

ADOLESCÊNCIA, PSICOTERAPIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO

Adriano Pereira Jardim

Dissertação
apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
sob orientação do Prof. Dr. William Barbosa Gomes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Fevereiro de 2003.

Sumário

Sumário de Tabelas e Figura.....	04
Resumo.....	05
Abstract.....	06
1. Introdução.....	07
1.1 Tratamentos psicológicos diferenciados para crianças e adolescentes.....	09
1.2 Tratamentos psicológicos e aspectos transicionais da adolescência.....	10
1.3 Tratamentos psicológicos e a falta de interface com a psicologia do desenvolvimento.....	13
1.4 Aspectos instrumentais para a interação entre pesquisa desenvolvimental e clínica de adolescentes.....	17
1.5 Proposta de Pesquisa.....	25
2. Método.....	28
2.1 Participantes.....	28
2.2 Instrumento e procedimentos.....	28
2.3 Análise dos Dados.....	31
3. Resultados.....	32
3.1 Prática psicoterapêutica.....	32
3.1.1 Escolha por atendimento a adolescentes.....	32
3.1.2 Características do atendimento a adolescentes.....	33
3.1.3 Recursos técnicos e o processo.....	34
3.1.4 Demanda.....	37
3.1.5 Adesão ao tratamento.....	38
3.1.6 Freqüência e duração do tratamento.....	40
3.1.7 Dificuldades no atendimento a adolescentes.....	41
3.1.8 Avaliação de resultados.....	43
3.1.9 Participação da família no processo psicoterapêutico.....	45
3.2 Adolescência.....	46
3.2.1 Fases da adolescência.....	46
3.2.2 Normalidade.....	47
3.2.3 Potencial de saúde.....	48
3.3 Formação.....	49
3.3.1 Cursos de formação clínica.....	49
3.3.2 Cursos de graduação.....	52

3.4 Pesquisa e clínica.....	53
3.4.1 “Como assim?”.....	53
3.4.2 Repercussões para a prática.....	54
4. Discussão.....	56
4.1 Análise redutiva e interpretativa.....	56
4.1.1 Ênfase na prática, em detrimento da teoria.....	57
4.1.2 Semelhança nos procedimentos das diferentes linhas.....	58
4.1.3 Dificuldades para avaliar resultados.....	58
4.1.4 Desconhecimento da pesquisa em desenvolvimento psicológico.....	59
4.1.5 Psicoterapia – ciência, arte, religião ou cultura?.....	60
4.2 Conclusão.....	63
Referências Bibliográficas.....	66
Anexo A Termo de consentimento informado.....	71
Anexo B Exemplo ilustrativo de tematização de uma entrevista.....	72

Sumário de Tabelas e Figura

Figura 1 Modelo de relações estruturais e transicionais no desenvolvimento e ajustamento do adolescente.....	17
Tabela 1 Descrição dos participantes.....	29
Tabela 2 Roteiro da entrevista.....	30

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre a área de pesquisa em psicologia do desenvolvimento aplicada à adolescência e o campo de atendimento psicoterapêutico com adolescentes. Realizou-se, para essa investigação: uma revisão da literatura que ressalta a importância da consideração de fatores do desenvolvimento para a prática clínica; e entrevistas com 15 psicoterapeutas (psicólogos e psiquiatras), de diferentes abordagens que descrevem a prática corrente. As entrevistas foram analisadas em três etapas sucessivas: descrição qualitativa (tematização), análise indutiva (identificação de temas críticos) e análise crítica (confronto dos temas críticos com a literatura). Os resultados indicaram que os clínicos não utilizam dados de pesquisa na sua prática, e que a atualização de conhecimentos sobre a adolescência ocorre de forma desordenada, no contato direto com os pacientes. Como consequência, esses terapeutas demonstram dificuldades para avaliar resultados das intervenções. Essas dificuldades caracterizam o campo psicoterapêutico em um momento de transição, no qual os profissionais tendem a afastar-se das teorias e privilegiar a prática.

Abstract

The aim of this study was to inquire the interaction of developmental psychology research on adolescence and the professional field of adolescent psychotherapy. This inquiry included a literary review, which indicated the importance of considering developmental issues in clinical practice, and 15 psychotherapists' interviews (psychologists and psychiatrists), representing different approaches, about their psychotherapy processes. The analysis was made in three consecutive stages: qualitative description (theme process), inductive analysis (critical themes identification), and critical analysis (comparing critical themes with the literature). The results indicated that therapists have not been using research data in their practices, and that their knowledge about adolescence is updated confusedly, from the direct contact with the patients. Thus, clinicians experience difficulties in evaluating their interventions' outcomes. Those difficulties portray a psychotherapeutic field in transition, where professionals tend to move away from clear-cut theoretical affiliations towards privileging practical experience.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A discussão de critérios para avaliação de efetividade psicoterapêutica tem ressaltado a importância de se considerar fatores de desenvolvimento humano em tratamentos psicológicos. Neste sentido, a adolescência mostra-se como uma fase de vida que apresenta peculiaridades e desafios importantes ao psicoterapeuta. É uma passagem na qual mudanças decorrentes da maturação natural do jovem e das intervenções terapêuticas podem ser confundidas. Na base da discussão sobre efetividade psicoterapêutica está a pergunta: qual a relação entre prática psicoterapêutica e pesquisa em desenvolvimento psicológico? O presente estudo examina e compara as interfaces entre pesquisa e tratamento psicológico: 1) no contexto da literatura, em particular de estudos sobre efetividade psicoterapêutica, e 2) na percepção de um grupo seletivo de psicoterapeutas, não vinculados à academia e afiliados a diferentes orientações teóricas.

A pesquisa sobre resultados terapêuticos tem se desenvolvido através de um diálogo entre métodos de eficácia e métodos de efetividade. Os estudos de eficácia (*efficacy*) caracterizam-se por utilizarem grupos de controle, número fixo de sessões, técnicas determinadas por manuais e seleção de sujeitos com problemas psicológicos muito bem definidos e minuciosamente diagnosticados. Por terapia por manual (Beutler, no prelo), entende-se um conjunto de procedimentos empiricamente pesquisados como eficazes no tratamento de problemas psicológicos específicos (os tratamentos manualizados também são denominados tratamentos empiricamente embasados [*empirically supported treatments*]). As pesquisas de efetividade (*effectiveness*), por sua vez, são “estudos retrospectivos que abordam as pessoas no mundo real, onde não existem controles previamente determinados” (Gauer, Souza, Molin & Gomes, 1997, p. 29). Por conseguinte, os métodos de efetividade têm se mostrado mais capazes de pesquisar os efeitos das psicoterapias, como elas ocorrem no seu campo de aplicação (Seligman, 1995).

Kazdin e colaboradores (Kazdin, 1991; Weisz, Weiss & Donenberg, 1992) criticaram estudos sobre efetividade terapêutica que utilizam critérios de avaliação sem discriminar a fase do desenvolvimento (infância, adolescência ou adultez). Os autores entendem que as fases de desenvolvimento psicológico devem ser consideradas na intervenção e na avaliação da efetividade psicoterapêutica. Para eles, pesquisadores e psicoterapeutas devem estar atentos às disfunções associadas a fatores parentais, familiares e contextuais.

