07/05/09

Data da segunda coleta: 17/07/09

Número de atendimentos realizados no período: 2 atendimentos

### 5.2.1 *Entrevista inicial com a mãe.*

Na entrevista inicial, a mãe de João Gabriel, mostrou-se muito mobilizada. Começou seu relato afirmando que está passando por vários problemas. Esta senhora referiu, de início, que era soropositiva, e havia sido contaminada pelo pai de João Gabriel. Quando tinha 18 anos, relatou que perdeu uma filha, foi quando descobriu que estava com HIV. No mesmo período, descobriu que estava grávida de João Gabriel. Cogitou o aborto do filho, mas reavaliou a decisão ao descobrir sobre um tratamento que poderia “negativar” o vírus do filho após 1 ano e 8 meses, o que ocorreu com êxito.

“Aí eu fui num posto, porque eu queria saber como é que eu fazia pra tirar aquele nenê, né. Porque eu ia perder de novo. Outro filho. Não ia querer ter, né. Aí no posto eles disseram 'não, tem um tratamento agora no Clínicas, novo'. Na época era novo. Que a mãe toma AZT durante a gravidez, não pode (...) e aí a criança negativa depois de 1 ano e 8 meses”

Nesse período houve a separação do casal, sendo que a mãe escondeu do pai biológico de João Gabriel, todo o período de gravidez, mantendo-se em casa durante todo o período, saindo somente para a realização dos exames periódicos. Assim sendo, após o nascimento, João Gabriel foi criado somente pela mãe.

João Gabriel é uma criança de 12 anos de idade e cursa a 5ª série do ensino fundamental em uma escola pública de Porto Alegre. Vive com a mãe, o padrasto e um irmão de oito meses. A mãe vive com o padrasto desde que João Gabriel tinha oito meses de idade e o padrasto não é soropositivo. Entretanto, a mãe afirma que está encontrando alguns problemas no relacionamento com o companheiro devido ao consumo de bebidas deste, bem com o nascimento do filho entre ela e o companheiro. O filho, com oito meses de idade, pode estar gerado ciúmes no filho mais velho, de acordo com relato da mãe. Assim como sua mãe, João Gabriel também está tendo problemas com o padrasto, apresentado nos dois trechos a seguir:

#### Trecho 1

“Mãe - Na época que eu conheci ele, ele era um cara legal, me ajudava e tudo. Nós namoramos dois anos. Só que ele é um cara que bebe. É agressivo. Quando bebe então...

Pesquisador – Fica mais agressivo ainda...

Mãe – Tu não pode ir contra ele.”

#### Trecho 2

“O Jorge [padrasto – nome fictício] briga com o João Gabriel, o João Gabriel briga com o Jorge! O

João Gabriel não quer mais que eu tenha... que eu fique junto com o Jorge, quer que eu me separe. Por vários motivos, por brigas minhas que eu tive com o Jorge...O Jorge é um cara que, se tem 10 reais, ele pega lá o dinheiro e compra de cerveja e toma.”

A mãe relata que está passando por dificuldades financeiras, e que o companheiro não está trabalhando. Relata: “ eu ganho R\$ 470,00 tenho que pagar R\$ 300,00 de aluguel, me sobra R\$ 170,00 pra comprar coisa pra comer em casa, fralda pro nenê, leite, o João Gabriel também quer as coisas”. Fala da preocupação com o filho, dizendo que “Só que agora ele tá com 12 anos, não sei se é porque eu contei isso [a mãe ser soropositiva] pra ele, entendeu? Ele tá assim numa revolta dentro de casa. Ele não quer tomar um banho, ele não quer tomar um banho... Ele tá que nem eu quando to com depressão, sabe. Não quero tomar banho, não quero comer.” Também mostra a preocupação com as companhias do filho. Afirma que fora chamada na escola para ser avisada que João Gabriel estava com um rapaz de 17 anos que havia cumprido pena na FASE. Afirma que seu medo é que, percebendo este a dificuldade da mãe, tente conseguir dinheiro com drogas.

A mãe aponta que sempre teve um diálogo aberto com o filho, entretanto afirma que isso não está acontecendo nesse momento, após ter contado que era soropositiva.

“Mãe – Então eu to preocupada com o João Gabriel com isso., Entendeu? (...) que ele não tá mais de conversar, ele meio que travou, entendeu. Eu expliquei pra ele que a mãe toma os remédios, tudo direitinho, entendeu. Mas eu não sei o que é que... como é que ele tá digerindo isso. Porque ele não comenta nada. [...] Olha, faz uns dois, três meses que eu contei isso pra ele. Foi recente.”

Quanto ao comportamento de João Gabriel, afirma que esse sempre foi um menino exemplar. Chega a cogitar que o filho seja “muito certinho”.

“Mãe – Aí, não sei porquê eu tô neurótica com isso. Eu to com medo que todo esse comportamento muito certo do João Gabriel estoure numa idade maior e numa coisa muito ruim, entendeu? Porque não é certo uma pessoa ser certinha o tempo inteiro.

Pesquisador - Como se ele fosse certinho demais...

Mãe – É, entendeu?”

Relata que João Gabriel não tem muitos amigos, restringe-se aos que faz no colégio. Ela refere que consecutivas mudanças de residência podem ter dificultado que seu filho conseguisse estabelecer vínculos fortes de amizade. “Nesses 12 anos que a gente mora de aluguel, a minha vida é assim. Já me mudei não sei quantas vezes. João Gabriel também já mudou de colégio umas quantas vezes. Não teve uma raiz assim de criança, que nem eu tive. De ter amigos de infância. Isso ele não tem. Talvez seja por isso que ele para um pouco de fazer amizade.”

A mãe sente que, devido à morte da filha, superprotegeu João Gabriel, transmitindo a ele sua insegurança “ Eu acho que o João Gabriel... no fim, eu quis proteger ele, mas no fim acho que eu

transmiti tanto meu medo de perder ele. Que eu transferei o medo de perder a guria. Eu superprotegi ele assim, deixei de trabalhar, cuidando dele, e... que ao contrário...que eu acho que eu transmiti muita insegurança pra ele”. A mãe também faz o relato de um episódio que representa para ela a sensação de ter forçado o amadurecimento do filho.

“Uma vez só ele teve dor de garganta e eu o levei no posto e o médico pediu pra ele tomar uma vacina de Bezentacil. Quando o médico falou, eu disse, “bom, não da pra dar um antibiótico?”. Aí ele disse “Não, mãe, a febre ta muito alta, vamos dar um Bezentacil que ele vai melhorar logo” que a garganta tava muito inflamada. Tá, aí eu já comecei a tremer, né. Aí, tá. Fui levar ele pra tomar a vacina, daí eu botei ele aqui, abracei ele com a perna e abracei ele, para dar a vacina nele. E ele se abraçou aqui do meu lado. E eu... eu não quis olhar...né... abracei ele assim, né... (...) e eu comecei a chorar abraçada nele, eu comecei a chorar, chorar... e terminou de tomar a vacina daí ele olhou pra mim e... 'para de chorar, mãe'. E eu chorando! E o João Gabriel não chorou. Começou a... olha só como eu to, ó [mostra que está chorando]. Ele começou a secar minha lágrima e dizia pra mim parar de chorar porque não tinha doído nada. Coitada da criança, né. Eu nunca quis que nada acontecesse com ele, entendeu.”

### *5.2.2 Entrevista final com a mãe*

A mãe de João Gabriel inicia os relatos apontando que o filho apresentou um comportamento muito diferente do usual após o primeiro encontro com o pesquisador para a coleta de dados da pesquisa. Afirma que: “Então, eu to notando que ele tenha melhorado bastante. Ele era muito de, de guardar muito as coisas pra ele, assim. Desde o primeiro dia que ele veio ele chegou em casa, aí ele teve um conversa séria. João Gabriel quis ir pro quarto com o pai.”. Afirma que essa conversa teve como conteúdo o motivo que havia relatado anteriormente da desavença entre João Gabriel e o padrasto. Relata que houve um mal entendido, e que João Gabriel sentiu que seria abandonado pelos pais. Entretanto, no dia seguinte do encontro, chamou o padrasto para conversar. O que causou estranheza na mãe. “porque ele tava com tanta raiva dele. Que ele queria tanto que eu me separasse do Jorge. Falava, falava, falava... queria, queria.. E aí, no fim, ele abraçou... se abraçaram os dois...Choraram. O Jorge também chorou um monte. Então eu achei tão estranho, sabe. Uma coisa que ele nunca foi, de desabafar, de falar o que sente. Ele sempre fica guardando, guardando... fica emburrado, assim, sabe.”

A mãe relata que relata que o filho apresenta comportamentos que entende por “falta de atitude” para tomar banho e organizar outras coisas em casa. Entretanto, refere que estes são problemas que ela não avalie como graves. Afirma que: “Embora tenha esse negócio que tem dentro

de casa, continua, mas, como eu te disse, acho que é mais comportamento dele. Minha e dele, de crescer e aprender... (...) ele chega em casa e já conta “ah, mãe. Aconteceu isso e isso no colégio” ele não falava isso. Ele simplesmente chegava... ele não entregava os bilhetes, e agora ele entrega...”

A mãe retoma a preocupação com as companhias no colégio, afirmando que houve mudança no horário de aula de João Gabriel devido a companhia de um adolescente que fora preso na FASE, com o qual ele andava, conforme relatado na primeira entrevista. Afirma a mãe: “Isso eu acho que vou estar sempre preocupada. E a professora disse que não viu mais nada. Ele disse pra mim que só conversou, que são só amigos. Na minha época eu também tinha só amigos que eram drogados e eu nunca me envolvi. Mas a gente nunca sabe se o filho da gente vai ter a mesma atitude.”

Na escola, os professores apresentaram queixas referentes à agressividade de João Gabriel. Estas reclamações e referência de comportamento causaram estranheza na mãe: “ Me chamaram para entregar o boletim e eu fui lá. Que ele é agressivo no colégio. Quando a professora disse que ele era agressivo, eu olhando... Mas eu não conheço o meu filho. Porque o João Gabriel é a pessoa mais pacata que eu já vi na face da terra. Diz que ele... qualquer coisa que falam pra ele no colégio ele quer baixar porrada”. Entretanto, em relação às avaliações, percebeu-se uma elevação em suas notas nos últimos meses, com exceção das disciplinas de Artes e religião.

Um aspecto levantado pela mãe foi a falta de reação de João Gabriel diante do conhecimento acerca de sua mãe ser soropositiva. “Uma coisa que eu te comentei que é uma coisa que também me preocupava que é uma coisa que é difícil da gente conversar eu e ele. Que eu vejo que ele não fala que eu sou soropositivo.”. Apesar das investidas da mãe para tocar no assunto, pouco percebe de reação do filho diante desse fato.

### *5.2.3 Encontro inicial com a criança*

João Gabriel apresentou-se, afirmando que gosta de esportes e que está na 5ª série do ensino fundamental, sendo que está repetindo de ano. Refere que a repetência foi devido às mudanças ocorridas de residência e de colégio. Afirma que a escola que está “não tem muita gente bagunçando”. Em sua turma anterior disse que a faixa etária dos alunos era entre 12 e 16 anos, e que na atual está entre 9 à 12. Esta mudança é percebida, principalmente devido a sua estatura, sendo João Gabriel maior que outras crianças da sua idade. Afirma que não se percebe como alto, entretanto, reconhece sua altura mediante a comparação com outros. “Ai tiramos uma foto e eu olhei... Bah! Acho que eu tinha uns 20cm mais alto, eu acho. Mais ou menos...”

Na escola, afirma que “inventa” jogos para adaptar ao seu gosto pelo basquete. “ Inventamos um basquete meio forçado... É que tem as goleiras e a gente tinha que passar por cima das goleiras com a bola de basquete. Inventamos um basquete, mas não sei como. Todo mundo ajudou, assim. Na escola não tem nenhuma quadra de basquete”. Também relata que, durante o intervalo do almoço até o início da aula, não costuma interagir com os colegas “Tem um tempinho pra ficar correndo no pátio... mas eu não gosto de brincar muito. Eu fico mais conversando. Eu não gosto de correr... Não acho... Tem muito (...) que gosta de correr, de brincar de pega-pega. Eu não gosto. Eu nunca fui de brincar de pega-pega...”

Referente às amizades, apresentando inicialmente a idéia de que perdeu alguns amigos com a mudança, entretanto acha fácil novas amizades. No entanto, apresenta um discurso que contraria essa idéia logo em seguida, como apresentado no trecho abaixo.

“Pesquisador – E como é que foi pra ti, assim, mudar de escola? Em relação a amigo, assim.

João Gabriel – Sim, a gente perde um monte de amigo, né. Perde um monte. Eu já tenho acho que, de amigo na escola, acho que uns mil. Um monte. É que eu não sou muito de ter amigo. Sou mais de ficar em casa. Ser caseiro.

Pesquisador – Não tem muito amigo, assim...

João Gabriel – Aham... Mas assim de... no colégio assim, de jogar futebol, basquete, (...) ou conversar. Aí isso eu gosto. Os outros, não...

Pesquisador – Mais é quando é no colégio, assim. Depois, fora do colégio...

João Gabriel – No colégio. Mas fora do colégio eu não tenho muito amigo. É que ali no (...) é muito perigoso. É ruim se misturar.”

João Gabriel afirma que gosta da cidade onde mora, entretanto percebe uma dificuldade de confiar nas pessoas. Aponta também que essa característica de não buscar muitos amigos não se restringe a atual cidade. “Eu não me misturo muito. Desde lá do interior, lá, que eu fiquei, lá. Também não gostava...” “Eu adoro Porto Alegre, pra mora, assim... Só não pode ter amigo. Não é muito confiável.”

#### *5.2.4 Entrevista final com João Gabriel*

João Gabriel inicia a entrevista dizendo que está começando a se soltar um pouco mais, que está “melhorando aos pouquinhos”. Afirma que não quer fazer as coisas erradas, e coloca que as coisas que considerava errada que as outras pessoas faziam, também o preocupava. Cita um episódio onde sua vó coloca sua mãe pra rua, dizendo: “ela botou a minha mãe pra rua (...) até botar pra rua não é cruel. O cruel é te botar na rua com chuva”. Relata que está muito magoado com

sua avó em virtude desse episódio.

De sua relação em casa, contextualiza da seguinte forma: “quando ela [mãe] falava que o meu pai tinha, que usava droga, que tinha AIDS, só que não disse pra minha mãe. Aí ele passou. Aí, também (...) e coisa e tal. Fiquei com muito ódio. De não ter um pai verdadeiro. Mas esse, meu padrasto, ele é bem legal. Ele fala as coisas certinhas pra mim. Mas agora ele tá incomodando. Ele xinga toda hora eu. Toda hora xingando, toda hora falando.”. Relata que reconhece o problema da mãe, a qual tem AIDS, mas sente que sua reação diante do ocorrido não contenta a mãe. Sobre a percepção da doença, relata: “quando eu descobri que a minha mãe tinha AIDS, eu não me preocupei, muito. É coisa da vida, que acontece. E... nem sei, não me preocupei, não achei importante. É a vida que acontece. Probleminha.”

Na escola, demonstra medo de repetência, afirma que suas notas não estão boas, mas aponta mais estudo como alternativa de melhora. Traz que vai se organizar para poder lutar pela construção de uma quadra de basquete “No colégio, tem um negócio de manhã, o projeto estudantil. Tem o “Mais educação”. E agora vão botar o grêmio estudantil, vou xingar lá eles pra botar uma quadra de basquete”

#### 5.2.5 SDQ – João Gabriel

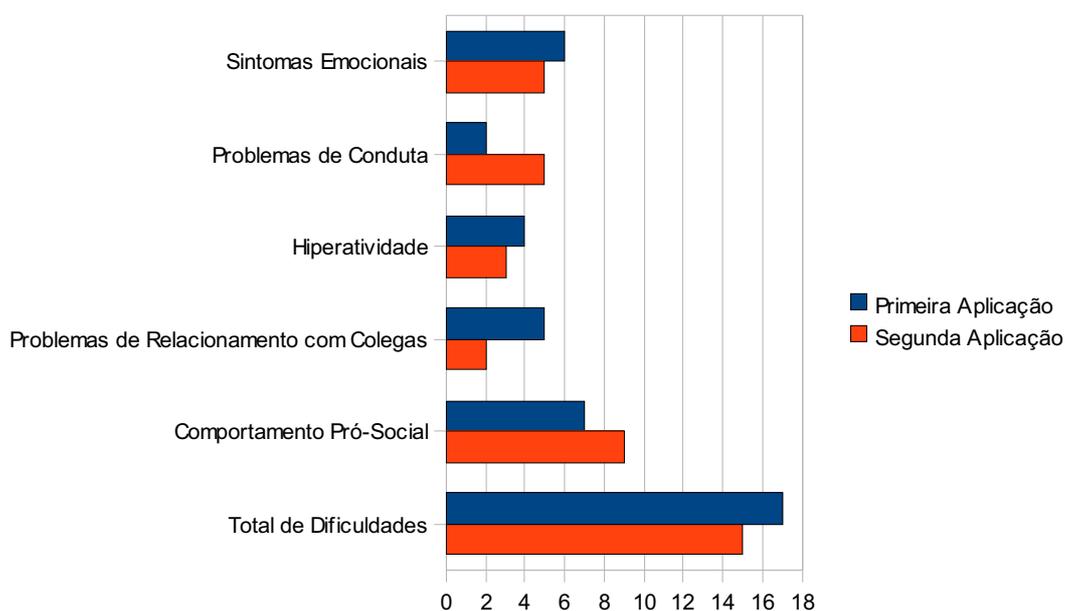
O escore total obtido por João Gabriel na primeira aplicação do SDQ foi de 17 pontos, pontuação considerada dentro do intervalo “limítrofe” de respostas (intervalo de pontos 16-19). Nas escalas específicas, viu-se que houve a incidência de três pontuações “normais” (Problemas de conduta, Hiperatividade e Comportamento Pró-social) e duas pontuações dentro da área “limítrofe” (Sintomas emocionais e Problemas de relacionamento com colegas).

O escore total obtido por Ronaldo na segunda aplicação do SDQ foi de 15 pontos, pontuação considerada dentro do intervalo “normal” (intervalo de pontos 0-15), podendo-se perceber uma redução na pontuação e a saída de uma faixa “limítrofe” para a entrada na faixa “normal”. Nas escalas específicas, viu-se que houve a incidência de quatro pontuações dentro do intervalo “normal” e uma foi considerada dentro da faixa de pontuação “anormal”.

Pode-se verificar, desse modo, a redução da pontuação para o “Total de Dificuldades”, a qual encontrava-se na faixa “limítrofe” entrando, na segunda aplicação do instrumento, na faixa “normal”. Referente à Escala de Sintomas Emocionais, a pontuação apresentou uma queda de 6 para 5 pontos, saindo da categoria “limítrofe” (pontuação limítrofe de 6), para a faixa de pontuação “normal” (faixa normal de 0-5). A Escala de Problemas de Conduta apresentou uma elevação na pontuação, sendo pontuada na primeira aplicação com 2 pontos e 5 pontos na segunda. Os 2 pontos

estão dentro de uma pontuação considerada “normal” pelo instrumento (intervalo de 0-3). Na segunda aplicação, percebe-se a saída da pontuação “normal” para a entrada no intervalo considerado “anormal” para a categoria (intervalo de 5-10). Houve uma leve queda na pontuação da Escala de Hiperatividade. A pontuação da primeira aplicação foi de 4 pontos, enquanto da segunda reduziu para 3 pontos. Ambas mantiveram-se dentro da faixa de pontuação “normal” para a categoria (intervalo de 0-5). A maior queda nas pontuações ocorreu na Escala de Problemas de Relacionamento com Colegas, que recebeu a pontuação 5 na primeira aplicação e a pontuação 2 no segundo encontro, saindo-se assim de uma faixa “limítrofe” (intervalo de 4-5) para a entrada na faixa “normal” (intervalo de 0-3). A pontuação da Escala de Comportamento Pró-social subiu de 7 para 9 pontos da primeira para a segunda aplicação. Em ambos os casos manteve-se na zona de interpretação “normal” da categoria (intervalo de 6-10). Pode-se observar no gráfico 4 a relação das respostas da primeira com a segunda aplicação.

Gráfico 4 – Escores do SDQ aplicado em João Gabriel

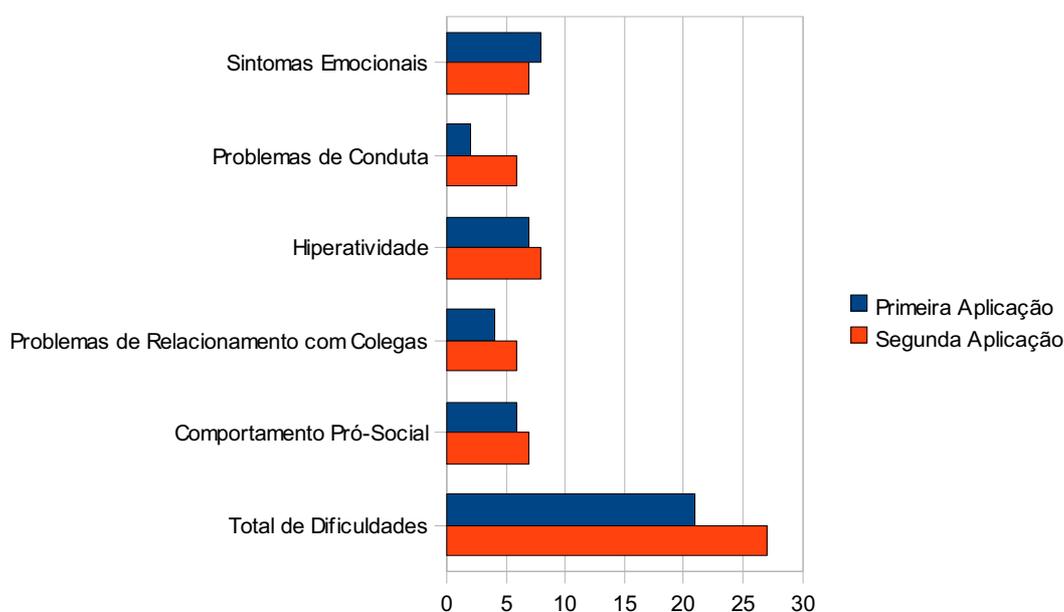


#### 5.2.6 SDQ – Mãe do João Gabriel

Os escores obtidos na aplicação do SDQ com a mãe de João Gabriel apresentaram elevação na pontuação do Total de Dificuldades. Na aplicação inicial, o escore total foi de 21 pontos, ao que, no segundo momento, atingiu 27 pontos. Desse modo, a pontuação manteve-se dentro da zona de

pontuação interpretada como “anormal” (intervalo de 17-40). Nas escalas específicas, pode-se observar nos Sintomas Emocionais leve decréscimo da primeira aplicação (8 pontos) para a segunda (7 pontos). Ambas encontram-se no intervalo interpretado como “anormal” (intervalo de 5-10). Na Escala de Problemas de Conduta houve a elevação de quatro pontos da primeira em relação a segunda aplicação, obtendo-se respectivamente 2 e 6 pontos, saindo-se do intervalo considerado “normal” para a categoria na primeira aplicação (intervalo de 0-2) e, entrando na zona “anormal” na segunda aplicação (intervalo de 4-10). Na pontuação da Escala de Hiperatividade, houve elevação do escore de 7 para 8 pontos, em ambos os casos enquadrados na área interpretada como “anormal” (intervalo de 7-10). A pontuação na Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas elevou-se da pontuação 4 para 6 pontos, mantendo-se na faixa “anormal” para a categoria (intervalo de 4-10). Na Escala de Comportamento Pró-Social, percebeu-se a elevação de 6 para 7 pontos, mantendo-se na linha “normal” de interpretação para a categoria (intervalo de 4-10). O Suplemento de Impacto preenchido pela mãe de João Gabriel apresentou uma redução de 4 para 3 pontos da primeira para a segunda aplicação, entretanto, manteve-se dentro da área considerada anormal (pontuação igual ou superior a 2 pontos). A relação da primeira para a segunda aplicação podem ser observados no gráfico 5.

Gráfico 5 – Escores do SDQ versão para pais aplicado à mãe de João Gabriel

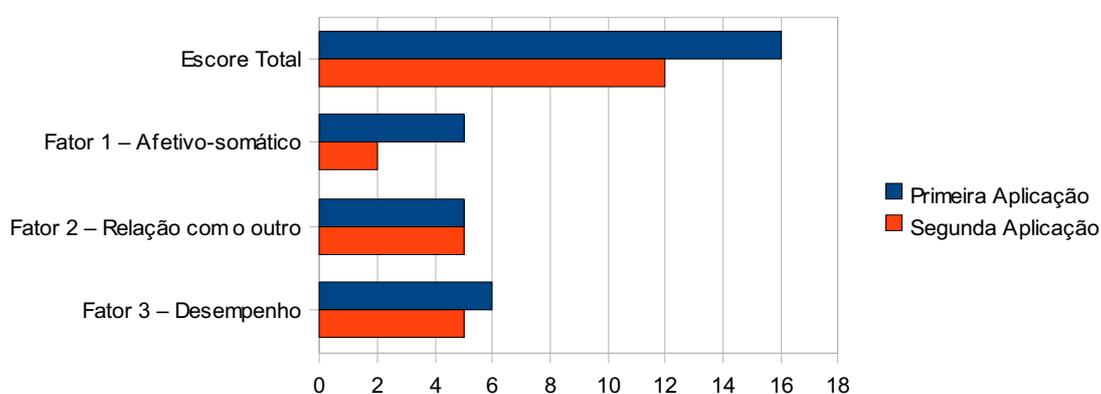


### 5.2.7 CDI – João Gabriel

No escore geral, João Gabriel atingiu o ponto de corte a ser considerado

epidemiologicamente significativo para a idade (a partir de 14 pontos e percentil = 85), apresentando 16 pontos na primeira aplicação (percentil 85). Entretanto, na segunda aplicação houve redução na pontuação, atingindo 12 pontos (equivalente ao percentil 75), ficando abaixo do ponto de corte. Nos fatores específicos, foram percebidas as maiores mudanças no fator “Afetivo-somático”, que reduziu de 5 para 2 pontos (saída do percentil de 85 para o intervalo de 50-65); no fator “Relação com o outro” houve a alteração de 5 para 4 pontos (respectivamente o intervalo de percentil 80-85 para 65-75); no terceiro fator, envolvendo o “Desempenho”, os pontos finais mantiveram-se iguais (percentil 80). Os dados são apresentados no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Escores do CDI aplicado em João Gabriel



## 6. Discussão

### 6.1 O Caso de Ronaldo

A mãe de Ronaldo apresentou como queixa principal a falta de interesse de seu filho na aula e, ainda, a dificuldade de organização e os sintomas físicos mediante situações de estresse apresentados pelo mesmo. Na entrevista final com a mãe, estes aspectos não apresentam modificações de acordo com a percepção da mãe. O discurso segue os mesmos padrões do apresentado na primeira entrevista. Entretanto, no momento que se busca especificamente os resultados dos instrumentos aplicados, bem como o discurso do cliente acerca de seu processo, mudanças positivas começam a aparecer.

Considerando-se os resultados do SDQ (Fleitlich, Cortazar & Goodman, 2000) aplicados na criança, há uma percepção positiva desta em contraponto com os dados revelados pela mãe, que apresentaram elevação mínima na pontuação geral de dificuldades. Verificando-se as especificidades do SDQ da mãe, percebe-se uma melhora no quadro de sintomas emocionais, bem

como de comportamento pró-social, o que aponta para um indicativo de promoção de resiliência. Entretanto há o surgimento de pontuação envolvendo problemas de relacionamento com os colegas e a elevação no escore de problemas de conduta.

As especificidades, vistas através da perspectiva de Ronaldo, mostram uma redução em todos os índices de dificuldades, bem como a elevação nos comportamentos pró-sociais. Isto nos aponta indicativos de que o processo de psicoterapia está sendo apreendido de maneira positiva por Ronaldo, atingindo o processo apontado por Moon (2001, 2002), a qual afirma que dentro de uma perspectiva onde o cliente consiga se sentir aceito dentro do processo de psicoterapia, tende a perceber a relação terapêutica como promotora do seu desenvolvimento, desse modo, há conseqüentemente uma redução em seus sintomas e promoção de saúde. Durante as dez sessões de ludoterapia ocorridas entre a primeira e a segunda coleta de dados, percebeu-se a apreensão diferente do processo de psicoterapia na perspectiva da mãe e da criança. Ronaldo percebe-se menos irritadiço e mais concentrado na escola, estando também menos suscetível às provocações dos colegas. As diferenças nas percepções entre mãe e filho se tornam mais demarcadas ainda ao relatarem sobre os resultados na escola. Nesse aspecto, a mãe aponta um decréscimo no rendimento, afirmando inclusive a presença de notas vermelhas (abaixo da média), enquanto Ronaldo afirma ter conseguido tirar notas altas na escola, bem como a sensação de sentir-se melhor concentrado nas atividades escolares.

Avaliando o ítem 15 do CDI (Kovacs, 1992), percebe-se que, antes do processo de ludoterapia, Ronaldo aponta a opção “Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa”, enquanto na segunda aplicação, elege a opção “Fazer os deveres de casa não é grande problema pra mim”. Ou seja, o discurso de Ronaldo corrobora suas respostas no instrumento. Isso se reflete também no fator de desempenho do CDI, o qual apresentou uma queda de 4 para a extinção de qualquer ponto referente a problemas nesse aspecto. A mãe faz referência na entrevista, que Ronaldo consegue realizar as atividades de aprendizagem extra-classe. Esta afirma que o retorno recebido sobre o filho, dado pela psicopedagoga e pela professora de Kumon, mostram um progresso nas áreas de aprendizagem dentro do período de ludoterapia. Desse modo, fora cogitado pela psicopedagoga a possibilidade da escola (aqui referido como a equipe pedagógica e professores) não estar dando atenção suficiente a Ronaldo. Informação essa que foi apreciada pela mãe ao perceber mais atentamente o funcionamento da escola. Cabe salientar a importância da rede de apoio utilizada pela mãe, através de um trabalho multidisciplinar para o desenvolvimento da criança e a facilitação na promoção de resiliência, a qual não exprime a idéia de eliminação do problema, mas sim a ressignificação e interpretações frente as adversidades (Junqueira & Deslandes, 2003).