Kazdin (Kazdin, 1971; Kazdin & Terence, 1978; Kazdin, 1987) foi um dos primeiros a descrever o distanciamento entre a experiência clínica e os achados das pesquisas em psicologia da adolescência, ao realizar estudos de efetividade em psicoterapia. Inicialmente, o pesquisador utilizou métodos experimentais, controlando variáveis intervenientes, tais como ambigüidade dos diagnósticos, fatores do ambiente, efeito placebo e condições do tratamento. A seguir o autor (Kazdin & Boss, 1989) voltou-se para avaliação de tratamentos alternativos, segundo ele, mais representativos do campo psicoterapêutico. Os tratamentos considerados alternativos eram psicoterapias que não se orientavam por manuais, não possuíam número limitado de sessões nem estavam sujeitos a um rígido controle experimental de variáveis intervenientes. Os resultados obtidos apontaram para as implicações dos fatores desenvolvimentais nos efeitos do atendimento a crianças e adolescentes.

Os estudos de Kazdin tiveram o mérito de indicar a pertinência da relação entre desenvolvimento humano e clínica psicológica, e de incentivar esta linha de investigação. Esses trabalhos foram depois revisados por Zahn-Waxler (1996) que destacou a importância dos fatores contextuais (a influência da família, das relações com os pares e a adaptação ao ambiente), biológicos (diferenças entre gêneros, mudanças na puberdade e diferenças de temperamento) e culturais (como as culturas lidam com as mudanças da adolescência) no desenvolvimento saudável da adolescência. As relações foram enfatizadas nos trabalhos de Holmbeck e colaboradores (Holmbeck, 1994, 1997; Holmbeck, Colder, Shapera, Westhoven, Kenealy & Updegrove, 2000; Holmbeck & Hill, 1988, 1991; Holmbeck & Kendall, 1991; Holmbeck, Paikoff & Brooks-Gunn, 1995; Holmbeck & Shapera, 1999). Os autores estavam interessados em mostrar como a pesquisa em desenvolvimento psicológico pode instrumentalizar o trabalho clínico com crianças e com adolescentes.

As posições e implicações das três linhas de pesquisa sobre as relações entre pesquisa em desenvolvimento psicológico e prática clínica com adolescentes serão analisadas a seguir. A introdução está dividida em cinco partes: 1) tratamentos psicológicos diferenciados para crianças e adolescentes; 2) tratamentos psicológicos e aspectos transicionais da adolescência; 3) tratamentos psicológicos e a falta de interface com a psicologia do desenvolvimento; 4) tratamentos psicológicos integrados com pesquisa desenvolvimental; e 5) proposta de Pesquisa.

1.1 Tratamentos psicológicos diferenciados para crianças e adolescentes

Na definição de Kazdin (1991), psicoterapia é uma intervenção desenvolvida para promover um funcionamento adaptativo pró-social e para lidar com o sofrimento decorrente dos transtornos de humor, das desordens de ajustamento, das obsessões-compulsivas, do *stress* pós-traumático e do abuso de substâncias. Kazdin (1991) sustentou sua posição em estatísticas de órgãos governamentais norte-americanos (Institute of medicine, 1989; U.S. Congress, 1986), segundo as quais, entre 12% e 17% de jovens nos Estados Unidos sofrem de desordens emocionais e comportamentais. Tais dados foram usados para ressaltar a importância dos problemas ocorridos na adolescência como possíveis desordens da idade adulta. Para o autor, a continuidade desta disfunção até a adulez vai implicar a utilização de intervenções psicológicas para prevenir ou atenuar os prejuízos que poderão surgir mais tarde. Estas intervenções deverão incluir fontes interpessoais de influência, como aprendizagem, persuasão, aconselhamento e discussões, todas integradas em um plano de tratamento específico. O ponto de partida (Kazdin, 1991) é saber como os jovens sentem, pensam e agem. As crianças e adolescentes estão passando por rápidas mudanças, sendo esperado que problemas de comportamento cresçam e diminuam em diferentes idades. Neste contexto, o estudo de Kazdin (1997) indicou que a avaliação do tratamento requer um claro entendimento da base de classificações de problemas emocionais e comportamentais além do seu curso durante diferentes idades e períodos desenvolvimentais.

Na avaliação de um tratamento, continua Kazdin (1997), mudanças decorrentes da maturação natural do jovem podem ser confundidas com mudanças assistidas por intervenção psicológica. No entanto, as variações em padrões emocionais e comportamentais inerentes ao desenvolvimento não são obstáculos à pesquisa dos tratamentos. O impacto do desenvolvimento na disfunção clínica e a interpretação desta informação no tratamento podem ter importantes implicações para conclusões sobre a efetividade do tratamento. Por exemplo, os tratamentos orientados para a cognição podem ser dirigidos para crianças, com base no nível de desenvolvimento cognitivo e nos processos de pensamento. Em contraste, o treinamento de pais poderia enfatizar as diferenças das relações entre pais e filhos nas diferentes idades dos jovens. A integração de tais considerações requer pesquisa básica em desenvolvimento. Utilizando estes argumentos, Kazdin (1991) concluiu que

Os aspectos discutidos aqui ilustram além da exaustão as mudanças da psicopatologia desenvolvimental. Os desafios representam áreas críticas de pesquisa em seu próprio campo, dos quais o desenvolvimento de tratamentos

efetivos dependerá. Assim, a elaboração do desenvolvimento e a organização dos afetos, cognição e comportamento em crianças, além da constelação de comportamentos que contribuem para a disfunção e as múltiplas e específicas influências dos pais e do funcionamento familiar servem como base para avanços no tratamento. (p. 792)

1.2 Tratamentos psicológicos e aspectos transicionais da adolescência

Zahn-Waxler (1996) enfatizou a transição como uma característica importante da adolescência. A autora concentrou seu interesse nas instabilidades das transições e de suas associações aos contextos sociais, biológicos e culturais. As múltiplas combinações destes contextos estão associadas a fatores de risco e de proteção e, por conseguinte, às adaptações bem sucedidas ou mal-sucedidas. Os fatores de risco e de proteção referem-se à ausência ou presença de recursos pessoais (estratégias de enfrentamento) e sociais (apoio familiar) de que o adolescente dispõe para vivenciar as transições desta fase. O termo adaptação é usado no seu sentido funcional, ecológico e bioético, referindo-se à preservação da integridade corporal e psicológica, das relações interpessoais, e do meio-ambiente. A autora assumiu uma posição etológica, enfatizando a importância das relações entre o adolescente e os diversos contextos que constituem seus espaços de vida, e da história destas relações.

Para a autora, as formas de enfrentamento das transições da adolescência resultam em um funcionamento adulto adaptado ou desadaptado. Um funcionamento bem sucedido na adultez é marcado pela internalização de normas sociais, pela independência econômica, pela formação de unidades familiares e pela aceitação da responsabilidade individual e social. As transições para estas regras adultas provêm de posições prévias de dependência e de confiança nos outros. A qualidade do funcionamento do adulto está associada à história transicional do jovem.