Na entrevista, Ronaldo aponta dificuldades no diálogo com a mãe, afirmando que esta não deposita confiança nele. Sente que precisa provar que não está mentindo. Há falta de confiança da mãe em Ronaldo, segundo esta criança. O item 18 do SDQ “Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear” foi marcado, nos dois momentos de aplicação, como sendo uma afirmação “verdadeira”. Entretanto, na pergunta equivalente ao mesmo tema na versão para pais (também item 18), o qual afirma “Frequentemente engana ou mente”, houve uma mudança de opinião de “Mais ou menos verdadeiro” para “Falso” da primeira para a segunda aplicação. Tais atitudes de desconfiança por parte de pessoas critério podem gerar um sentimento de rejeição por parte da criança, dificultando em seu desenvolvimento tanto afetivo quanto intelectual (Rogers, 2001).

Através da observação dos dados do SDQ preenchido pela mãe, percebe-se pouca diferença nos escores. Nas escalas de problemas, nenhum item apresentou uma diferença maior que um ponto entre a primeira e a segunda aplicação. Entretanto, aponta-se que o único item que recebeu mais de um ponto de diferença entre as aplicações foi o de Comportamento Pró-Social, que passou de 7 para 9 pontos. O que pode-se assinalar uma mudança positiva na percepção sobre o filho e um outro ponto a se sinalizar como possível indicativo de resiliência. Ou seja, se a criança efetivamente incrementou seu repertório de comportamentos sociais, pode ficar mais protegida e ser mais resiliente. Mesmo que seja, por outro lado, apenas uma percepção da mãe, também pode proteger a criança, nutrindo a sua auto-estima e também recebendo mais confiança por parte da mãe.

Baseado nos escores tanto do SDQ quanto do CDI, aplicados em Ronaldo, pode-se perceber com clareza um movimento terapêutico, mostrando-se reduzidos os escores relacionados a problemas (Emocionais, de Conduta, Hiperatividade e de Relacionamento com colegas), na redução da pontuação no fator de relação com o outro no CDI e a elevação ao nível máximo de conduta Pró-social no SDQ. A redução de 10 para 3 pontos no CDI também aponta para uma mudança em relação a uma melhora nos indicadores gerais de depressão. Os resultados servem de apontamento para a direção que está sendo tomada durante o processo de ludoterapia na percepção de Ronaldo, cabendo salientar que a ludoterapia busca auxiliar a criança em seu crescimento de maneira ampla (Doster, 1996), possibilitando, a relação terapêutica, ser compreendida como um fator de proteção, possibilitando o acesso aos recursos que do cliente, a resiliência individual (Garmezy e Masten, 1994).

## *6.2 Caso de João Gabriel*

Através das entrevistas com a mãe, percebe-se que João Gabriel está exposto a uma série de fatores considerados de risco. Dentre eles podemos citar o quadro de HIV positivo da mãe a qual

preocupa-se muito com a reação do filho diante do recebimento recente de tal informação. A condição de pobreza recai também sobre um dos fatores de risco. A mãe expôs sua dificuldade de sustentar a casa, apontando que quase não possui dinheiro para comprar o leite e o desemprego do atual companheiro. As constantes mudanças de residência, percebidas como um ato que dificulta o desenvolvimento de uma rede de apoio externa podem ser percebidas também como outro fator de risco. O comparecimento a somente duas sessões no intervalo entre as duas aplicações pode ser percebido também como uma dificuldade de acesso a rede de apoio (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004; Paludo & Koller, 2005). Em todos esses casos, é importante salientar que os fatores de risco podem ser diferentes de acordo com as individualidades de cada pessoa (Engle, Castle & Menon, 1996) Entretanto, estes foram enumerados por estarem presentes nos discursos da mãe e do filho como mobilizadores de estresse.

As queixas da mãe sobre João Gabriel recaem na percepção desta sobre o filho ter apresentado mudanças comportamentais, com dificuldades de comunicação com ela, após ficar sabendo que a mesma (mãe) era soropositiva. A mãe afirma que o filho está “revoltado”. Segundo a mãe, este comportamento contrasta com a imagem que ela tinha, até então, de João Gabriel, que, na opinião desta, sempre fora um menino exemplar.

Percebe-se nos escores do SDQ (Fleitlich, Cortazar & Goodman, 2000), preenchidos por João Gabriel, uma leve redução na pontuação total de dificuldades, a qual foi suficiente para sair da linha de pontuação limítrofe para a normal. Além da redução no total de dificuldades, obtiveram redução também as escalas de sintomas emocionais, hiperatividade e de relacionamento com colegas, sendo que, tanto os sintomas emocionais quanto a escala de relacionamento com os colegas, também saíram de uma linha limítrofe para a normal. Diferentemente, ocorreu com a escala de conduta, a qual saiu da pontuação normal para a anormal, corroborando com o relato trazido pela mãe na segunda entrevista. A mãe afirma que há reclamações na escola acerca do comportamento agressivo de João Gabriel com os colegas. Na escala de comportamento pró-social houve uma elevação de dois pontos, mantendo-se na linha normal.

Os escores do SDQ preenchidos pela mãe de João Gabriel apresentaram elevações em quase todos os aspectos, com exceção da escala de sintomas emocionais, que reduziu um ponto. Desse modo, há uma elevação na pontuação total de dificuldades, a qual estava, na primeira aplicação, dentro da linha de pontuação anormal e, com a elevação, manteve-se no mesmo patamar. Na segunda aplicação do SDQ, todas as pontuações referentes à dificuldades entraram na área de interpretação anormal. Esses dados foram corroborados pela percepção de cronicidade e peso para os outros encontradas no suplemento de impacto, que apesar da redução de um ponto de uma aplicação para outra, ainda mantém-se na zona anormal. As informações contidas no SDQ

contrastam com o discurso da mãe, a qual informa que tem percebido que o filho mudou bastante, informando, inclusive, que ele está mais aberto e comunicativo, compartilhando com a mãe o que ocorre no cotidiano.

Observou nos escores do CDI que João Gabriel situava-se, na primeira aplicação, dentro de uma faixa considerada clinicamente significativa para o instrumento. Entretanto, já não se encontrava nesse grupo na segunda aplicação. No segundo encontro, João Gabriel confirma o relato da mãe, dizendo que está falando mais, que está colocando pra fora seus sentimentos, verbalizando que sente raiva de seu pai biológico e que ficou muito magoado com a avó. Essas mudanças podem ser fatores responsáveis pela redução na pontuação do fator afetivo-somático do CDI, o qual reduziu três pontos. O fator que engloba a relação com o outro reduziu um ponto, entre as aplicações. Pensa-se que a possibilidade de interação com o terapeuta facilita a capacidade de expressão da criança, considerada como um importante fator de proteção (Doster, 1996).

Referente à escola, os discursos acerca do desempenho de João Gabriel são contraditórios. A mãe relata que houve elevação nas notas do filho, com exceção de duas disciplinas. Entretanto, João Gabriel relata que está com medo de repetir de ano outra vez, apoiando-se na idéia de não ter boas notas até então. Isso parece refletir no fator de desempenho do CDI, o qual não apresentou alterações durante esse período.

Os diferenças percebidas entre os dois momentos de aplicação dos instrumentos se apresentam de maneira mais tímida para João Gabriel, apresentando elevação em alguns escores e redução em outros. A percepção de alguma mudança, aparentemente, ainda não está muito nítida para João Gabriel e sua mãe, pois apesar dos relatos apontarem para um lado de mudanças positivas, há contradições nas respostas dos instrumentos. Doster (1996) aborda que o crescimento se dará no processo de maturidade alcançado pela criança para apreender o espaço terapêutico, para assim utilizar-se dele como forma de crescimento. Possivelmente houve dificuldade de se perceber a apreensão do espaço terapêutico em duas sessões, havendo a necessidade de um maior número de encontros para evidenciar maiores alterações.

## 7 Considerações Finais

Poucos são os trabalhos encontrados acerca dos resultados da prática de Ludoterapia Centrada na Criança, e menos ainda quando dirigidos especificamente a populações em situação de risco. Os resultados aqui encontrados, ainda que pouco pretensiosos, mostraram alguns aspectos interessantes de se pontuar. O primeiro aspecto refere-se ao retorno dado pela mãe de João Gabriel, ao afirmar a mudança no comportamento do filho no dia seguinte à aplicação dos instrumentos.

Cabe salientar que o primeiro contato feito com o pesquisador não visava à intervenção terapêutica, mas sim, conhecer um pouco da história criança contada por ela mesma, bem como esclarecer os objetivos da pesquisa para, em seguida, aplicar os instrumentos utilizados. Isso remete a dois caminhos. O primeiro aponta para as pesquisas de Lambert e Bergin (1994) acerca dos fatores terapêuticos que contribuem para a melhora do cliente, onde assinala que a mudança extraterapêutica e a expectativa ou efeito placebo, seriam responsáveis por 40% e 15% respectivamente. O segundo caminho, leva ao estabelecimento da relação terapêutica acolhedora proposta por Rogers (1942/1997) e resgatada por Freire (2000), onde afirma que a terapia é a relação em si. Ou seja, o estabelecimento de uma relação acolhedora e livre de ameaças, possibilita que o outro indivíduo faça uso dessa, nem que seja em um curto espaço de tempo, para seu crescimento, visto, como exemplo terapêutico, a experiência com o Plantão Psicológico (Mahfoud, 1999).

O segundo aspecto pertinente de se pontuar é a diferença de percepções de quem experimenta o processo terapêutico para quem fica como expectador (nesse caso, as mães). Percebo que, mesmo em uma criança, a apropriação do processo terapêutico se efetiva de maneira mais nítida do que para os pais. Contextualizo esse aspecto referindo o caso de Ronaldo, por este receber um número maior de atendimentos do que João Gabriel. No entanto, faço a primeira observação quanto às limitações do estudo. Apesar de haver sido colocado no projeto inicial a coleta com os professores das crianças, no entanto, devido a alguns contratempos no processo, despertou-me o interesse em saber a situação das crianças no ambiente escolar. Vide que algumas contradições encontradas nos discursos entre mães e filhos poderiam ser melhor exploradas. Aproveitando a reflexão crítica, percebo, nesse momento, que os instrumentos poderiam ser melhor escolhidos, de modo a mostrar aspectos mais significativos da proposta terapêutica. Além da inclusão dos professores no processo de coleta de dados e da revisão de instrumentos, penso que uma pesquisa utilizando-se um período de intervenção maior, chegaria-se resultados mais nítidos em relação à mudança terapêutica.

## Referências

- Axline, V. (1947/1972). *Ludoterapia*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Azevedo, M. A. S. B. (2006). Psicoterapia para o povo: Avaliação dos resultados. *Psicologia para América Latina*, 8, 0-0
- Campezatto, P. M., & Nunes, M. L. T.. (2007a). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 20, 376-388.
- Campezatto, P. M., & Nunes, M. L. T.. (2007b). Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 24,363-374.
- Costa, M.; Dias, C. (2005). A prática de psicoterapia infantil na visão de terapeutas nas seguintes abordagens: psicodrama, Gestalt terapia e centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22, 43-51.
- Doster, F (1996). An inquiry into Child-Centered Therapy. *The person centered journal*, 3, 72- 77.
- Engle, P. L., Castle, S. & Menon, P. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science Medicine*, 43(5), 621-635.
- Fleitlich, B.W., Cortazar, P.G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infante - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência*, 8, 44-50.
- Freire, E. (2000). A terapia é a relação e o cliente é o terapeuta. *Psico-USF*, 5, 83-98.
- Freire, E.; Koller, S.; Piason, A.; Silva, R. & Giacomelli (2006). *Person-Centered therapy with victims of poverty and social exclusion in Brazil*. Em: Malcolm, B.; Proctor, B.; Cooper, M. & Sanders, P. (org.). *Politicising the person-centered approach: Agenda for social chance*. Uk: PCCS Books, 143-155.
- Freire, E.; Koller, S.; Piason, A.; Gonçalves, G.; Freund, B.; Machado, W.; Ávila, R; Ache, L.; Diedrich, F. & Furtado, M. (2008). *Resilience and the self-righting power of development: Observations of impoverished Brazilian children in person-centered play therapy*. Em: Brian, E. & Levitt, (org). *Reflections on human potential: Bridging the person-centered approach and positive psychology*. Ross-on-Wye: PCCS Books, 187-194.
- Garnezy, N., & Masten, A. (1994). *Chronic adversities*. In.: M. Rutter, E. Taylor & L. Herson (Orgs.) *Child and adolescence psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publication. 191-207
- Goodman R (2001) Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Hutz, C. S. & Giacomoni, C. H. (2000). *Adaptação brasileira do inventário de depressão infantil (CDI)*. Manuscrito não publicado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

- Hutz, C. & Koller, S. (1997). Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2, 175-197.
- Joseph, S., & Patterson, T. G. (2008). *The actualising tendency: A meta-theoretical perspective for positive psychology*. In: Levitt, B. E.. Refleitions on human potential – bring the person-centered approach and positive psychology. PCCS Books, Ross-on-Wye. 1-16.
- Joseph, S., & Worsley, R. (2005). *A positive psychology of mental health: the person-centered perspective*. In. Person-Centered Psychopathology: A positive psychology of mental health. PCCS Books, Ross-on-Wye. 348 – 357.
- Junqueira, M. F. P. & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-335.
- Koller, S., & Lisboa, C. (2007). *Brazilian approaches to understanding and building resilience in at-risk populations*. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 16, 341-356.
- Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Lambert, M. & Bergin, A. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. Em Bergin, A. & Garfield, S. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley 143-189.
- Lisboa, C. S. M., & Koller, S. H. (2007). Resilience Process: Ecological Analysis of High-Risk Youth in Schools, Street and Institutions. In: European Conference on Developmental Psychology. Jena. Annals of the European Conference on Developmental Psychology.
- Mahfoud, M. (org.) (1999). *Plantão psicológico: Novos horizontes*. São Paulo: Editora C.I.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Maturana, H., & Verden-Zöllner, G. (2006). *Amar e Brincar: Fundamentos esquecidos do humano*. São Paulo: Palas Atenas.
- Moon, K. A. (2001). Nondirective Client-Centered Therapy with Children. In: The Person-Centered Journal, 8, 43-52.
- Moon, K. A. (2002). A Dearth of Studs for Davey: A Therapist's Thoughts During a Child Therapy Session. In: Ther Person-Centered Journal, 9, 113-139.
- Paludo, S. S., & Koller, S. (2005) Resiliência na rua: Um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 21, 187-195.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007) Psicologia Positiva: Uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia* 17, 36, 9-20.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 241-250.

- Portal Brasil (2008). *Salário Mínimo Brasileiro*. Acesso em 19 de julho, 2008, em <http://www.portalbrasil.net/salariominimo.htm>
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em estudo (Maringá)*: 9, 67-75
- Prazeres, A. M., Souza, W. F., & Fontenelle, L. F. (2007). Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (3): 262-270
- Psicologia On Line - POL (2008,). *POL, Serviços POL/Lista de Referência de Honorários*. em: [http://www.pol.org.br/servicos/serv\\_honorarios.cfm](http://www.pol.org.br/servicos/serv_honorarios.cfm). Acesso em: 19 jul. 08.
- Rogers, C. R., & Rosenberg, R. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: EPU
- Rogers, C. R. (1939). *The Clinical Treatment of the Problem Child*. London: George Allen and Unwin, Ltd.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1942/1997). *Psicoterapia e Consulta Psicológica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R. (1951/1992). *Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Romaro, R. A. (1999). Avaliação da psicoterapia breve dinâmica com pacientes borderline. *Mudanças*: 7, 109-133, jul.-dez.
- Rye, N (2008). Understanding therapies: Play therapy as a mental health intervention for children and adolescents. *Journal of Family Health Care*, 18, 17-9.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10, 209-216.
- Seligman M, Csikszentmihalyi M. (2001). Positive psychology: an introduction. *American Psychology*. 55, 5-14.
- Tambara, N., & Freire, E. (1999). *Terapia Centrada no Cliente: Um caminho sem volta...* Porto Alegre: Ed. Delphos.
- Wathier, J.; Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (2008). Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação psicológica*, 7, 75-84.
- Yunes, M. A (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. In.: *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84
- Yunes, M. A. M, Garcia, N. M., & Albuquerque, B. M. (2007) Monoparentalidade, pobreza e resiliência: Entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicologia Reflexão Crítica*, 20, 444-453.