Em seu estudo, a pesquisadora criticou o campo da pesquisa desenvolvimental com adolescentes. O campo, disse ela, tem sido dominado pela primazia da teoria da aprendizagem e por concepções que privilegiam influências do ambiente como modelador do comportamento. Estes pontos de vista restritivos refletem, em parte, as reações contrárias a concepções igualmente importantes, como a biológica e a genética. A ciência desenvolvimental tem progredido na elaboração de alternativas para estas visões simplistas, nas quais competem dicotomias como a usual polaridade entre biologia e ambiente. Entre estas alternativas, Zahn-Waxler (1996) citou avanços conceituais como o estudo de Bell (1968) que avaliou o papel da criança na alteração dos estilos parentais, na

educação e nas práticas disciplinares; e estudos que utilizaram modelos multifacetados e transicionais do desenvolvimento para observar os processos envolvidos na interação da criança e do adolescente com o seu ambiente, por exemplo Bronfenbrenner (1977) e Sameroff e Chandler (1975)

Para Zahn-Waxler (1996), o desenvolvimento humano consiste em uma série de reestruturações de comportamentos frente a novas interações sociais que se modificam conforme os novos estágios de vida. Esta abordagem tem avançado através de modelos de pesquisa que incorporam múltiplos processos biológicos e ambientais, criados para explicar mudanças desenvolvimentais e diferenças entre indivíduos. Neste sentido, fatores como as diversidades étnicas, culturais e demográficas têm sido representadas com amostras de populações negras, hispânicas, asiáticas, e brancas, e os estudos têm indicado diferenças de padrões de comportamento para a adolescência, de acordo com as diferenças contextuais. A diversidade, prosseguiu a autora, é básica para a validação e precisão de generalizações sobre o desenvolvimento humano, pois incorpora diferentes resultados adaptativos conforme a etnicidade, a cultura, o sexo (gênero) e o ambiente dos adolescentes. Consideradas estas variações, pode-se, então, estabelecer diferenças entre resultados desenvolvimentais adaptativos e desadaptativos. Entre os comportamentos desadaptativos analisados pelas pesquisas revisadas estão as respostas anti-sociais, os sintomas depressivos, os abusos de substâncias, os baixos desempenhos de tarefas e os problemas de alimentação. Entre os fatores que contribuem para um ajustamento positivo estão o domínio de tarefas desenvolvimentais preparatórias para a autonomia, a maturidade e as capacidades sociais requeridas para um funcionamento adulto bem sucedido. Por outro lado, as pesquisas também estão reconhecendo a importância de se considerar as percepções de jovens sobre suas experiências.

O modelo transicional representa assim, segundo a autora, um progresso conceitual e metodológico no entendimento das variações em padrões de ajustamento do adolescente, e no seu processo de aquisição das regras adultas. O modelo é aberto para combinação de diferentes estratégias de pesquisa mas ainda é limitado diante de situações complexas como determinadas nuances dos papéis familiares e das relações entre pais e filhos. Como consequência, a predição de variações individuais no desenvolvimento e na mudança durante o tempo tem permanecido obscura. Os modelos transicionais não estão conseguindo estudar de igual modo os contextos ambientais, biológicos e culturais. Assim, novas abordagens são necessárias para combinar os melhores delineamentos de ambas as pesquisas, genéticas e não genéticas, a fim de diminuir as desvantagens da perspectiva transicional. Estas desvantagens referem-se à dificuldade de estabelecer padrões de

comportamento para uma fase (adolescência) em constante transição. Os processos biológicos e as influências genéticas podem ser medidas em termos de temperamento, psicobiologia e desenvolvimento pubertal. Avanços na mensuração das funções e estruturas cerebrais, dos processos neuro-hormonais e dos padrões neuroquímicos podem também ser incorporados às pesquisas. Ao mesmo tempo, disse a autora, não se podem desprezar as medidas e métodos compreensivos.

A autora indicou ainda que uma abordagem das necessidades de crianças e adolescentes, das famílias e da sociedade deveria encorajar os pesquisadores a pensar além das generalizações produzidas por algum estudo. Dessa forma, esforços para forjar fortes conexões entre pesquisa básica, a aplicação e políticas de saúde, sem prescindir das características essenciais de cada abordagem, foram apontados como indicações para futuros estudos.

Resultados de pesquisas citados por Zahn-Waxler (1996) sobre as diferenças de sexo nos problemas de comportamento e de ajustamento apontaram diferenças nas manifestações psicopatológicas. No período de entrada na escola e através da infância e da adolescência, índices de problemas de externalização (agressão e outros padrões anti-sociais, hiperatividade) foram substancialmente mais elevados em meninos do que em meninas. Estes problemas de conduta mostraram estabilidade através do tempo, especialmente para meninos. De todos os fatores de risco para a externalização de problemas, o sexo (masculino) pareceu ser o mais robusto. Durante a adolescência, a internalização de problemas pareceu se tornar prevalente e meninas mostraram um crescimento na apresentação destes problemas maior do que meninos. Assim como, na adulez, as mulheres apresentaram maior suscetibilidade do que os homens para apresentarem sintomas de ansiedade e desordens afetivas. Em estudo anterior, Zahn-Waxler (1993) mostrou que a externalização e a internalização de problemas, em geral, refletiam expressões de estereótipos masculinos e femininos. A autora concluiu que o contexto pode ter tido um papel reforçador de estereótipos e não se deve atribuir as diferenças encontradas apenas a causas biológicas.

A literatura está indicando, concluiu Zahn-Waxler, que as dificuldades na adolescência e na adulez (relacionadas ou não com o gênero) são precedidas de padrões precursores. Os problemas se tornam evidentes na adolescência quando por falta de apoios anteriores e diante da imposição das novas tarefas para as quais o indivíduo não estava preparado. Este pode ter sido o caso de indivíduos vulneráveis que experienciaram adversidades prematuras, estresse e trauma. Por fim, Zahn-Waxler sugeriu que futuras pesquisas deveriam considerar o problema dos padrões precursores. O estudo de Zahn-

Waxler (1996) mostrou que há um movimento crescente de publicações voltado para os problemas psicopatológicos do desenvolvimento, focalizando os movimentos transicionais em uma perspectiva multi-contextual e multi-metodológica.

1.3 Tratamentos psicológicos e a falta de interface com a psicologia do desenvolvimento

A revisão de Holmbeck e colaboradores (2000) partiu das implicações dos achados em desenvolvimento para a prática clínica. Para lidar com essas implicações, eles prepararam um guia sobre desenvolvimento psicológico. Seu estudo demonstrou que pouca atenção tem sido dada ao potencial da sobreposição entre os campos da psicologia do desenvolvimento e o tratamento de adolescentes. Eles enfatizaram que a efetividade dos tratamentos é menor quando não existe uma distinção desenvolvimental, gerando tratamentos idênticos aplicados a indivíduos de diferentes idades. Neste sentido, uma revisão da literatura sobre a terapia de adolescentes revelou que o “mito da uniformidade do nível desenvolvimental” (Shirk, 1999) tem se repetido em muitos trabalhos publicados. Em seu estudo, Shirk (1999) analisou a terapia infantil e da adolescência, utilizando uma perspectiva desenvolvimental para demonstrar as implicações deste enfoque na efetividade dos tratamentos. Ele afirmou que uma perspectiva desenvolvimental pode revelar alguns conceitos equivocados que continuam a guiar a psicoterapia. Entre esses conceitos, citou a uniformidade (existe um desenvolvimento “padronizado” nessa fase), a invariância (a adolescência sofre poucas variações advindas de fatores contextuais, sociais e pessoais), a consistência (a adolescência ocorre sempre de forma “coerente” com os padrões esperados) e o desenvolvimento individual na infância e na adolescência (desconsideração de fatores interacionais).

Holmbeck e colaboradores (2000) analisaram dificuldades decorrentes da falta de interação entre psicologia do desenvolvimento e clínica psicológica. Primeiramente, eles apontaram que os tratamentos para crianças e adolescentes têm sido bem sucedidos, conforme diversas pesquisas (Weisz, Weiss & Donnerberg, 1992; Weisz, 1997). Estes estudos incluíram quatro meta-análises (metodologia que provê um meio de agregar, quantitativamente, os achados de estudos independentes) envolvendo mais de 200 estudos de resultados controlados, que demonstraram evidências consistentes de efeitos benéficos de terapias com crianças e adolescentes. Entre essas terapias, encontravam-se abordagens como psicoterapias psicanalíticas, humanísticas, familiares, cognitivistas, comportamentais e de grupo. Em função destes resultados, Holmbeck e colaboradores (2000) argumentaram que a desatenção ao nível desenvolvimental de crianças e adolescentes não determina, necessariamente, que uma intervenção produzirá ganhos terapêuticos insatisfatórios.

Entretanto, eles enfatizaram que os efeitos da atenção ao desenvolvimento podem melhorar significativamente os resultados, além de facilitar a sua avaliação.

De fato, os estudos revisados pelos autores mostraram que tratamentos com crianças e adolescentes alcançam bons resultados quando há uma combinação razoável entre nível desenvolvimental e meio-ambiente. Por exemplo, terapeutas que consideram as tarefas e relações típicas dessa etapa, como mudanças familiares, posição social, início da vida sexual e escolha profissional, tendem a produzir soluções adaptativas mais efetivas para essas questões. Utilizando a terapia cognitivo-comportamental para exemplificar os efeitos benéficos desta combinação, Kendall (1993) afirmou que intervenções com jovens são melhores quando elas mesclam-se efetivamente com a trajetória desenvolvimental normal. Conforme ele ressaltou, uma força decisiva da estratégia cognitivo-comportamental é o envolvimento ativo do jovem no tratamento. Apesar da importância da articulação do campo clínico com o campo desenvolvimental, a colaboração entre pesquisadores e clínicos é ainda modesta (Holmbeck & Kendall, 1991). Seu trabalho focalizou as mudanças desenvolvimentais da adolescência e o modo pelo qual elas influem na conduta da terapia psicológica.

Holmbeck e colaboradores (2000) definiram a adolescência como um período de transição desenvolvimental situado entre a infância e a adultez, sendo caracterizada por mais mudanças biológicas, psicológicas e sociais do que qualquer outro estágio da vida, exceto o começo da infância. Assim, citaram a mudança como a característica definidora do período da adolescência, havendo uma considerável variabilidade entre indivíduos com respeito ao início, à duração e à intensidade das mudanças experienciadas nesta etapa. Eles enfatizaram o conceito de Steinberg (1996), segundo o qual há dois pontos de transição durante este período desenvolvimental: a transição da infância para o começo da adolescência e a transição do final da adolescência para a adultez. Segundo os autores (Holmbeck & cols., 2000), as mudanças biológicas da puberdade acompanham uma série de transformações comportamentais exigidas ao jovem (exige-se que ele assuma novas responsabilidades nos estudos, na vida familiar e nas relações com os pares) enquanto ele começa a experimentar maior autonomia. Já na passagem para a adultez jovem, focalizaram o amadurecimento orgânico que ocorre em meio ao desempenho de tarefas de consolidação da vida adulta (desempenho de uma profissão, desenvolvimento de autonomia emocional, estabelecimento de relacionamentos estáveis, entre outros). Devido à multiplicidade de tais mudanças, os pesquisadores afirmaram que não é surpreendente que haja, também, mudanças significativas nos tipos e na frequência de desordens psicológicas que são manifestadas durante a adolescência, em comparação à infância. Segundo eles, para alguns

adolescentes, este é um período de adaptação e desenvolvimento de saúde mental, mas para outros, este é um período de desadaptação e crescentes níveis de psicopatologia.

Em outros termos, os pesquisadores afirmaram que este é um período crítico do desenvolvimento infantil, quando a trajetória desenvolvimental pode ser dramaticamente alterada em direções positivas ou negativas. Sua revisão demonstrou que, em uma perspectiva desenvolvimental psicopatológica, muitos estudiosos têm buscado identificar processos de risco e de proteção que são preditivos de tais diferenças individuais na trajetória desenvolvimental. Neste sentido, afirmaram os pesquisadores, os processos de vulnerabilidade e proteção podem ter seu maior impacto durante os períodos de transição da vida ou períodos de dramática mudança desenvolvimental. De fato, segundo Holmbeck e colaboradores (2000), alguns pesquisadores têm argumentado que a natureza transicional e o desequilíbrio do adolescente representam um período oportuno para intervenções, pois a mudança desenvolvimental pode resultar em uma maior receptividade à intervenção. Os pesquisadores, entretanto, acrescentaram que tal oportunidade pode ser perdida se não forem consideradas questões desenvolvimentais. Eles afirmaram que um foco no período adolescente é um meio efetivo de demonstrar a importância de uma perspectiva desenvolvimental, dadas às oportunidades para se ter um impacto positivo em um sistema que está em um constante estado de fluxo, e que possui a mudança como característica essencial.

Em seu estudo, Holmbeck e colaboradores (2000) buscaram determinar o grau no qual os fatores desenvolvimentais têm sido considerados no delineamento e avaliação de intervenções cognitivo-comportamentais para clientes adolescentes. Para isto, eles realizaram uma busca para identificar artigos, capítulos de livros e revisões de periódicos na literatura publicada entre 1990 e 1998. Sua busca rendeu 756 referências sobrepostas. Desta longa lista, eles selecionaram: (1) estudos empíricos de resultados empregando tratamento cognitivo-comportamental com adolescentes (n=34); (2) capítulos de livros sobre terapia cognitivo-comportamental com adolescentes (n=23); e (3) revisões em artigos em periódicos sobre estudos de resultados empíricos de terapias cognitivo-comportamentais com adolescentes (n=23). Os 34 artigos empíricos apareceram em 18 periódicos diferentes. Os alvos mais comuns das intervenções cognitivo-comportamentais com adolescentes encontrados foram depressão, desordens de ansiedade, desordens de conduta e desordens obsessivo-compulsivas. Participantes das intervenções estenderam-se através do período da adolescência, mas detiveram-se mais no início e no meio da adolescência. Os estudos variavam muito com respeito ao número de sessões, duração do tratamento e quanto ao uso de grupo de controle. Surpreendentemente para Holmbeck e

colaboradores (2000), mais de 60% dos estudos empregavam intervenções de terapia de grupo. Estudos com enfoque em tratamentos com manuais de procedimentos representavam em torno da metade (56%). E os locais em que ocorreram os tratamentos citados foram a universidade, a residência do paciente e o hospital.