**PSICOLOGIA POSITIVA & PSICOLOGIA HUMANISTA:  
UMA INTERLOCUÇÃO POSSÍVEL?**

Régis Maliszewski da Silva<sup>1</sup>

Carolina Macedo Lisboa<sup>2</sup>

**RESUMO**

O presente artigo trata-se de uma revisão crítica da literatura, propondo uma discussão acerca das sobreposições e diferenças entre a Psicologia Positiva e a Psicologia Humanista. Em primeiro lugar, discorre-se, brevemente, sobre o surgimento e desenvolvimento da Psicologia, para apresentar a perspectiva tradicional desta ciência voltada à psicopatologia e vulnerabilidades humanas. Seguidamente, expõem-se as idéias propostas pelo paradigma da Psicologia Positiva, apresentada por Martin Seligman, e da Psicologia Humanista, com as propostas originadas de Maslow e, mais especificamente, aos teóricos da Abordagem Centrada na Pessoa, proposta por Carl Rogers. Percebe-se que há muitas semelhanças presentes entre esses dois paradigmas, entretanto, tais aspectos são pouco explorados nas produções científicas das duas abordagens.

**ABSTRACT**

The present paper presents a critical literature revision, discussing overlaps and differences between Positive Psychology and Humanistic Psychology. First of all, the origins and develop of Psychology focusing on its traditional perspective related to psychopathologies and human vulnerabilities are briefly presented. Secondly, ideas and aims of the Positive Psychology Paradigm presented by Martin Seligman and Humanistic Psychology posited by Maslow and more specifically, by Centered-Person Approach theoretical are also presented. Several similarities are identified between these two paradigms; therefore, these aspects are very little explored in scientific publications in both areas.

---

1 Psicólogo, especialista clínico em Psicoterapia Centrada na Pessoa (DELPHOS) e mestrando em Psicologia Clínica (UNISINOS)

2 Psicóloga, Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS) e Professora do Mestrado em Psicologia Clínica (UNISINOS)

## INTRODUÇÃO

Por muito tempo, a Ciência Psicológica foi associada estritamente ao estudo e resolução de problemas e psicopatologias. O foco do trabalho e intervenções era na cura de doenças identificadas. Ainda hoje, crenças acerca do papel do psicólogo reforçam esta idéia e perspectiva de foco no que se refere à ação clínica. Observa-se, também, no senso comum expressões, tais como: “coisa para louco”, “psicólogo é pra quem tem problema” ou, ainda, questionamentos com relação à prática clínica: “Eu tenho cura?” que denunciam uma percepção da Ciência Psicológica relacionada, basicamente, a psicopatologias e doenças.

Gable e Haidt (2005) apontam aspectos filosóficos, históricos e teóricos que justificam o direcionamento da ciência psicológica para a parte deficitária do ser humano e, conseqüentemente, levam à formação destas crenças distorcidas acerca da profissão. O primeiro aspecto refere-se à compaixão, ao interesse do ser humano em auxiliar outras pessoas as quais, segundo avaliação, encontram-se em sofrimento. Os autores reforçam também a importância da influência histórica e pragmática que envolveu o período da II Guerra Mundial, período no qual as agências disponibilizavam fundos para pesquisas direcionadas à doença mental e outros problemas, a fim de que fossem auxiliados os veteranos da guerra. Nesta época, início do séc. XX, observaram-se pesquisas sobre efeitos negativos e o impacto de eventos estressores no desenvolvimento de crianças, adolescentes e adultos. Temas como o divórcio dos pais, morte de entes queridos e abuso físico e sexual eram foco de investigações científicas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Como terceiro aspecto, refere-se o desenvolvimento teórico da Psicologia que se alicerçou na reparação de “danos e prejuízos provocados pelas patologias de acordo com um modelo de doença e funcionamento humano” (Paludo & Koller, 2007, p. 11). Visto que eventos negativos tendem a ter maior impacto para os indivíduos que os positivos, torna-se mais clara a compreensão dos rumos tomados pela psicologia e seu interesse pelos aspectos negativos (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer e Vohs, 2001; Gable e Haidt, 2005).

## PSICOLOGIA POSITIVA

Fazendo um contraponto à perspectiva psicológica científica dominante na época, ou seja, que era voltada aos aspectos deficitários do ser humano, começa aos poucos a surgir um novo paradigma, o qual foi denominado de Psicologia Positiva. Essa perspectiva teórica tem como marco importante a publicação de 2000, da Revista *American Psychologist*, editada por Martin Seligman

quando este presidia a *American Psychological Association* (Joseph & Peterson, 2008; Paludo & Koller, 2007; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yunes, 2003). Essa nova abordagem ou paradigma teórico visa a alterar o foco de atenção e análise da Psicologia, voltando-se o olhar para a promoção das potencialidades e virtudes humanas. Há um estímulo, na linha de pensamento da Psicologia Positiva, para pesquisas que ressaltem os aspectos sadios dos indivíduos (Calvetti, Muller & Nunes, 2007; Yunes, 2003; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) apontam a necessidade dos profissionais reconhecerem que o trabalho buscando amplificar as forças dos indivíduos pode ser mais eficaz que a busca pela reparação de seus pontos fracos. Os mesmos autores afirmam: “O tratamento não é somente “consertar” o que está quebrado, mas nutrir o que está bom” (p. 7). Yunes (2003) afirma que, antes de tudo, a Psicologia Positiva almeja o rompimento com o modelo focado na doença, o qual instituiu grande parte dos estudos e práticas em psicologia até a contemporaneidade, práticas essas que adotavam uma postura de “ceticismo diante de expressões salutogênicas dos indivíduos, grupos ou comunidades” (p. 76). Entretanto, cada vez mais se atesta que existem forças humanas como fé, otimismo, esperança e honestidade, dentre outras, que atuam para a promoção de saúde mental (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

O trabalho junto às potencialidades humanas pode auxiliar no “florescimento” dos indivíduos, grupos e instituições em direção ao desenvolvimento pleno e saudável não só no âmbito psicológico, mas biológico, social e também espiritual (Keyes & Haidt, 2003; Calvetti, Muller & Nunes, 2007). As pesquisas orientadas pelo Paradigma da Psicologia Positiva deram origem ao construto teórico da resiliência. Entende-se por resiliência a capacidade dos indivíduos de, diante de uma situação de risco, obter êxito no enfrentamento da mesma (Koller & Lisboa, 2007; Yunes, 2003).

O termo Resiliência, que provém das áreas das Ciências da Física e Engenharias, foi proposto por Thomas Young em 1807 para descrever a noção de módulo de elasticidade, considerando a tensão e compressão recebida por um objeto e a capacidade deste objeto ou material de absorver esta energia e voltar a seu estado inicial (antes da tensão), sem sofrer deformação plástica ou permanente (Yunes, 2003, Yunes, Garcia & Albuquerque, 2007). A utilização desse termo na Psicologia é relativamente recente, datando aproximadamente de 30 anos (Yunes, Garcia & Albuquerque, 2007), sendo que o tema foi trazido para discussão em encontros internacionais ainda mais recentemente, por isto, existem algumas controvérsias (Koller & Lisboa, 2007; Lacharité, 2005; & Yunes, 2003). O construto de resiliência, nas áreas da Psicologia e Educação, significa um processo dinâmico de interação entre a pessoa em questão e o risco percebido/existente resultando em êxito, ou seja, um resultado positivo. A análise de um processo de resiliência

demanda a consideração de múltiplas variáveis para seu entendimento adequado, o que justifica não ser possível traçar tipologias de resilientes e não-resilientes, bem como afirmar quais são precisamente as características de pessoas que tenham sido ou que serão resilientes frente a determinados riscos (Koller & Lisboa, 2007; Yunes, 2003). Desse modo, a capacidade de resiliência pode ser observada em qualquer ser humano, não sendo considerada como traço de personalidade e, principalmente, nem como uma qualidade “suprema” de alguns indivíduos que seriam “naturalmente” mais favorecidos. Este processo é observado a partir de uma necessidade de defesa ou enfrentamento diante de ameaças que possam comprometer o desenvolvimento, bem-estar e segurança do indivíduo ou de suas relações (Masten, 2001). A resiliência só pode ser observada, então, na presença de riscos, ou seja, não havendo adversidades, não há sentido em referir-se ao processo de resiliência (Paludo & Koller, 2005). Exemplos de fatores de risco podem ser: a condição de pobreza, exposição à violência, experiência de doença no próprio indivíduo ou família, bem como perdas importantes (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Entretanto, é preciso atentar-se à contextualização do risco e a percepção individual de cada pessoa. Os fatores de risco também devem ser considerados como processo. O acúmulo de fatores de risco aos quais uma criança está exposta, a frequência com a qual a mesma vivencia esses fatores e durante quanto de tempo são também pontos importantes para a análise da resiliência e, às vezes, mais prejudiciais que um episódio de exposição grave (Engle, Castle & Menon, 1996). Cabe salientar que a resiliência não exprime a idéia de eliminação de um problema, mas sim a resignificação das interpretações e crenças frente às adversidades encontradas (Junquera & Deslandes, 2003). Enfatizando que se trata de um processo e não de uma característica, o conceito de resiliência abre o diálogo sobre a psicopatologia e problematiza a visão determinista e linear que pressupõe estados negativos após riscos esperados e inesperados. Este construto também reforça a idéia dinâmica acerca da saúde mental dos seres humanos e valoriza a subjetividade na definição de risco ou proteção. Ou seja, aspectos podem atuar como risco ou proteção dependendo da experiência subjetiva dos indivíduos, sua história de vida e rede de apoio social (Dell'Aglio, Koller & Yunes, 2006).

A Psicologia Positiva também focalizou o estudo e intervenções em emoções positivas, as quais podem ser definidas como as emoções que ampliam o repertório de ação e reflexão das pessoas, bem como auxiliam na construção de recursos pessoais cognitivos e comportamentais (Fredrickson, 2004; Paludo & Koller, 2006). As emoções exercem interferência direta na vida cotidiana das pessoas, direcionando a atenção para determinados eventos, influenciando diretamente no comportamento explícito (Paludo & Koller, 2006). Prouty (2001) difere as formas de afeto em: Estado de Espírito, Sentimentos e Emoções. Referente a essa última, aponta que “A emoção é um afeto que é consideravelmente mais intenso e está ligado a um acontecimento (...). A emoção tem a

característica psicológica de estar totalmente em primeiro plano” (Prouty, 2001, p. 51)

Compreendido como “o estudo das condições e processos que contribuem para o florescimento ou para otimizar o funcionamento de pessoas, grupos, e instituições” (Gable & Haidt, 2005), este foco da Psicologia Positiva não é, propriamente, inovador em termos cronológicos e históricos. Ou seja, pode-se considerar como influência para a delimitação deste Paradigma ou área teórica, os escritos de William James acerca do termo “healthy mindness” datado de 1902; o interesse de Allport em 1958 pelas características humanas positivas e as idéias de Maslow em busca de uma psicologia da saúde na década de 50 e 60. É possível supor, ainda, que as pesquisas de Carl Rogers sobre as condições facilitadoras para o desenvolvimento de uma pessoa em funcionamento pleno nas décadas de 40 a 60 e sua contribuição para o trabalho em grupos após a década de 60, assim como as pesquisas de Cowan sobre a resiliência em crianças e adolescentes são fortes precedentes do que hoje se denomina de Psicologia Positiva (Gable & Haidt, 2005; Frick, 1975; Tamabra & Freire, 1999).

## PSICOLOGIA HUMANISTA

O movimento intitulado de Psicologia Positiva compartilha de alguns pressupostos e conceitos apresentados pela Psicologia Humanista (Paludo & Koller, 2007). Apesar da aproximação entre Psicologia Positiva e Humanista, não há divulgação por parte dos profissionais identificados com a Psicologia Positiva desses aspectos em comum (Hernandez, 2003).

Seligman e Csikszentmihalyi, precursores da Psicologia Positiva, apontam suas críticas à Psicologia Humanista argumentando de que esta teoria possui falta de sustentação empírica (Giacomoni, 2002; Seligman e Csikszentmihalyi, 2000). Todavia, não se pode descartar a contribuição teórica do Humanismo para a Psicologia, no que se refere ao enfoque nas potencialidades humanas, apontado anteriormente por autores humanistas que também presidiram a *American Psychological Association* como Carl Ranson Rogers no ano de 1946 e Abraham Maslow no ano de 1967. Estes dois autores, assim como os teóricos identificados com a Psicologia Positiva, focalizaram seus escritos nos aspectos positivos do desenvolvimento humano. Assim sendo, serão introduzidos alguns pontos da Psicologia Humanista que se sobrepõe a conceitos e idéias apresentadas pela Psicologia Positiva.

A Psicologia Humanista é considerada a Terceira Força dentro da Psicologia, sendo suas antecessoras as teorias da Psicanálise e o Behaviorismo (Schultz & Schultz, 1992). A abordagem Humanista possui como ramificações a Logoterapia, que possui como seu maior expoente Viktor Frankl (2003), a Gestalt Terapia, representada por Friederich Pearls (1977) e a Abordagem Centrada

na Pessoa, desenvolvida pelo psicólogo americano Carl Ranson Rogers (1973).

Cabe contextualizar que o Humanismo ganhou grande força na filosofia no período pós guerra, no qual se começou a questionar, diante de tanto sofrimento gerado e sofrido pelo homem, sobre qual o sentido para a humanidade de todos esses acontecimentos. Um forte sentimento de desamparo predominava entre os indivíduos neste período, o que demandava uma nova perspectiva ou análise acerca das situações que se apresentavam. As influências da filosofia atingiram diretamente o pensamento da psicologia humanista, a qual se apoiou nas bases filosóficas da fenomenologia, existencialismo e humanismo. Desse modo, pode-se observar que, apesar de suas diferenças, as abordagens humanistas possuem um eixo estruturante que as interliga, mantendo-as na mesma perspectiva. Em artigo publicado no *Journal of Humanistic Psychology*, Bugental (1964) citado por Justo (1987, p. 191-192) enumerou cinco postulados e seis orientações que norteiam a psicologia humanista. São estes:

#### Os cinco postulados

- 1º O homem, como homem, é mais do que a soma das partes.
- 2º O homem tem seu ser num contexto humano: sua natureza se expressa na relação com os outros homens.
- 3º O homem é consciente: Seja qual for o grau de consciência, esta é parte essencial do ser humano.
- 4º O homem tem a capacidade de escolha: quando consciente, o homem é consciente de ser mais que mero espectador – sente-se participante da experiência.
- 5º O homem é intencional: busca, a um tempo, situação homeostática e desequilíbrio, variedade.