Como resultado da revisão, os autores citaram que apenas 26% (9/34) dos estudos empíricos fizeram menção a questões desenvolvimentais ao discutir o delineamento e a avaliação do tratamento. Entre estes artigos de periódicos empíricos que mencionaram questões desenvolvimentais, somente um estudo (Kendall & cols., 1997) utilizou a análise de uma variável desenvolvimental (idade), como um moderador dos efeitos do tratamento. Quanto aos autores de capítulos de livros (43%), e às revisões de artigos (43%), houve uma maior inclinação para mencionar questões desenvolvimentais quando discutindo a literatura sobre terapia cognitivo-comportamental (10 de 23 artigos em ambos os casos). As revisões e os capítulos apresentaram discussões enfocando questões desenvolvimentais em relação ao curso do comportamento problemático e com o objetivo de promover adaptações dos manuais de tratamento em paralelo com fatores do desenvolvimento. Apenas três autores, ressaltaram Holmbeck e colaboradores (2000), recomendaram que variáveis desenvolvimentais fossem empregadas como possíveis indicadores para o tratamento.

Os pesquisadores afirmaram ainda, como igualmente interessante para a análise da revisão, o que não foi discutido na literatura. Ou seja, embora muitos autores tenham indicado adaptações dos manuais de tratamento, de forma a levar o desenvolvimento em conta, poucos proviram métodos para esta tarefa. Diversos autores também recomendaram que o terapeuta buscasse acessar um conhecimento sobre o nível cognitivo-desenvolvimental, mas, novamente, poucas indicações foram dadas para a realização deste intento. Holmbeck e colaboradores (2000) acrescentaram à sua análise o dado de que quase a metade dos autores de revisões e capítulos discutiu a variabilidade desenvolvimental em relação ao curso da psicopatologia (depressão adolescente e infantil, transtornos de conduta e relações familiares conflituadas). Pouco, no entanto, foi dito sobre como esta informação pode ser usada para o delineamento de tratamentos. A revisão, portanto, demonstrou para os pesquisadores que muitos autores que escrevem sobre a terapia cognitivo-comportamental para adolescentes não mencionam questões desenvolvimentais. Por outro lado, entre os que mencionam questões desenvolvimentais, existe pouco sobre a forma de especificar como tais informações podem ser incorporadas ao tratamento que será conduzido.

1.4 Modelo de relações estruturais e transitivas no desenvolvimento e ajustamento do adolescente

Diante da falta de atenção às questões de desenvolvimento nos estudos sobre a terapia cognitivo-comportamental com adolescentes, Holmbeck e colaboradores (2000) apresentaram um modelo para o entendimento do desenvolvimento e ajustamento adolescentes. O modelo procura integrar contribuições consagradas na literatura e incentivar o diálogo entre tratamentos e pesquisas com adolescentes. Assim, foi enfatizada a inter-relação entre quatro níveis de desenvolvimento: 1) mudanças biopsicossociais, 2) contextos interpessoais, 3) condições moderadoras intraindividuais e demográficas, e 4) aquisições de desenvolvimento (ver Figura 1). Por exemplo, mudanças biológicas, psicológicas e redefinições sociais produzem aquisições em termos de realizações pró-futuro, de identidade, de intimidade, de ajustamento social, e de sexualidade. As mudanças e suas aquisições ocorrem em um contexto interpessoal constituído pela família, pares, escola e trabalho que, por sua vez, é moderado por etnicidade, estrutura familiar, gênero, resposta individual à mudança, condições comunitárias, e condições socioeconômicas. Desta forma, o planejamento de pesquisas e de tratamentos psicológicos deve estar atento para estas inter-relações.



Figura 1. Modelo de relações estruturais e transitivas no desenvolvimento e ajustamento do adolescente (Holmbeck & Shapera, 1999).

As mudanças primárias desenvolvimentais da adolescência foram descritas pelos pesquisadores como biológicas/pubertais, psicológicas/cognitivas e de redefinição social. Elas foram consideradas primárias porque os autores citaram-nas como universais e ocorrendo temporalmente antes dos resultados desenvolvimentais da adolescência (mudanças na autonomia, identidade, sexualidade, etc.).

Quanto às mudanças biológicas ou pubertais, Holmbeck e colaboradores (2000) afirmaram que elas ocorrem com mais transformações do que em outros estágios da vida, exceto pelo período fetal. Eles citaram mudanças nas proporções corporais, características faciais, voz, pêlos no corpo, força, e coordenação como características em meninos, além de mudanças nas proporções corporais, pêlos no corpo, crescimento de seios e o surgimento da menarca, como características em meninas. Os autores ressaltaram, ainda, como crucial para o entendimento deste processo, o fato de que ele começa a ocorrer dois anos mais cedo em meninas, com diversas implicações sociais. No entanto, eles enfatizaram que há variações substanciais entre indivíduos quanto ao começo, duração e término do ciclo pubertal. Com respeito ao período pubertal, por exemplo, citaram que o amadurecimento precoce em meninas constitui-se em fator de risco por uma variedade de dificuldades adaptacionais. Por outro lado, um desenvolvimento precoce em meninos é favorável sobre um desenvolvimento retardado para o envolvimento em atividades atléticas, namoro e eventos sociais. Em seu entendimento, estas informações deveriam ser levadas em consideração por terapeutas de adolescentes. Porém, os investigadores ressaltaram como importante o fato de que não parece haver ligações entre desenvolvimento físico e desenvolvimento cognitivo (uma maturação precoce em um menino que aparenta maior maturidade do que os seus pares não o habilita necessariamente a pensar mais abstratamente ou com maior complexidade do que outros na sua idade).

Quanto às mudanças psicológicas, Holmbeck e colaboradores (2000) descreveram-nas segundo características cognitivas porque sua revisão focalizou os tratamentos cognitivo-comportamentais. Estes tratamentos visam modificar comportamentos do adolescente, através de um desenvolvimento do seu nível cognitivo e seriam, segundo ele, as intervenções com melhores resultados de efetividade terapêutica com adolescentes combinados com fatores desenvolvimentais. Os autores citaram que as características cognitivas específicas da adolescência começaram a ser estudadas por Piaget (1970, 1972). Este pesquisador identificou a adolescência como um período no qual o pensamento operatório formal emerge e o nível adulto de raciocínio pode tomar lugar. Ao contrário da criança operacional concreta, cujo pensamento encontra-se atado ao concreto, o adolescente pode transcender o aqui e agora imediatos. Assim, no entendimento de

Ginsburg & Opper (1969), adolescentes que desenvolveram tais habilidades de pensamento estão aptos a pensar de forma mais complexa, abstrata ou hipotética. Eles estão aptos a pensar em termos de possibilidades e muitos são capazes de pensar realisticamente sobre o futuro. Holmbeck e colaboradores (2000) ressaltaram ainda que, tão importante quanto a perspectiva Piagetiana, a abordagem das pesquisas de Vygotsky (1978) sugeriu que o processo psicológico tem uma base social. De acordo com esta perspectiva, interações sociais, particularmente a comunicação verbal, têm uma importante influência no desenvolvimento cognitivo. Esta abordagem descreve o desenvolvimento como sempre ocorrendo em um contexto e este determinaria as condições das etapas desenvolvimentais. Portanto, as características da cognição na adolescência seriam precedidas e orientadas pela cultura (crenças compartilhadas, relações estruturadas, costumes ou maneiras de fazer as coisas e sistemas simbólicos, como a linguagem escrita e oral).

Durante a adolescência, conforme Holmbeck e colaboradores (2000), constata-se o desenvolvimento de um sofisticado modo de pensamento que é caracterizado pela abstração, pensamento conseqüente e raciocínio hipotético. Desta maneira, os autores citaram a pesquisa de Shirk (1999) para afirmar que adolescentes poderiam beneficiar-se com tratamentos que inicialmente focalizam a mudança de processos cognitivo-desenvolvimentais. Essa mudança, por seu turno, poderia influenciar a efetividade do tratamento. Ou seja, segundo Shirk (1999), o terapeuta pode achar necessário promover mudanças desenvolvimentais que sejam necessárias para o jovem se beneficiar de interações terapêuticas subseqüentes (dado que o jovem esteja desenvolvimentalmente pronto para experienciar tais mudanças). A estrutura de Holmbeck e colaboradores (2000), portanto, descreveu o conhecimento básico do desenvolvimento cognitivo e suas aplicações na terapia como muito úteis para os terapeutas de adolescentes.

Quanto à redefinição social, os autores citaram que diversas mudanças no status social de crianças ocorrem durante a adolescência. Embora a redefinição social seja universal, afirmaram Holmbeck e colaboradores (2000), as mudanças específicas variam grandemente através de diferentes culturas. Steinberg (1996) citou mudanças através de quatro domínios: interpessoal (mudanças no *status* familiar), político (adolescentes no final do período são aptos a votar), econômico (adolescentes estão aptos a trabalhar) e legal (adolescentes podem ser julgados em um sistema de corte adulto). Holmbeck e colaboradores (2000) citaram ainda que adolescentes estão aptos a obter permissão para dirigir e podem casar. Estas mudanças, juntamente com a saída de casa no fim da adolescência, também servem para a redefinição do papel social. Em sua estrutura de

entendimento da adolescência, os investigadores afirmaram que tais mudanças no papel social têm implicações clínicas. No entanto, acrescentaram como importante o fato de que as habilidades dos adolescentes para a adaptação à mudança de expectativas em direção a um comportamento aceitável apresentam variações. Existe pouco consenso em nossa sociedade formada por valores culturais ocidentais, afirmaram, sobre o que constitui um comportamento “normal”. Dada esta falta de clareza sobre os papéis, a psicopatologia poderia ser um resultado freqüente da falência de classificação através de expectativas conflitantes.

Os contextos interpessoais da adolescência foram descritos na estrutura como quatro principais. A família, os pares, a escola e o trabalho. Holmbeck e colaboradores (2000) afirmaram que adolescentes estão envolvidos em múltiplos sistemas. Estes sistemas, no entendimento de Weisz, Weiss & Donenberg (1992) e Shirk (1999) são alvos apropriados para intervenções e são passíveis de mudança.

Quanto ao contexto familiar, Steinberg (1996) descreveu a adolescência como um tempo de transformação para as relações familiares. Conforme este investigador, pesquisadores que escreveram sobre a adolescência em uma perspectiva psicanalítica (Freud, 1958) têm descrito a adolescência como um período desenvolvimental que se caracteriza como um tempo de tempestades e *stress*, quando níveis extremos de conflito com pais resultam em uma reorientação em direção aos pares. Devido a estes pontos de vista estarem baseados em observações clínicas de adolescentes com dificuldades de ajustamento, não foi surpreendente para Steinberg (1996) e Holmbeck e colaboradores (2000) que pesquisas recentes envolvendo grandes e mais representativas amostras de adolescentes, não tenham dado suporte a estas noções de precoces tempestades e *stress* (Holmbeck & Hill, 1988). Arnett (1999), por exemplo, descreveu uma breve história da visão de tempestade e *stress* na adolescência e examinou três aspectos desta visão: conflito com os pais, transtornos de humor e comportamento de risco. Em todas as três áreas as evidências deram suporte a uma visão diferente, com ênfase em diferenças individuais e variações culturais. Assim, não se poderia afirmar, para o investigador (Arnett, 1999), que a adolescência é um período definido por diversos transtornos de desenvolvimento. Entretanto, Holmbeck e colaboradores (2000) citaram diversas pesquisas (Holmbeck & Hill, 1988; Steinberg, 1990; Holmbeck & Shapera, 1999) para afirmar que, apesar da falta de traumas sérios de relacionamento durante a adolescência, um período de maior distância emocional com os pais aparece no pico da mudança pubertal. Apesar disso e mesmo havendo também um aumento no conflito, ressaltaram os autores, muitos adolescentes transpõem esta fase sem severas restrições com os pais ou desordens sérias no

desenvolvimento (Holmbeck & Hill, 1988). Eles enfatizaram que uma das maiores tarefas para os pais durante este período desenvolvimental é serem responsivos às necessidades do adolescente por crescente responsabilidade e poder de decisão na família e, ao mesmo tempo, manterem um alto nível de coesão no ambiente familiar. E acrescentaram que pais que apresentam pouca flexibilidade e adaptabilidade durante este período desenvolvimental tendem a criar filhos com baixos resultados adaptativos.

Quanto ao contexto interpessoal com os pares, os pesquisadores enfatizaram associações entre relações pobres com os pares durante a infância e a adolescência e dificuldades na vida adultas (Holmbeck & cols., 2000). A maioria dos pesquisadores, afirmaram eles, concorda que as relações criança-criança são necessárias e que estas relações têm efeitos positivos no desenvolvimento cognitivo, social-cognitivo, lingüístico, dos papéis sexuais e moral.

Outro contexto do desenvolvimento adolescente descrito na estrutura foi o ambiente escolar. Holmbeck e colaboradores (2000) descreveram que pesquisadores têm indicado a necessidade de estudar não somente o impacto da escola na cognição e crescimento, mas também, como a escola é um importante ambiente para o desenvolvimento da personalidade, de valores e de relações sociais.

O último contexto que Holmbeck e colaboradores (2000) consideraram, em seu modelo, foi o ambiente de trabalho. Segundo eles, pouca pesquisa tem sido realizada sobre os efeitos do trabalho no desenvolvimento adolescente. Os pesquisadores citaram pesquisas que têm sido feitas (Steinberg, 1996) para afirmar que parece claro que o ambiente de trabalho tem efeitos positivos e negativos para o desenvolvimento adolescente. Ainda que adolescentes que trabalham tendam a desenvolver um aumento no senso de autoconfiança, eles também tenderiam a desenvolver atitudes cínicas sobre o trabalho, a gastar menos tempo com suas famílias e pares, a estar menos envolvidos com atividades escolares, a ser mais propensos ao abuso de drogas ou a cometer atos de delinqüência e a ter menos tempo para a auto-exploração e o desenvolvimento da identidade.

As aquisições desenvolvimentais da adolescência dependem, em sua orientação positiva para a maturidade, de contextos interpessoais positivos. O campo interpessoal é o contexto para o desenvolvimento da autonomia, da identidade, da intimidade, do ajustamento social, da sexualidade, e das realizações pró-futuro. Quanto às realizações, Holmbeck e colaboradores (2000) afirmaram que estas incluem tomadas de decisões que têm sérias conseqüências para a futura educação, carreira e chance de atividades extracurriculares. Assim, enfatizaram os autores, a adolescência seria um tempo de

preparação para o desempenho de papéis e trabalho adultos, quando o treinamento vocacional começa. Dado um aumento de escolhas, os pesquisadores afirmaram que o adolescente pode esperar um crescimento na ansiedade acerca das decisões de vida. Seria importante, portanto, para as realizações da adolescência, a avaliação de habilidades cognitivas, como a habilidade de desenvolver um pensamento orientado para o futuro, um raciocínio abstrato e um pensamento hipotético que podem trazer-lhe vantagens para tomar as decisões relacionadas com sua educação e sua carreira.