#### As seis orientações

- 1ª A Psicologia Humanista preocupa-se com o homem: é fundamentada sobre o interesse do homem pelo homem, sendo uma expressão deste interesse.
- 2ª Quanto à metodologia, a Psicologia Humanista valoriza mais o significado do que o procedimento.
- 3ª A Psicologia Humanista busca validações humanas preferencialmente a não-humanas: o critério último é a experiência humana.
- 4ª A Psicologia Humanista aceita o individualismo de todo o conhecimento: postula um universo de infinitas possibilidades – todo o conhecimento é sujeito a mudança.
- 5ª A Psicologia Humanista enfatiza a direção fenomenológica: insiste em que o foco de seu

interesse é a experiência do ser humano.

6ª A Psicologia Humanista não relega as contribuições de outros pontos de vista, mas tenta contentá-las e situá-las numa concepção mais ampla da experiência humana.

Estruturando-se por esses pilares, são desenvolvidas as diversas escolas de pensamentos dentro da Psicologia Humanista. Estas escolas possuem pequenas particularidades e diferenças entre si. Neste artigo, será apresentada e enfatizada a discussão sobre uma das escolas, em específico, a Abordagem Centrada na Pessoa.

## ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Em palestra realizada na universidade de Minnesota, em 11 de dezembro de 1940, Carl Ranson Rogers, após a extensa análise de sessões de psicoterapias gravadas, apontou quatro características do que acreditava ser uma tendência das práticas clínicas que estaria sendo aplicada entre os psicoterapeutas mais jovens. Dentro das características desse modelo ou tendência estava, primeiramente, a confiança de um movimento interno do indivíduo em direção ao crescimento, saúde e maturidade; sendo que a psicoterapia seria um modo para libertar o cliente, permitindo que essa tendência pudesse se manifestar, possibilitando o desenvolvimento saudável do indivíduo. Em segundo lugar, este autor apontava que esta tendência atual de clínica dava maior ênfase aos sentimentos, em contraponto à compreensão intelectual e interpretativa das situações por parte de paciente e terapeuta. Como terceiro tópico, afirmava a ênfase na situação imediata, ao invés de um determinismo baseado nas experiências passadas. E, por último, apontava que a relação terapêutica é uma experiência de crescimento. Rogers foi criticado e, também, elogiado no que se refere a suas idéias. A visão deste autor não era semelhante a de outros terapeutas da época, mas sim estavam sendo desenvolvidos, naquele momento, os primeiros esboços do que seria futuramente chamado de Abordagem Centrada na Pessoa (Tambara & Freire, 1999).

O principal eixo estruturante da Abordagem Centrada na Pessoa é o conceito de Tendência à Atualização ou Tendência Atualizante (Rogers, 1980). A confiança em forças que residem no interior do cliente foi exposta por Rogers (1946) em um artigo publicado na *The American Psychologist*, no qual afirmou que tais forças seriam as responsáveis para explicar a ordenação do processo terapêutico, ou seja, davam ao processo terapêutico certa previsibilidade de que o indivíduo se direcionaria para o desenvolvimento de suas capacidades de enfrentar a situação exposta. Essas forças produziriam um movimento de exploração dos sentimentos do indivíduo que

integraria experiências que haviam sido negadas à consciência, com o relacionamento destas emoções com a realidade. Desse modo, pode-se dizer que tal exploração dessas atitudes e sentimentos leva ao que Rogers chamou de auto-atualização (*self-actualization*). Para isso, o terapeuta deve criar uma atmosfera adequada para a liberação dessas forças (Rogers, 1946).

A tendência à auto-realização foi definida mais adiante como uma “tendência inerente ao organismo para desenvolver todas as suas capacidades em direções que sirvam para manter ou aperfeiçoar o organismo” (Rogers, 1959, p. 196). A Tendência Atualizante consiste em um movimento direcional formativo, o qual é evidenciado em todo o organismo individual e expresso em qualquer nível de complexidade orgânica (Rogers, 1951/1992).

Considerada como uma meta-motivação na teoria rogeriana, a Tendência Atualizante possui, de acordo com Brodley (1998), como principais características ser:

1) *Individual e universal*. É percebida como única, pois diz respeito aos indivíduos, entretanto é também universal, pois é manifestada em todos os organismos.

2) *Holística*. Na perspectiva de uma *Gestalt*, o funcionamento da Tendência Atualizante é fluído e estável, percorrendo os mais diferentes aspectos da pessoa, buscando manter sua integridade global e organização.

3) *Ubíqua e Constante*. A Tendência Atualizante se faz presente em todas as situações da vida do indivíduo. Sendo em situações favoráveis ou desfavoráveis, esta Tendência atua buscando a manutenção e integração do organismo. O funcionamento constante desse processo é o que caracteriza a vida de um organismo. Sendo apontado, de acordo com Rogers (1977/1986), que a presença da Tendência Atualizante é o que distingue se determinado organismo está vivo ou morto. Desse modo, a Tendência Atualizante estará sempre presente. Não há como eliminar essa tendência sem que se destrua o próprio organismo.

4) *Direcional e Construtiva*. Por ser dirigida à integridade e manutenção do organismo, é considerada também construtiva. Independentemente de onde surgir o estímulo, sendo o ambiente favorável ou não, há uma previsibilidade de que o comportamento realizado pelo indivíduo será direcionado a uma meta, e essa meta será de organizar o organismo para mantê-lo fortalecido e integrado.

5) *Impulsionadora de tensões*. O organismo buscará expandir-se, o que eleva os níveis de tensão. O processo direcional da Tendência Atualizante irá desenvolver a tensão para possibilitar que o organismo se expanda e se desenvolva.

6) *Focada na autonomia*. A pessoa buscará seguir através de sua auto-determinação e auto-regulação, de modo a afastar-se de situações das quais se sinta controlado.

7) *Sensível às condições do meio*. Pensando-se que o comportamento das pessoas é o

resultado de características inatas, características adquiridas e de condições externas; a Tendência Atualizante interage com outras causas do comportamento, podendo não necessariamente apresentar efeitos construtivos. Para que haja a atualização, são essenciais condições variadas e favoráveis, como também que estas condições ocorram de modo prolongado. Salienta-se que as mesmas potencialidades podem ser afetadas de diferentes modos em condições semelhantes.

8) *Manifestada no self*. O conceito de auto-atualização é a manifestação da Tendência Atualizante no *self* ou “eu”. No desenvolvimento da personalidade, o *self* é um conceito que é essencial na Abordagem Centrada na Pessoa. É visto que “em condições desfavoráveis, a atualização do subsistema do *self* pode tornar-se discrepante, em relação à experiência orgânica ou mesmo entrar em conflito com ela”(Brodley, 1998, p. 40). Conseqüentemente a isso, se altera a integração do indivíduo, resultando em perturbações emocionais. Havendo um ambiente favorável no qual o *self* possa se constituir de uma maneira harmônica com o organismo, há a integração da pessoa e a sensação de bem estar.

9) *Promotora da abertura à consciência de si*. Ampliando a consciência de si, elevam-se as opções de escolha, permitindo perceber aspectos antes não vislumbrados e únicos ao próprio organismo.

10) *Pró-social*. Por sua índole social, esse movimento é visto também como direção apontada pela Tendência Atualizante. Devido à sua natureza complexa, faz-se necessário à natureza social desenvolver uma série de capacidades inatas, que são: a) Capacidade de identificação com o outro; b) Capacidade de empatia; c) Impulsos de proteção e cuidado; d) Necessidade de associações; e) Tendências para a cooperação social e colaboração dirigida a metas comuns e; f) Capacidades e tendências para elaborar regras morais.

Rogers (1977/1986) afirma que “Esta tendência pode expressar-se na mais ampla escala de comportamentos e em resposta a uma variedade muito grande de necessidades. (...) essas satisfações serão procuradas de maneira a aumentar a auto-estima em vez de diminuí-la.” (p. 229). O objetivo principal que sustenta a teoria e a prática da Abordagem Centrada na Pessoa está em facilitar que essa tendência seja manifestada, possibilitando então que, pelo desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos, o mesmo consiga desenvolver um melhor jeito de ser como pessoa.

## PSICOLOGIA POSITIVA X PSICOLOGIA HUMANISTA: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS

O conceito de Tendência Atualizante, que permeia a Abordagem Centrada na Pessoa, sobrepõe-se e dialoga muito próximo ao conceito de resiliência, sendo que ambos construtos não são estáticos, mas dinâmicos, podendo apresentar-se em diferentes pessoas e grupos, influenciados

pelo contexto na qual os indivíduos estão inseridos (Masten, 2001; Rogers, 1980).

A intervenção psicoterapêutica, compreendida como fator de proteção e incluída na classificação proposta por Garmezy e Masten (1994) como podendo ser parte da rede de apoio social dos indivíduos, pode possibilitar ou promover a resiliência individual, dando maiores condições para enfrentamento dos fatores de risco aos quais os indivíduos possam estar expostos. Nestas intervenções, há possibilidade de trabalhos em nível de autoconceito, favorecendo o autoconhecimento. Ou seja, o diálogo para o trabalho nesse nível de comunicação, promovendo os aspectos positivos dos sujeitos permeiam igualmente tanto a Psicologia Positiva quanto a Psicologia Humanista. Este processo, apesar de não se objetivar a reduzir os riscos aos quais os indivíduos estão expostos de forma direta, pode tornar-se um fator de proteção – referindo-se às características individuais - que possibilita o enfrentamento adequado e a redução dos impactos negativos relacionados a diferentes riscos presentes no ambiente e nas interações humanas (Freire, et al., 2008; Sapienza & Pedromônico, 2005).

A Psicologia Positiva e seu crescimento na última década reflete o *zeitgeist* que apresenta o amadurecimento do pensamento que teve início no final da década de 30 e início da década de 40, propiciando a retomada dos princípios da Psicologia Humanista. É visto o interesse tanto da Psicologia Humanista quanto da Psicologia Positiva, no desenvolvimento dos aspectos saudáveis do ser humano. Entretanto, segundo alguns autores (Giacomoni, 2002; Seligman e Csikszentmihalyi, 2000), a Psicologia Positiva é empiricamente mais fundamentada que a Psicologia Humanista. Essas afirmações geraram críticas por parte dos psicólogos humanistas. Fóruns de discussões foram organizados, nos quais se discutiram fundamentos teóricos e outros aspectos em comum da Psicologia Humanista e Psicologia Positiva. Segundo Hernandez (2003), idéias que já tinham sido referidas e postuladas pela Psicologia Humanista foram afirmadas como decorrentes, exclusivamente, da Psicologia Positiva. Entretanto, apesar de aspectos em comum, por afirmações e terminologias, pode-se perceber uma falta de integração entre as duas abordagens. Observa-se interesse de autores da Psicologia Humanista de que as relações teóricas com a Psicologia Positiva sejam melhor exploradas (Hernandez, 2003; Brian & Levitt, 2008) .

Através de uma perspectiva convergente entre a Psicologia Positiva e Psicologia Humanista, percebe-se que ambas podem ser complementares, pois apesar da importância de um rigor metodológico defendido pela Psicologia Positiva, pouco se observa acerca de bases epistemológicas na qual a Psicologia Positiva se sustenta, o que dificulta o desenvolvimento de um paralelo entre os postulados da Psicologia Humanista e Psicologia Positiva. Entretanto, na leitura de trabalhos da Psicologia Positiva, é possível perceber pensamentos da Psicologia Humanista. Ou seja, a idéia de uma psicologia voltada à saúde, difundida desde o início pela Psicologia Humanista, dialoga com a

proposta apresentada pela Psicologia Positiva, que propõe uma relação a qual visa o desenvolvimento da pessoa, fortalecendo os aspectos positivos desse indivíduo na busca de que este possa se beneficiar do que é chamado pela Psicologia Positiva de funcionamento humano pleno e trazido pela Psicologia Humanista no conceito de “Pessoa em Funcionamento Pleno” proposto por Rogers (1994).

Uma aproximação se faz necessária, buscando a interlocução teórica e prática dessas abordagens, principalmente ao que se refere às técnicas de intervenção em psicoterapia. Peterson e Joseph (2007) propõem que elementos metateóricos da teoria centrada na pessoa podem servir de pedra fundamental para a Psicologia Positiva. Os mesmos autores afirmam:

Nós estamos interessados em construir pontes entre o movimento centrado na pessoa e o novo movimento da psicologia positiva porque nós pensamos que o movimento centrado na pessoa pode se beneficiar de um entendimento da literatura empírica existente na psicologia positiva, e o movimento da psicologia positiva pode beneficiar-se de um entendimento da perspectiva metateórica provida pela teoria centrada na pessoa. (Peterson & Joseph, 2007, p. 119)

Os aspectos estruturais comuns estão próximos o suficiente para que possam dialogar amplamente. Entretanto, observa-se que, para a ocorrência desse movimento, é preciso que pesquisadores de ambas as abordagens possam dialogar de forma científica para então, busquem compartilhar suas descobertas. É importante salientar que não se está propondo afirmar que Psicologia Positiva e Psicologia Humanista sejam sinônimos, mas sim, que apesar das diferenças, é possível haver vantagens desta integração das duas abordagens para a proposta de uma Psicologia voltada aos aspectos saudáveis do ser humano.

## REFERÊNCIAS

- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370.
- Brian, E. & Levitt, (org)(2008). *Reflections on human potential: Bridging the person-centered approach and positive psychology*. Ross-on-Wye: PCCS Books
- Brodley, B. (1998). O conceito de Tendência Atualizante na Teoria Centrada no Cliente. *A Pessoa Como Centro: Revista de estudos rogerianos*, 2, 37-49.
- Calvetti, P.; Muller, M.; Nunes, M. (2007). *Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e Desafios*. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27, 706-717.

- Dell'Aglio, D.; Koller, S. & Yunes, M.(org.) (2006). Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Engle, P. L., Castle, S. & Menon, P. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science Medicine*, 43(5), 621-635.
- Frankl, V. (2003). Em busca de sentido. 17.ed. Petrópolis: Editora Vozes.
- Fredrickson, B. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 359, 1367-1377.
- Freire, E.; Koller, S.; Piason, A. ; Gonçalves, G.; Freund, B.; Machado, W.; Avila, R.; Ache, L.; Diedrich, F.; & Furtado, M. Resilience and the self-righting power of development: Observations of impoverished Brazilian children in person-centered play therapy. In: Brian E. Levitt. (Org.). *Reflections on human potential: Bridging the person-centered approach and positive psychology*. Ross-on-Wye: PCCS Books, 2008, v. , p. 187-194
- Frick, W. (1975). Psicologia Humanista: Entrevistas com Maslow, Murphy e Rogers. Rio de Janeiro: Zahar.
- Gable, S. & Haidt, J. (2005). What (and Why) Is Positive Psychology?. *Review of General Psychology*, 9, 103-110.
- Garnezy, N., & Masten, A. (1994). Chronic adversities. In.: M. Rutter, E. Taylor & L. Herson (Orgs.) *Child and adolescence psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publication. 191-207
- Giacomini, C. (2002). Bem-estar infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação. Tese de doutorado – UFRGS.
- Hernandez, J. (2003). Psicologia Positiva e Psicologia Humanista: aproximações teóricas e conceituais. *Revista de Psicologia da UnC*, 1, 24-30.
- Joseph, S., & Patterson, T. G. (2008). The actualising tendency: A meta-theoretical perspective for positive psychology. In.: Levitt, B. E.. *Refletions on human potential – bring the person-centered approach and positive psychology*. PCCS Books, Ross-on-Wye. 1-16.
- Junqueira, M. & Deslandes, S. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de janeiro, 19, 227-235.
- Justo, H. (1987). Cresça e faça crescer. 5.ed. Canoas: La Salle.
- Keyes, C. L. M., & Haidt, J. (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well lived*. Washington DC: American Psychological Association.
- Koller, S., & Lisboa, C. (2007). Brazilian approaches to understanding and building resilience in at-risk populations. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16, 341-356.
- Lacharité, C. (2005). From risk to psychosocial resilience: conceptual models and avenues for family intervention. *Texto Contexto Enfermagem*, 14, 71-77.

- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Paludo, S. & Koller, S. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17, 9-20
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2006). Psicologia Positiva, emoções e resiliência. Em Dell'Aglio, D.; Koller, S. & Yunes, M. (Eds.), *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção* (pp.69-86). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Paludo, S. & Koller, S. (2005). Resiliência na Rua: Um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, 187-195.
- Pearls, F. (1977). *Gestalt Terapia Explicada*. São Paulo: Summus.
- Pesce, R.; Assis, S.; Santos, N.; & Oliveira, R. (2004). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 135-143.
- Prouty, G. (2001). *Evolução Teórica na Terapia Experiencial Centrada-na-Pessoa: Sua aplicação nas psicoses esquizofrênicas e de atraso mental*. Lisboa: Encontro.
- Rogers, C. (1946). Significant Aspects of Client-Centered Therapy. *American Psychologist*, 1, 415-422.
- \_\_\_\_\_ (1951/1992). *Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_ (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Koch, J. (ed.), *Psychology: a study of a science: formulations of the person in the social context*. New York: McGraw-Hill.184-286.
- \_\_\_\_\_ (1973). *Psicoterapia e Consulta Psicológica*. Santos: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_ (1977/1986). *Sobre o poder pessoal*. 2. ed. São Paulo: Martins fontes.
- \_\_\_\_\_ (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- \_\_\_\_\_ (1994). Conceito de pessoa em pleno funcionamento. In J. K. Wood. *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória: Editora Fundação Ceciliano de Abreu.
- Sapienza, G. & Pedromônico, M. (2005). Risco, Proteção e Resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10, 209-216.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Schultz, D. & Schultz, S. (1992). *História da Psicologia Moderna*. 13ed. São Paulo: Cultrix.
- Tambara, N. & Freire, E. (1999). *Terapia Centrada no Cliente: Um caminho sem volta...* Porto Alegre: Delphos.
- Yunes, M. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia*

em Estudo, 8, 75-84.

Yunes, M. A. M, Garcia, N. M., & Albuquerque, B. M. (2007) Monoparentalidade, pobreza e resiliência: Entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicologia Reflexão Crítica*, 20, 444-453.

# ESTUDO DE CASOS ACERCA DO PROCESSO DE LUDOTERAPIA E RESILIÊNCIA COM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO

Régis Maliszewski da Silva<sup>1</sup>

Carolina Macedo Lisboa<sup>2</sup>

## RESUMO

A psicoterapia ainda é considerada “um artigo de luxo”, acessível apenas para pessoas de níveis sócio-econômicos médio e alto devido a seus elevados custos. Ultimamente, há uma dedicação maior no interesse em estudar a terapia com populações de risco. O objetivo desse estudo foi verificar os resultados da Ludoterapia Centrada na Criança com crianças em situação de risco. Participaram dessa pesquisa duas crianças (11 e 12 anos) do sexo masculino que foram atendidas em sessões semanais durante três meses. Foram realizadas aplicações de instrumentos - Questionário de Qualidades e Dificuldades (SDQ), o Inventário de Depressão Infantil (CDI) - antes de iniciarem os atendimentos e, após aproximadamente três meses da primeira aplicação. Participaram como informantes as mães das duas crianças. Verificou-se movimentos terapêuticos positivos nos dois participantes principalmente nos aspectos pró-sociais, e afetivos, havendo, em ambos os casos, fatores esses considerados indicativos de promoção de resiliência. Contudo, percebeu-se diferença entre o que realizou mais sessões nesse período (10 sessões) para o que realizou menos (2 sessões).

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa a apresentar os resultados de uma pesquisa acerca dos benefícios da prática psicoterápica para crianças em situação de vulnerabilidade, provenientes de um nível sócio-econômico baixo a partir da Ludoterapia Centrada no Cliente. A pesquisa objetivou verificar os benefícios da intervenção clínica de ludoterapia em crianças, cujo acesso à psicoterapia é restrito e limitado por condições contextuais, desse modo, verificar se a experiência em ludoterapia auxilia a promoção de resiliência frente a fatores de risco como problemas psicossociais e dificuldades na

---

1 Psicólogo, especialista clínico em Psicoterapia Centrada na Pessoa (DELPHOS) e mestrando em Psicologia Clínica (UNISINOS)

2 Psicóloga, Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS) e Professora do Mestrado em Psicologia Clínica (UNISINOS)

relação interpessoal. Para tal, foi realizado estudo de casos de duas crianças em situação de vulnerabilidade social que foram atendidas segundo os métodos da Ludoterapia Centrada na Criança (Axline, 1947/1972). Foi investigada também a percepção das mães acerca do comportamento de seus filhos em processo de psicoterapia, a fim de obter mais dados para a construção do caso, além de indicadores de depressão, saúde mental e a percepção da própria criança.

Desse modo, busca-se contribuir para a melhor compreensão sobre o processo de resiliência e seus indicadores em pessoas em situação de risco, a partir do papel da psicoterapia como fator de proteção. Salienta-se a carência de produção científica acerca de teorias e da prática de psicoterapia infantil, ainda mais no que se refere a populações que vivem em situação de risco pessoal e social. Costa e Dias (2005) referem a escassez de estudos sobre psicoterapia infantil, principalmente estudos que sistematizem esta prática e avaliem sua eficácia. Esta escassez é percebida principalmente nas abordagens terapêuticas como psicodrama, *gestalt* e terapia centrada na pessoa, as quais, de acordo com os mesmos autores, não estão adequadamente representadas nas publicações científicas, o que reafirma a motivação para realização deste trabalho.

## RESILIÊNCIA

A Resiliência é um termo originado da Física, proposto em 1807 por Thomas Young para referir-se à noção de um módulo de elasticidade, considerando a tensão e compressão recebida por um objeto e a capacidade deste objeto ou material de absorver esta energia e voltar a seu estado inicial (antes da tensão), sem sofrer deformação plástica ou permanente (Yunes, 2003, Yunes, Garcia & Albuquerque, 2007). A utilização desse termo dentro da Psicologia é relativamente recente, datando aproximadamente de 30 anos (Yunes, Garcia & Albuquerque, 2007), sendo que o tema foi trazido para discussão em encontros internacionais ainda mais recentemente, por isto, existem algumas controvérsias (Koller & Lisboa, 2007; Yunes, 2003). Inicialmente, o constructo de resiliência esteve arraigado como conjunto de traços de personalidade (Anthony & Cohler, 1987). Entretanto, com a evolução do conceito, verificou-se com relação ao estabelecimento de tipologias de seres resilientes e não-resilientes não exprimia a idéia real do termo, pois a resiliência exige a consideração de uma série de variáveis para seu entendimento adequado (Pinheiro, 2004; Koller & Lisboa, 2007; Yunes, 2003). Junqueira e Deslandes (2003) salientam que a resiliência não exprime a idéia de eliminação de um problema, mas sim a resignificação deste frente a adversidades encontradas. Este processo é observado a partir de uma necessidade de defesa ou enfrentamento diante de ameaças que possam comprometer o desenvolvimento, bem-estar e segurança do

indivíduo ou de suas relações (Masten, 2001). Compreendido como um constructo ainda em desenvolvimento, Taboada, Legal & Machado (2006) alertam para o cuidado na sua utilização. A resiliência só pode ser observada, então, na presença de riscos, ou seja, não havendo risco, não há sentido referir-se à resiliência (Paludo & Koller, 2005). Entretanto, os fatores de risco e proteção são percebidos de maneiras distintas, dependendo da população (Souza & Cerveny, 2006). Alguns autores apontam como fatores de risco a condição de pobreza, exposição à violência, experiência de doença no próprio indivíduo ou família, bem como perdas importantes (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Entretanto, é preciso atentar-se à contextualização do risco e sua percepção também enquanto processo, pois a quantidade de fatores de risco a qual a criança está exposta, a frequência com a qual ela vivencia esses fatores, o período de tempo que é submetida, são mais importantes do que um episódio de exposição grave (Engle, Castle & Menon, 1996).

Estudos têm sido realizados buscando aprimorar o termo e desenvolver discussões acerca do constructo (Oliveira, Reis, Zanelato & Neme, 2008; Silva, Elsen & Lacharité, 2003; Taboada, Legal & Machado, 2006) e verificando indicativos de resiliência na prática (Bianchini & Dell'Aglio, 2006). Complementar à compreensão dos mecanismos relacionados à resiliência, Garmezy e Masten (em Paludo & Koller, 2005) propõe uma classificação (não estanque e necessariamente separada) dos fatores de proteção. Os fatores de proteção são percebidos como aspectos potencializadores para o desenvolvimento humano saudável, possibilitando que as pessoas reajam positivamente às situações que, devido à prolongada e intensa exposição aos fatores de risco, poderiam sugerir pouca ou nenhuma possibilidade de superação (Sapienza & Pedromônico 2005). Estes aspectos podem ser classificados, de forma geral, em três grandes grupos: a) características individuais, b) coesão familiar e apoio afetivo e c) o apoio social externo. Todos estes aspectos, individualmente ou em interação, contribuem para o enfrentamento com maior êxito por parte das pessoas diante de eventos estressores da vida (Paludo & Koller, 2005).

A intervenção psicoterapêutica, compreendida como fator de proteção e parte do grupo denominado por Garmezy e Masten (1994) como apoio social, pode possibilitar ou promover a resiliência individual, dando maiores condições para enfrentamento dos fatores de risco aos quais os indivíduos possam estar expostos. Nestas intervenções, há possibilidade de trabalhos em nível de autoconceito, favorecendo o auto-conhecimento que, apesar de não reduzir os riscos aos quais os indivíduos estão expostos de forma direta, pode tornar-se um fator de proteção – referindo-se às características individuais - que possibilita a redução dos impactos negativos relacionados a diferentes riscos presentes no ambiente e nas interações humanas (Freire, Koller, Piason, Gonçalves, Freund, Machado, Ávila, Ache, Diedrich & Furtado, 2008; Sapienza & Pedromônico, 2005).

## LUDOTERAPIA CENTRADA NA CRIANÇA

A Ludoterapia Centrada na Criança ou Ludoterapia Não-diretiva é a modalidade de atendimento, através dos mesmos princípios da Terapia Centrada no Cliente apresentada por Rogers, mas direcionada, especificamente, a crianças entre 3 e 16 anos. Estabelecendo alguns limites necessários para manter a segurança física e mental da criança, o terapeuta visa a auxiliar, através da atividade lúdica, que a criança explore seu mundo emocional interno dentro do ambiente de tratamento ludoterapêutico (Rye, 2008).

O auxílio do profissional se manifestará através do desenvolvimento de um ambiente em que criança se sinta segura, voltada ao presente (momento atual), sendo a atividade lúdica compreendida não como “uma preparação para nada”, mas sim, como um momento de aceitação e consideração da importância desse brincar. Desse modo, o brincar é estar atento ao momento presente e ao que se está realizando e também representa um importante meio de comunicação, expressão infantil (Maturana & Verden-Zöllner, 2006).

A Ludoterapia Centrada na Criança, como descrita por Axline (1947/1972), possui em seus pressupostos epistemológicos a crença na capacidade da criança de se mover em direção ao auto-desenvolvimento. Tal aspecto está diretamente relacionado ao conceito de Tendência Atualizante exposto por Rogers (1951/1992) como parte de uma tendência formativa presente em todo organismo vivo que o direciona a um crescimento ou à melhor forma de utilização de recursos pessoais. Com esse pressuposto, acredita-se que a característica não-diretiva da Ludoterapia Centrada na Criança é fundamental para que a criança possa seguir pelo caminho escolhido por ela própria, cabendo ao terapeuta ser um agente facilitador desse processo de auto-descoberta e auto-formação. A eficaz utilização de recursos pessoais, bem como o auto-conhecimento que gera confiança e segurança, são aspectos fundamentais para o processo de resiliência (Barreira & Nakamura, 2006)

É através do brincar que a criança encontra uma forma de se comunicar e entrar em contato com seu mundo interno, assim como o adulto utiliza-se da palavra como caminho para a compreensão e manifestação de aspectos de sua própria vida. A atividade lúdica é o caminho da criança para manifestação e elaboração de seu modo de ser e de experimentar o mundo (Axline, 1947/1972). Entende-se por brincar “qualquer atividade humana praticada em inocência, isto é, qualquer atividade realizada no presente e com a atenção voltada para ela própria e não para seus resultados” (Maturana & Verden-Zöllner, 2006, pg. 231). Experimentando o brincar no aqui-agora, altera-se o foco de busca de “resultados” objetivos e finais para o foco no processo atual e presente

(Maturana & Verden-Zöllner, 2006). A possibilidade de interação com um adulto (terapeuta) pode possibilitar à criança desenvolver a sua capacidade de expressar a si mesma, representando um importante fator de proteção. Nesse ambiente, a criança experimenta a segurança e o conforto da relação de modo a sentir-se livre para se comunicar. O terapeuta auxilia a criança a compreender seus sentimentos e comportamentos, podendo promover a resiliência frente a riscos do momento presente ou do desenvolvimento subsequente (Doster, 1996).

Confluindo com as idéias propostas por Axline (1947/1972) e Rogers (1942/1997) sobre a importância do contato aqui-e-agora, Maturana e Verden-Zöllner (2006) ressaltam a importância da atenção dada pelos pais à criança. A criança só adquire sua consciência social e autoconsciência quando cresce na consciência operacional de sua corporeidade, ou seja, quando ela assimila as capacidades de seu corpo e o percebe também como um meio para interação com o mundo. Esta noção emerge a partir da dinâmica de brincadeiras com a mãe e o pai. A confiança depositada na criança pelos pais, a confiança mútua e aceitação plena, a qual a criança precisa para crescer em sua auto-aceitação e auto-respeito possibilita a expandir tais sentimentos aos outros, constituindo-se assim uma vida social. Na Ludoterapia, a criança poderá expressar este brincar, inicialmente construído em interação com os pais, na presença do terapeuta que agirá como facilitador deste processo.

O processo de facilitação do desenvolvimento da criança pelo terapeuta, da criação de um ambiente capaz de promover o crescimento interno da criança, dá-se através do desenvolvimento de atitudes do terapeuta que permitam criar um ambiente com os limites necessários, sem perder a postura acolhedora ao sentimento manifestado pela criança. É transmitida a compreensão e consideração incondicional dos sentimentos da criança, bem como de seus meios de manifestação. Ao longo do tratamento, a criança entrará em contato com esses sentimentos, criando um ambiente propício para seu desenvolvimento e saúde Axline (1947/1972).