Quanto à autonomia, Holmbeck e colaboradores (2000) citaram o estudo de Steinberg (1996) para defini-la como um construto multidimensional pois, segundo este autor, há mais de um tipo de autonomia. Em seu entendimento, a autonomia emocional seria a capacidade de abandonar as relações infantis de dependência com os pais, no sentido de prescindir de um suporte emocional imediato. Quando os adolescentes são comportamentalmente autônomos, afirmaram Holmbeck e colaboradores (2000), eles teriam a capacidade de tomar as próprias decisões e de se autogerenciar. Assim, para eles, o desenvolvimento da autonomia teria implicações para o modo como os pais e os adolescentes estão envolvidos no tratamento. A intervenção, conforme os pesquisadores, deve considerar uma abordagem na qual exista respeito e validação dos pontos de vista do adolescente, sem implicar perdas no nível de autoridade dos pais.

Quanto ao desenvolvimento da identidade, Holmbeck e colaboradores (2000) descreveram esta como uma das maiores tarefas da adolescência. No modelo apresentado, a identidade foi definida como um conceito multidimensional que inclui auto-percepções e compromissos em um número de áreas, incluindo os domínios ocupacional, acadêmico, religioso, interpessoal, sexual e político. O desenvolvimento da identidade foi descrito pelos pesquisadores como uma importante questão desenvolvimental, que inclui períodos de instabilidade, mesmo que o conceito de que todos os adolescentes experienciam crises de identidade seja um mito.

Outro importante resultado desenvolvimental da adolescência descrito pelos investigadores foi o potencial para desenvolver intimidade. Uma relação de intimidade, conforme a estrutura, foi caracterizada por confiança, auto-revelação mútua, um senso de lealdade e companheirismo. Os autores ressaltaram a importância dessa tarefa desenvolvimental para as relações terapêuticas entre o adolescente e o psicoterapeuta. No mesmo sentido em que há mudanças na natureza das relações adolescentes com os pares, afirmaram Holmbeck e colaboradores (2000), relações terapêuticas com adolescentes tornam-se mais íntimas e emocionalmente mais carregadas do que no caso de crianças

mais jovens. Neste sentido, enfatizaram que questões de lealdade, confiança e auto-revelação também representam aspectos terapêuticos durante o período desenvolvimental.

Quanto ao ajustamento psicossocial, os pesquisadores afirmaram que um grande número de resultados de ajustamento tem sido objeto de pesquisas que estudam o período adolescente. Eles citaram diversos estudos, que nomearam desordens de ansiedade e depressão, comportamento suicida, desordens de conduta e delinquência, desordens de uso de substâncias, desordens de alimentação (anorexia e bulimia), esquizofrenia e baixo rendimento escolar, como importantes categorias de ajustamento psicossocial. Importantes estudos, ressaltaram Holmbeck e colaboradores (2000), examinaram preditores potenciais de ajustamento focalizados em um único resultado (delinquência). Segundo ele, as pesquisas não se estenderam a outros resultados devido a dificuldades metodológicas, dado que preditores para cada tipo de resultado tendem a variar entre resultados e porque os resultados, eles mesmos tendem a ser multidimensionais. Uma outra característica dos resultados de ajustamento seria a de que vários comportamentos problemáticos da adolescência tendem a ser intercorrelacionados, considerando-se que eles tendem a ocorrer entre os mesmos indivíduos. Holmbeck e colaboradores (2000) apóiam-se em duas categorias de psicopatologia: problemas de internalização (desordens que representam problemas em auto-avaliação, como depressão, ansiedade, queixas somáticas e isolamento social) e problemas de externalização (desordens como delinquência, agressão e outras dificuldades de autocontrole). Os pesquisadores enfatizaram, ainda, o estudo das várias psicopatologias da adolescência, além das suas variações desenvolvimentais e as indicações de sobreposição entre as várias desordens.

Quanto aos resultados referentes à sexualidade, Holmbeck e colaboradores (2000) apontaram a maturidade sexual como um fator de potenciais reações de conflito por parte dos pais. Apesar da importância deste tópico, conforme os investigadores, nós sabemos muito pouco sobre a sexualidade adolescente, primariamente em função da dificuldade em conduzir estudos sobre este resultado desenvolvimental. Em seu entendimento, há uma série de fatores associados com o início e a manutenção de comportamentos sexuais. Eles afirmaram que mudanças decorrentes da puberdade têm efeitos diretos (hormonais) e indiretos (estimulação social) nos comportamentos sexuais. O estudo citou fatores como a etnicidade, diferenças religiosas e características pessoais como influências em um começo precoce de comportamentos sexuais na adolescência. Terapeutas podem ser chamados a servir como educadores sobre as questões sexuais. Além disso, os clínicos deveriam ser claros, diretos e completos na sua avaliação do comportamento sexual adolescente.

As influências causais e moderadoras podem variar dependendo do contexto intrapessoal e demográfico nos quais elas ocorrem. Especificamente, associações entre as mudanças desenvolvimentais primárias e os resultados desenvolvimentais podem ser moderados por variáveis demográficas como: etnicidade, gênero, status socioeconômico, resposta individual à mudança e fatores da comunidade. Os investigadores utilizaram o termo moderar porque seria esperado que associações entre as mudanças primárias e os resultados devessem diferir dependendo do status demográfico do indivíduo. Por exemplo, em relação a associações entre mudança pubertal e certos resultados sexuais que ocorrem apenas em meninas, deve-se inferir que o gênero modera tais associações. No caso dos contextos interpessoais (família, pares, escola e contexto de trabalho) a maturidade precoce (fator mediador) poderia levar a um pobre resultado de ajustamento apenas quando as famílias reagissem ao desenvolvimento pubertal precoce de certas maneiras (com aumento de restrição e supervisão). Neste exemplo, as reações da família à puberdade tenderiam a moderar associações entre desenvolvimento pubertal e ajustamento.

O modelo, de modo geral, está fundamentado em critérios desenvolvimentais, contextuais e multidisciplinares. O objetivo dos autores foi instrumentalizar a prática clínica e a pesquisa com adolescentes para a utilização de um enfoque de desenvolvimento. Desta forma, as rápidas mudanças no desenvolvimento que ocorrem na adolescência podem ser compreendidas com mais clareza e associadas aos diversos contextos, inclusive ao tratamento psicológico. Segundo os investigadores, o modelo organiza os construtos principais que têm sido estudados por pesquisadores neste campo e é baseado em modelos anteriores. Ele é biopsicossocial, pois focaliza as mudanças biológicas, psicológicas e sociais da adolescência; e considera o processo de apreensão e transformação associado a diferentes contextos.

Quanto aos efeitos dos contextos sociais abordados, Holmbeck e colaboradores (2000) citaram os achados de Steinberg (1995). Nestes achados, Steinberg relaciona aspectos familiares e contextos específicos (etnicidade, estrutura familiar, status socioeconômico) para verificar quais destas associações são mais pronunciadas. Esta compreensão presente no modelo de Holmbeck e colaboradores (2000) seria tanto desenvolvimental, quanto contextual. Em um nível mais geral, o modelo indicou mudanças desenvolvimentais primárias que teriam impacto na qualidade de mudanças na adolescência, por meio dos contextos interpessoais nos quais os adolescentes se desenvolvem. Em outras palavras, as várias mudanças que ocorrem no desenvolvimento em tempos diferentes, mas próximos, influenciariam os modos pelos quais os jovens resolvem as mais importantes questões da adolescência, como autonomia, sexualidade,

identidade, entre outras. Segundo o modelo, os níveis estariam dispostos a interagirem em um formato causal e mediacional, no qual cada nível serviria de mediador para as relações de outros fatores.