Assim como Rogers (1980) propôs alguns aspectos cruciais para a psicoterapia com adultos, Axline (1947/1972, p. 69) descreve oito princípios básicos e essenciais para a realização de uma Ludoterapia Não-diretiva. Esses princípios são:

1. O terapeuta deve desenvolver um clima amistoso e cálido no contato com a criança de forma que logo se estabeleça o *rappor*t e adequada vinculação;
2. O terapeuta deve aceitar a criança exatamente como ela é;
3. O terapeuta deve estabelecer uma sensação de permissividade no relacionamento, de tal modo que a criança se sinta completamente livre para expressar seus sentimentos;
4. O terapeuta deverá estar sempre alerta para identificar os sentimentos que a criança está expressando e para refleti-los para a mesma, de tal forma que esta adquira

- conhecimento sobre seu comportamento;
5. O terapeuta deve manter profundo respeito pela capacidade da criança em resolver seus próprios problemas, dando-lhe oportunidade para isto. A responsabilidade de escolher e de fazer mudanças é deixada à criança;
  6. O terapeuta não pode dirigir as ações ou conversas da criança de forma alguma. Ela [criança] deve indicar a orientação e ritmo do tratamento;
  7. O terapeuta não deve tentar abreviar a duração da terapia. O processo é gradativo e assim deve ser reconhecido;
  8. O terapeuta deve estabelecer somente as limitações necessárias para fundamentar a terapia no mundo da realidade e fazer a criança consciente de sua responsabilidade no relacionamento.

Os princípios e atitudes manifestas pelo terapeuta dentro desse contexto tendem a desenvolver um clima de aceitação da experiência da criança. A promoção de um clima de aceitação da criança, como ela se manifesta, auxilia-a em seu processo de auto-exploração; percebendo a relação terapêutica como promotora de seu desenvolvimento, havendo naturalmente uma mudança terapêutica, uma diminuição de sintomas e promoção de saúde (Moon, 2001, 2002).

O principal objetivo da Ludoterapia Centrada na Criança não é a solução de um problema específico, tampouco o foco em um problema ou estado patológico, mas busca auxiliar a criança em seu crescimento de maneira ampla. Esse crescimento será evidenciado através da maturidade alcançada por ela, que a fortalece para enfrentar as situações de sua vida diária. Desse modo, há uma confiança na capacidade de que esse crescimento da criança irá instrumentalizá-la pra resolver seus problemas de forma ativa (Doster, 1996).

Através dessa perspectiva de instrumentalização para o enfrentamento e não focada em algum problema específico, a Ludoterapia Centrada na Criança proposta por Axline (1947/1972), segue em direção aos objetivos de promoção da resiliência (Masten, 2001; Paludo & Koller, 2005; Yunes, 2003). A potencialização dos recursos que a criança possui eleva as possibilidades de enfrentamento individual das situações de risco com as quais estão expostas, caracterizando assim um fortalecimento interno. Entretanto, cabe salientar que a criança é trazida para terapia geralmente pelo desagrado de algum adulto, não demonstra o interesse de auto explorar-se (Dorfman, 1992). Por esse motivo, o terapeuta precisa conseguir desenvolver as atitudes propostas por Axline (1947/1972), para que a criança se lance à experiência.

## MÉTODO

### Participantes

Fizerem parte dessa pesquisa duas crianças do sexo masculino, Ronaldo e João Gabriel [nomes fictícios] respectivamente com 11 e 12 anos de idade. Repetiram no último ano o 5º ano escolar. São provenientes de famílias de baixa renda e moradores de uma região de alto risco social..

### Local de atendimento

As crianças receberam o atendimento em uma instituição pública estadual, ligada à Fundação Gaúcha do Trabalho e Ação Social (FGTAS). Esta instituição visa a prestar atendimento social com enfoque na inclusão social de crianças, adolescentes, idosos e famílias.

### Instrumentos de coleta de dados

Utilizou-se como instrumentos:

\* Entrevista semi-estruturada com o objetivo de investigar a configuração e aspectos sobre a dinâmica familiar e as condições de vida da criança com perguntas sobre aspectos positivos e negativos e dificuldades afetivas, comportamentais ou de relacionamento da criança na visão dos pais.

\* Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) versão brasileira do *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ), originalmente desenvolvido por Fleitlich, Cortazar e Goodman (2000). Composto por 25 ítems, divididos em cinco escalas: (Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e Comportamento Social) e um suplemento de impacto na versão para os pais

\* Inventário de Depressão Infantil (CDI) é uma adaptação para crianças do *Beck Depression Inventory* para adultos, desenvolvida por Kovacs (1992). É composto por 27 itens, cada um com três opções de resposta indicando concordância ou discordância, pontuadas de 0 a 2. No Brasil, o CDI foi adaptado por Hutz e Giacconi (2000), demonstrando características psicométricas adequadas (alfa de *Cronbach* = 0,85)

\* Entrevista Final com Pais/Cuidadores focalizada na percepção dos pais sobre o processo de terapia, particularmente na observação de mudanças comportamentais, afetivas ou de

relacionamento na criança após a terapia.

\* Entrevista Final com a Criança, com o objetivo de investigar a percepção da própria criança em relação à sua experiência da terapia.

## PROCEDIMENTOS

A instituição na qual foi realizada a pesquisa foi contatada para apresentação do projeto e solicitação de autorização para realização desta pesquisa. Foram acompanhadas as duas crianças em seus processos de evolução clínica no tratamento. A escolha das crianças foi dada de maneira aleatória, conforme ordem de encaminhamento da instituição.

A aplicação dos instrumentos empregados nessa pesquisa foi desenvolvida em dois momentos. O primeiro momento ocorreu antes do início dos atendimentos, coletando dados com a mãe das crianças, as quais foram entrevistadas e, após término da entrevista, solicitou-se o preenchimento do Questionário de Qualidades e Dificuldades (SDQ) dirigido a pais. Com a criança, os dados foram coletados através de um primeiro contato, no qual se buscou conhecer um pouco da percepção sobre si mesma, bem como sobre suas relações sociais e familiares. Posteriormente, foram realizadas as aplicações do Questionário de Qualidades e Dificuldades (SDQ) e do Inventário de Depressão Infantil (CDI) com todas as crianças, individualmente. Após a primeira coleta, as crianças foram encaminhadas para atendimento com sessões utilizando a Ludoterapia Centrada no Cliente ocorreram de forma individual, com disponibilidade de frequência semanal. Cada encontro teve a duração de 50 minutos e ocorreu em uma sala apropriada à atividade, contendo materiais lúdicos com os quais as crianças tinham possibilidade de manipular e interagir com ou sem o auxílio do terapeuta. Eles foram atendidos por uma estagiária de um instituto de psicologia humanista com enfoque na Abordagem Centrada na Pessoa de Porto Alegre/RS. O segundo momento de coleta ocorreu após aproximadamente três meses datado da primeira aplicação, onde foram retomadas as entrevistas com as mães, a reaplicação dos mesmo instrumentos (tanto com as mães como com as crianças) e uma entrevista final com as crianças.

## DESCRIÇÃO DOS CASOS

### O Caso de Ronaldo

Ronaldo é uma criança de 11 anos, filho único, cursa a 5ª Série do ensino fundamental em uma escola pública, mora com seu pai, que trabalha de separador em um mercado, e com sua mãe,

doméstica. Conforme relatos da mãe, Ronaldo é filho único e mora com os pais. A mãe refere que este menino tem passado por dificuldades na escola, motivo esse que o fez ser encaminhado para atendimento com uma pedagoga, a qual está acompanhando-o há aproximadamente um ano, é este também o motivo de seu encaminhamento para o serviço de psicologia. Esta criança foi acompanhada por um neurologista por muitos anos e fazia uso do medicamento Carbamazepina, o qual foi interrompido por decisão dos pais. Está na aula da Kumon (método de ensino individualizado, utilizado para estudos de Matemática, Português, Inglês ou Japonês, onde busca-se desenvolver a autonomia no aluno na aprendizagem) para melhorar sua aprendizagem.

### O Caso de João Gabriel

João Gabriel é um menino de 12 anos, sua mãe teve mais dois filhos. Uma menina, que faleceu ainda criança, na mesma época que a mãe descobriu estar grávida de João Gabriel. A menina era portadora de HIV, contraído através da mãe, a qual só ficou sabendo de seu quadro com o agravamento da situação da filha antes do falecimento. João Gabriel conseguiu ser negativado após tratamento recebido quando bebê. Atualmente tem um irmão de 8 meses que está em tratamento. Vive com a mãe, o padrasto e um irmão de 8 meses. A mãe vive com o padrasto desde que João Gabriel tinha 8 meses de idade. Apesar de saber quem é seu pai biológico, João Gabriel trata o padrasto como pai. A mãe preocupa-se com o comportamento do filho após ter comunicado a este o fato de ser soropositiva. Não se abre com a mãe e não costuma ter muitos amigos, pois muda constante de residência devido a problemas financeiros da família.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O Caso de Ronaldo

Com base nos dados expostos, a mãe de Ronaldo apresentou como queixa principal a falta de interesse de seu filho na aula e, as dificuldades de organização e sintomas físicos do mesmo em situações de estresse. Na entrevista final com a mãe, estes aspectos não apresentam modificações. O discurso segue os mesmos padrões do apresentado na primeira entrevista. Entretanto, os resultados dos instrumentos aplicados, bem como o discurso do cliente acerca de seu processo, denotam mudanças positivas. A partir da ludoterapia, houveram reduções nos sintomas negativos, bem como o aprimoramento dos aspectos pró-sociais

No total de dificuldades do SDQ (Fleitlich, Cortazar & Goodman, 2000), a criança mostra

que tem uma percepção sobre si mesma mais positiva que sua mãe. Esses dados fazem um contraponto com os dados revelados pela mãe, que apresentaram elevação mínima na pontuação geral de dificuldades. Verificando-se as especificidades do SDQ respondido pela mãe, percebe-se uma melhora no quadro de sintomas emocionais, bem como de comportamento pró-social da criança, entretanto, há o surgimento de pontuação envolvendo problemas de relacionamento com os colegas e a elevação no escore de problemas de conduta. As especificidades, vistas através da perspectiva de Ronaldo, mostram uma redução em todos os índices de dificuldades, bem como a elevação nos comportamentos pró-sociais. Ronaldo percebe-se menos irritadiço, e uma maior concentração na escola, estando também menos suscetível às provocações dos colegas. A mãe aponta um decréscimo no rendimento, enquanto Ronaldo afirma ter conseguido tirar notas altas na escola, bem como a sensação de sentir-se melhor concentrado nas atividades escolares os dados obtidos no CDI (Kovacs, 1992) mantém a coerência em seu discurso, apresentando uma queda de 4 pontos para a extinção de qualquer ponto referente aos aspectos da escala de desempenho.

A mãe faz referência na entrevista, que Ronaldo consegue realizar as atividades de aprendizagem extra-classe. Afirma que o retorno recebido sobre o filho, dado pela psicopedagoga e pela professora de Kumon, mostram um progresso nas áreas de aprendizagem dentro do período de ludoterapia. Na entrevista, Ronaldo aponta dificuldades no diálogo com a mãe, afirmando que esta não deposita confiança nele. Sente que precisa provar que não está mentindo. Há falta de confiança da mãe percebida pela criança. Tais atitudes de desconfiança podem gerar um sentimento de rejeição por parte da criança, dificultando em seu desenvolvimento tanto afetivo quanto intelectual (Rogers, 2001)

Baseado nos escores tanto do SDQ quanto do CDI, aplicados em Ronaldo, pode-se perceber com clareza um movimento terapêutico, mostrando-se reduzidos os escores relacionados a problemas (Emocionais, de Conduta, Hiperatividade e de Relacionamento com colegas), na redução da pontuação no fator de relação com o outro no CDI e a elevação ao nível máximo de conduta Pró-social no SDQ. A redução de 10 para 3 pontos no CDI também aponta para uma mudança em relação a uma melhora nos indicadores gerais de depressão. Os resultados servem de apontamento para a direção que está sendo tomada durante o processo de ludoterapia na percepção de Ronaldo, cabendo salientar que a ludoterapia busca auxiliar a criança em seu crescimento de maneira ampla (Doster, 1996), possibilitando, a relação terapêutica, ser compreendida como um fator de proteção, possibilitando a resiliência individual (Garmezy e Masten, 1994).

O Caso de João Gabriel

Através das entrevistas com a mãe, percebe-se que João Gabriel está exposto a uma série de fatores considerados de risco. Dentre eles podemos citar o quadro de HIV positivo da mãe, a qual preocupa-se muito com a reação do filho diante do recebimento recente de tal informação. A condição de pobreza também pode ser um fator de risco, pois a mãe expôs sua dificuldade de sustentar a casa, apontando que quase não possui dinheiro para comprar o leite e o desemprego do atual companheiro. As constantes mudanças de residência, percebidas como um ato que dificulta o desenvolvimento de uma rede de apoio externa, podem ser percebidas também como fatores de risco. O comparecimento a somente duas sessões no intervalo entre as duas aplicações pode ser percebido também como uma dificuldade de acesso a rede de apoio (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004; Paludo & Koller, 2005)

Percebe-se nos escores do SDQ (Fleitlich, Cortazar & Goodman, 2000), preenchidos por João Gabriel, uma leve redução na pontuação total de dificuldades, a qual foi suficiente para sair da linha de pontuação limítrofe para a normal. Além da redução no total de dificuldades, obtiveram redução também as escalas de sintomas emocionais, hiperatividade e de relacionamento com colegas, sendo que, tanto os sintomas emocionais quanto a escala de relacionamento com os colegas, também saíram de uma linha limítrofe para a normal. Diferente do que evidenciou-se na escala de conduta, a qual saiu da pontuação normal para a anormal, corroborando com o relato trazido pela mãe na segunda entrevista. A mãe afirma que há reclamações na escola acerca do comportamento agressivo de João Gabriel com os colegas. Na escala de comportamento pró-social, entretanto, houve uma elevação de dois pontos, mantendo-se na linha normal.

Os escores do SDQ preenchidos pela mãe de João Gabriel apresentaram elevações em quase todos os aspectos, com exceção da escala de sintomas emocionais, que reduziu um ponto. Na segunda aplicação do SDQ, todas as pontuações referentes a dificuldades entraram na área de interpretação anormal. Esses dados foram corroborados pela percepção de cronicidade e peso para os outros, encontradas no suplemento de impacto. As informações contidas no SDQ contrastam com o discurso da mãe, a qual informa que tem percebido que o filho mudou bastante, informando, inclusive, que ele está mais aberto e comunicativo, compartilhando com a mãe o que ocorre no SEU cotidiano. Observou nos escores do CDI que João Gabriel situava-se, na primeira aplicação, dentro de uma faixa considerada clinicamente significativa para o instrumento. Entretanto, já não se encontrava nesse grupo na segunda aplicação.

Referente à escola, os discursos acerca do desempenho de João Gabriel são contraditórios. A mãe relata que houve elevação nas notas do filho, com exceção de duas disciplinas. Entretanto, João Gabriel relata que está com medo de repetir de ano outra vez, apoiando-se na idéia de não ter boas notas até então. Isso parece refletir no fator de desempenho do CDI que não apresentou alterações

durante esse período.

As diferenças percebidas entre os dois momentos de aplicação dos instrumentos se apresentam de maneira menos expressiva para João Gabriel do que para Ronaldo, apresentando elevação em alguns escores e redução em outros. A percepção de alguma mudança, aparentemente, ainda não está muito nítida para João Gabriel e sua mãe, pois apesar dos relatos apontarem para um lado de mudanças positivas, os escores dos instrumentos não demarcam de maneira específica esse movimento. Doster (1996) aborda que o crescimento se dará no processo de maturidade alcançado pela criança para apreender o espaço terapêutico, para assim utilizar-se dele como forma de crescimento. Possivelmente, houve dificuldade de João Gabriel perceber a apreensão do espaço terapêutico em apenas duas sessões, havendo a necessidade de um maior número de encontros para evidenciar maiores alterações.

## REFERÊNCIAS

Anthony, E. & Cohler, B.(1987). (Eds). *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.

Axline, V. (1947/1972). *Ludoterapia*. Belo Horizonte: Interlivros.

Bianchini, D. & Dell'Aglio, D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*. 16, 427-436.

Costa, M.; Dias, C. (2005). A prática de psicoterapia infantil na visão de terapeutas nas seguintes abordagens: psicodrama, Gestalt terapia e centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22, 43-51.

Dorfman, E. (1992). Ludoterapia. Em: Rogers, C. *Terapia Centrada na Cliente*. São Paulo: Martins Fontes, 268-317

Doster, F (1996). An inquiry into Child-Centered Therapy. *The person centered journal*, 3, 72- 77.

Engle, P. L., Castle, S. & Menon, P. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science Medicine*, 43(5), 621-635.

Fleitlich, B.W., Cortazar, P.G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência*, 8, 44-50.

Freire, E.; Koller, S.; Piason, A.; Gonçalves, G.; Freund, B.; Machado, W.; Ávila, R; Ache, L.; Diedrich, F. & Furtado, M. (2008). *Resilience and the self-righting power of development: Observations of impoverished Brazilian children in person-centered play therapy*. Em: Brian, E. & Levitt, (org). *Reflections on human potential: Bridging the person-centered approach and*

positive psychology. Ross-on-Wye: PCCS Books, 187-194.

- Garnezy, N., & Masten, A. (1994). *Chronic adversities*. In: M. Rutter, E. Taylor & L. Herson (Orgs.) *Child and adolescence psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publication. 191-207
- Hutz, C. S. & Giacomoni, C. H. (2000). *Adaptação brasileira do inventário de depressão infantil (CDI)*. Manuscrito não publicado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Junqueira, M. F. P. & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-335.
- Koller, S., & Lisboa, C. (2007). *Brazilian approaches to understanding and building resilience in at-risk populations*. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16, 341-356.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Materna, H., & Verden-Zöller, G. (2006). *Amar e Brincar: Fundamentos esquecidos do humano*. São Paulo: Palas Atenas.
- Moon, K. A. (2001). Nondirective Client-Centered Therapy with Children. In: *The Person-Centered Journal*, 8, 43-52.
- Moon, K. A. (2002). A Dearth of Studs for Davey: A Therapist's Thoughts During a Child Therapy Session. In: *The Person-Centered Journal*, 9, 113-139.
- Oliveira, M.; Reis, V.; Zanelato, L. & Neme, C. (2008). Resiliência: análise de publicações no período de 2000 a 2006. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28, 754-767.
- Paludo, S. S., & Koller, S. (2005) Resiliência na rua: Um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 21, 187-195.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 241-250.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em estudo (Maringá)*: 9, 67-75
- Rogers, C. R. (1951/1992). *Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R. (1942/1997). *Psicoterapia e Consulta Psicológica*. São Paulo: Martins Fontes
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rye, N (2008). Understanding therapies: Play therapy as a mental health intervention for children and adolescents. *Journal of Family Health Care*, 18, 17-9.

- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10, 209-216.
- Silva, M.; Elsen, I. & Lacharité, C. (2003). Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*. 13, 147-156.
- Souza, M. & Cerveny, C. (2006). Resiliência Psicológica: Revisão de literatura e análise da produção científica. *Revista interamericana de psicologia*, 40, 119-126.
- Taboada, N.; Legal, E. & Machado, N. (2006) Resiliência: em busca de um conceito. *Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.* 16, 104-113.
- Wathier, J.; Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (2008). Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação psicológica*, 7, 75-84.
- Yunes, M. A (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. In.: *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84
- Yunes, M. A. M, Garcia, N. M., & Albuquerque, B. M. (2007) Monoparentalidade, pobreza e resiliência: Entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicologia Reflexão Crítica*, 20, 444-453.

## ANEXOS

## ANEXO A

## ROTEIRO PARA ENTREVISTA INICIAL COM CUIDADOR RESPONSÁVEL

Manter um diálogo informal com o entrevistado procurando obter as seguintes informações

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

### I. SOBRE A CRIANÇA

Identificação: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Aniversário: \_\_/\_\_/\_\_

Série/ciclo: \_\_\_\_\_

Quem é o cuidador principal/responsável: \_\_\_\_\_

### II. DADOS SOBRE A FAMÍLIA

NOME	PARENTESCO	MORA JUNTO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/TRABALHO

Constituição da Família: (estrutura familiar, doenças, ausências, com quem tem contato, etc.)

---

---

---

---

### III. ROTEIRO DE PERGUNTAS:

- O que a criança faz durante os dias da semana? Atividades preferidas.
- O que a criança faz nos finais de semana? Com quem? Onde?
- Como a criança vai para escola?
- A criança traz temas da escola? Como faz estas tarefas? Em que horário? Pede ajuda?
- Como está indo a criança na escola (repetência, abandono, expulsão)?
- Quando se machuca ou fica doente quem cuida dessa criança?
- Como é a sua criança? Como você a descreveria? (Explore bem esta pergunta)
- Aspectos positivos: O que ela tem de bom?
- Aspectos negativos: O que ela tem de ruim?
- Como ela se relaciona com os outros? Tem amigos?
- Quando ela se comporta bem, vai bem na escola, é afetuoso, o que você faz?
- Quando ela é contrariada, não se comporta bem, vai mal na escola, o que você faz?
- A criança já passou por algum tipo de acompanhamento (psicológico, médico, medicamentoso)? De que tipo? Quando? Atualmente faz uso de alguma medicação?
- Mais algum comentário que você queria fazer a respeito da criança?

## ANEXO B

## CDI

Por favor, responda os itens assinalando com um "X" a opção que você julga ser a mais apropriada.

Veja o seguinte exemplo:

- Eu sempre vou ao cinema
- Eu vou ao cinema de vez em quando
- Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se é muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa.

**Marque só uma alternativa em cada questão.** Nenhuma resposta é certa ou errada. Depende de como você se sente. Para responder, considere como você tem se sentido nas últimas duas semanas. Lembre-se que as respostas são confidenciais.

**Seja sincero(a) em suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco.**

- 01-  Eu fico triste de vez em quando  
 Eu fico triste muitas vezes  
 Eu estou sempre triste
- 02-  Para mim, tudo se resolverá bem  
 Eu não tenho certeza de que as coisas darão certo para mim  
 Nada vai dar certo para mim.
- 03-  Eu faço bem a maioria das coisas  
 Eu faço errado a maioria das coisas  
 Eu faço tudo errado
- 04-  Eu me divirto com muitas coisas  
 Eu me divirto com algumas coisas  
 Nada é divertido para mim
- 05-  Eu sou mau (má) de vez em quando  
 Eu sou mau (má) com frequência  
 Eu sou sempre mau (má)
- 06-  De vez em quando, eu penso que coisas ruins irão me acontecer  
 Eu temo que coisas ruins me aconteçam  
 Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão
- 07-  Eu gosto de mim mesmo  
 Eu não gosto muito de mim mesmo  
 Eu me odeio
- 08-  Poucas vezes, eu me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem  
 Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa  
 Tudo de mau que acontece é por minha culpa
- 09-  Eu não penso em me matar  
 Eu penso em me matar  
 Eu quero me matar
- 10-  Eu sinto vontade de chorar de vez em quando  
 Eu sinto vontade de chorar frequentemente  
 eu sinto vontade de chorar diariamente

- 11-  Eu me sinto preocupado de vez em quando  
 Eu me sinto preocupado freqüentemente  
 Eu me sinto sempre preocupado
- 12-  Eu gosto de estar com as pessoas  
 Freqüentemente, eu não gosto de estar com as pessoas  
 Em muitas ocasiões, eu não gosto de estar com as pessoas
- 13-  Eu tomo decisões facilmente  
 É difícil para mim tomar decisões  
 Eu não consigo tomar decisões
- 14-  Eu tenho boa aparência  
 Minha aparência tem alguns aspectos negativos  
 Eu sou feio (feia)
- 15-  Fazer os deveres de casa não é grande problema para mim  
 Com freqüência, eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa  
 Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
- 16-  Eu durmo bem à noite  
 Eu tenho dificuldades para dormir algumas noites  
 Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
- 17-  Eu me canso de vez em quando  
 Eu me canso freqüentemente  
 Eu estou sempre cansado
- 18-  Eu como bem  
 Alguns dias eu não tenho vontade de comer  
 Quase sempre eu não tenho vontade de comer
- 19-  Eu não temo sentir dor, nem adoecer  
 Eu temo sentir dor e ficar doente  
 Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente
- 20-  Eu não me sinto sozinho(a)  
 Eu me sinto sozinho(a) muitas vezes  
 Eu sempre me sinto sozinho(a)
- 21-  Eu me divirto na escola freqüentemente  
 Eu me divirto na escola de vez em quando  
 Eu nunca me divirto na escola
- 22-  Eu tenho muitos amigos  
 Eu tenho alguns amigos, mas gostaria de ter mais  
 Eu não tenho amigos
- 23-  Meus trabalhos escolares são bons  
 Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes  
 Eu tenho me saído mal em matérias que costumava ser bom (boa)
- 24-  Em geral, sou tão bom quanto outros adolescentes  
 Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outros adolescentes  
 Não posso ser tão bom quanto outros adolescentes

- 25-  Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém  
 Eu não tenho certeza se alguém me ama  
 Ninguém gosta de mim realmente
- 26-  Eu sempre faço o que me mandam  
 Eu não faço o que me mandam com frequência  
 Eu nunca faço o que mandam
- 27-  Eu não me envolvo em brigas  
 Eu me envolvo em brigas com frequência  
 Eu estou sempre me envolvendo em brigas

## ANEXO C

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA FINAL DA LUDOTERAPIA  
COM CUIDADOR RESPONSÁVEL**

- Você percebeu alguma mudança em [nome da criança] nos últimos meses? Alguma mudança nas atitudes? No comportamento?
- [nome da criança] possui amigos? Como se relaciona com eles (as)?
- Quando [nome da criança] precisa de ajuda o que ele(a) faz?
- *Para cuidador apenas:* Você disse na primeira entrevista que [nome da criança] apresentava [citar problemas relatados na entrevista]. Como você percebe hoje esses problemas?
- Você teria algum comentário a fazer em relação à terapia de [nome da criança]?

## ANEXO D

## **ROTEIRO PARA A ENTREVISTA FINAL COM A CRIANÇA**

- Você tem amigos? Como é a sua relação com eles?
- O que você acha de seus pais?
- O que você acha da escola? Como você está indo na escola? (repetência, abandono, expulsão)
- O que você faz quando encontra um problema?
- Quem cuida de você quando está doente ou se machuca?
- O que você achou de fazer terapia? Como foi pra você esta experiência de fazer terapia?
- Você acha que a terapia te ajudou com os teus problemas em casa ou na escola?

## ANEXO E

## Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Instruções: Por favor, marque para cada item um dos três quadrados: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. Ajudaria-nos se você respondesse a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou que a pergunta pareça-lhe estranha. Dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos últimos seis meses.

Nome .....

Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

	Mais ou menos		
	Falso	verdadeiro	Verdadeiro
Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, os outros jovens gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perco a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou legal com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu penso antes de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome completo (em letra de forma) .....

Data de hoje .....

**Muito obrigado pela sua ajuda**

## Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Par)

Pa 4-16

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da Criança .....

Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

	Mais ou menos		
	Falso	verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É solitário, prefere brincar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, é querido por outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perde a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É gentil com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente engana ou mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de fazê-las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

**Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado**

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

• Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMIZADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZADO ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome completo (em letra de forma) ..... Data .....

Mãe/pai/outro (especifique):

**Muito obrigado pela sua colaboração**

## ANEXO F

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Pais/Cuidadores**

**Pesquisa:** *Ludoterapia com criança em situação de risco: Estudo de Caso.*

A pesquisa é realizada pelo psicólogo e mestrando da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) Régis Maliszewski da Silva, sob supervisão da Dra. Carolina Macedo Lisboa como parceria entre UNISINOS e Delphos Instituto de Psicologia Humanista.

### **1. Natureza da pesquisa**

Esta pesquisa tem como objetivo verificar os resultados de um método de atendimento psicológico para crianças conhecido como ‘ludoterapia centrada na criança’.

### **2. Participantes da pesquisa**

Participarão da pesquisa duas crianças que freqüentam o Vida Centro Humanístico e que os coordenadores pedagógicos consideram que poderão se beneficiar dos atendimentos de ludoterapia. Também participarão da pesquisa, na condição de ‘informantes’, um dos cuidadores responsáveis pela criança e o professor que possui maior contato diário com ela na instituição.

### **3. Envolvimento na pesquisa**

- *Envolvimento das crianças:*

As crianças participantes da pesquisa receberão atendimento psicológico de ludoterapia centrada na criança em sessões semanais de 50 minutos de duração, que serão realizadas na própria instituição. A criança participante iniciará atendimento entre novembro e dezembro de 2009.

Será solicitado às crianças participantes que responda a alguns questionários de avaliação psicológica, em dois momentos. O primeiro momento será em novembro ou dezembro de 2008 . Será solicitado à criança que responda aos questionários novamente assim que completarem seis meses de atendimentos. Na ocasião do encerramento dos atendimentos, o pesquisador conversará com as crianças a respeito da sua experiência de ludoterapia, para saber se as crianças perceberam esta experiência como positiva e por quê.

As crianças tem a liberdade para recusarem a participação e podem se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para elas.

- *Envolvimento dos pais ou responsáveis:*

Serão realizadas duas entrevistas com um dos responsáveis pelas crianças a respeito do comportamento e da personalidade das crianças. A primeira entrevista será realizada antes do início dos atendimentos, a segunda logo após completado os seis meses de atendimentos. Nestas entrevistas, também será solicitado ao cuidador responsável que responda a um breve questionário sobre o comportamento da criança.

Você tem a liberdade de se recusar a participar desta pesquisa e pode se recusar a continuar

participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa, entrando em contato com Régis Maliszewski da Silva através do telefone (51) 9267.3472.

#### **4. Riscos**

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa seguem as normas estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8.069, de 13/07/1990) e não oferecem risco à integridade física, psíquica e moral das crianças. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa também obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade dos participantes.

#### **5. Confidencialidade**

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados. Garantimos o sigilo acerca da identificação do participante. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis. Dados individuais dos participantes coletados no processo de pesquisa não serão informados às instituições envolvidas.

#### **6. Benefícios**

Ao participar desta pesquisa, as crianças serão beneficiadas pelo atendimento psicológico de um profissional qualificado. Além disso, este estudo poderá gerar informações importantes sobre a eficácia dos atendimentos em ludoterapia que são realizados nesta instituição. No futuro, essas informações poderão ser usadas em benefício de outras crianças. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que você e seu filho ou filha (ou criança sob sua responsabilidade legal) participem desta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

#### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar e concordo que \_\_\_\_\_ participe da pesquisa *Ludoterapia não-diretiva com crianças em situação de risco e resiliência: Estudo de Casos*, desenvolvida pelo psicólogo Régis Maliszewski da Silva.

---

Nome do cuidador/responsável legal da criança

---

Assinatura do cuidador/responsável

---

Local e Data

---

Régis Maliszewski da Silva