Nessa perspectiva relacional, as mudanças desenvolvimentais da adolescência (biológicas, psicológicas e de redefinição social) ocorrem nos contextos interpessoais do desenvolvimento adolescente (família, pares, escola e trabalho). Por conseguinte, as mudanças influem em específicos resultados desenvolvimentais da adolescência (realização, autonomia, identidade, intimidade, ajustamento psicossocial e sexualidade). Esses três níveis desenvolvimentais (mudanças, contextos e resultados), seriam moderados por condições intrapessoais e demográficas (etnicidade, estrutura familiar, gênero, status e resposta individual à mudança).

1.5 Proposta de Pesquisa

A pesquisa no Brasil sobre psicoterapia com adolescentes tem crescido nos últimos anos. O enfoque dos estudos, entretanto, tem sido prioritariamente psicanalítico (Dias, 2000) ou psiquiátrico (Bahls, 2002; Giusti, Sanudo & Scivoletto, 2002). Essas pesquisas têm descrito a evolução de casos clínicos tratados com a técnica psicanalítica e o tratamento de distúrbios psiquiátricos específicos, como déficit de atenção, depressão, abuso de drogas e transtornos de conduta. A abordagem desenvolvimental tem aparecido somente esporadicamente em alguns estudos, que têm contribuído para o entendimento e para a descrição da fase da adolescência.

Três estudos recentes, que se aproximam de uma abordagem desenvolvimental, têm circunscrito uma demanda específica por pesquisas com atendimento a adolescentes. O primeiro estudo (Pacheco, Teixeira & Gomes, 1999), examinou a relação entre estilos parentais e a aquisição de habilidades sociais na adolescência. Os pesquisadores descreveram o desenvolvimento de habilidades sociais requeridas nessa fase, mostraram a relação do desenvolvimento de habilidades com a qualidade da interação entre pais e filhos, e argumentaram a favor de tratamentos focalizados no desenvolvimento de habilidades sociais. O segundo estudo (Bonilla & Gomes, 2000) concentrou-se na análise de questões típicas de meninas adolescentes e de sua relação com as mães, apresentadas como queixa para atendimento psicológico, em um serviço hospitalar. Os resultados evidenciaram a relação entre queixas e questões de desenvolvimento psicológico. Os autores enfatizaram a necessidade de se verificar qual o impacto da literatura em desenvolvimento, no tratamento de jovens adolescentes. O terceiro estudo (Meneghetti & Gomes, no prelo) foi realizado com grupos reflexivos com adolescentes, em uma escola de

periferia. A análise das gravações das discussões em grupo mostrou uma realidade distante das teorias tradicionais que embasam os tratamentos psicoterapêuticos com adolescentes. Com efeito, a aproximação entre a pesquisas de adolescentes realizadas na academia e a experiência clínica dos consultórios ainda é uma realidade distante.

Os estudos citados anteriormente (Kazdin, 1991; Zahn-Waxler, 1996 e Holmbeck & cols., 2000) enfatizaram a necessidade de uma perspectiva desenvolvimental para a avaliação dos efeitos terapêuticos, assim como indicaram que os resultados da psicoterapia de adolescentes também dependem da utilização de referenciais teóricos advindos da pesquisa em psicologia do desenvolvimento. Esta abordagem, no entanto, parece vinculada a um trabalho conjunto de clínicos e de pesquisadores (Holmbeck & cols., 2000). Na interface do campo clínico e da pesquisa, a construção conjunta de modelos implica um trabalho no qual pesquisadores desenvolvimentais e psicoterapeutas realizem avaliações empíricas da efetividade das intervenções com adolescentes e desenvolvam modelos teóricos próprios à adolescência. Gomes (Gomes, Reck & Ganzo, 1988) apontou uma distância entre o campo clínico e a pesquisa. Segundo ele, diversos estudos indicaram que a percepção dos terapeutas sobre a área acadêmica é pouco propícia ao trabalho conjunto, pois eles afirmam que:

As questões levantadas pelos pesquisadores não são relevantes para a psicoterapia, as variáveis selecionadas para estudos não são representativas da prática clínica atual, os métodos e populações estudadas não são propriamente descritos, padronizados e selecionados, o critério estatístico é enfatizado exageradamente e os pesquisadores esforçam-se muito pouco para traduzirem e comunicarem os seus achados aos terapeutas. (p.189)

O objetivo do presente estudo é verificar se existe ou não uma falta desta interface entre os campos clínico e desenvolvimental na percepção da prática dos psicoterapeutas. Se existe uma interface, como os psicoterapeutas estão se articulando frente aos achados da pesquisa em psicologia do desenvolvimento? Caso seja verificada esta distância dos campos, por que ela ocorre, por parte dos terapeutas? Em que sentido os referenciais teóricos que orientam a prática clínica encontram-se desarticulados da pesquisa desenvolvimental? Como os terapeutas percebem o campo da pesquisa e quais as contribuições que ela pode trazer para responderem à sua demanda clínica? Qual a percepção que os clínicos têm da demanda em seus consultórios? Como os psicoterapeutas percebem a sua experiência clínica? De que forma realizam o diagnóstico, o planejamento e a avaliação dos resultados?

Desta forma, espera-se obter um entendimento da articulação ou desarticulação dos campos clínico e de pesquisa desenvolvimental, na perspectiva dos psicoterapeutas. Assim como compreender de que forma se constrói esta relação, se ela existe, e quais os benefícios ou prejuízos que estão sendo verificados no campo clínico pela adoção ou não de uma perspectiva desenvolvimental.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Participantes

A amostra foi composta de 15 psicoterapeutas, de várias linhas teóricas, que atendem adolescentes há, no mínimo, um ano. Os participantes foram selecionados por indicação de outros profissionais da área clínica ou em locais de atendimento a adolescentes. Entre os entrevistados estavam 11 psicólogas e um psicólogo; dois psiquiatras e uma psiquiatra. Oito destes profissionais tinham como referência a teoria psicanalítica. Os demais se distribuíam em diferentes abordagens: teoria sistêmica, psicodrama, método focar, cognitivo-comportamental, gestaltismo, e rogerianismo. O tempo de experiência entre os terapeutas variou de 30 para 1 ano, perfazendo uma média de 11,67 anos (desvio padrão de 9,9187). A Tabela 1 (p. 25) apresenta o perfil dos participantes.

2.2 Instrumento e procedimentos

O instrumento utilizado foi um protocolo tópico de seqüência flexível (Patton, 1990), para entrevistas individuais com psicoterapeutas. O protocolo utilizado como roteiro para a entrevista semi-estruturada (Tabela 2) foi desenvolvido com base em estudos anteriores sobre a percepção do terapeuta acerca da sua prática clínica (Gauer & cols., 1997). O roteiro incluiu quatro temas focais: prática psicoterapêutica, adolescência, formação, e pesquisa. A entrevista propiciava a livre expressão das experiências dos participantes e a inclusão de aspectos não previstos no roteiro. As entrevistas foram gravadas em audiotape nas residências ou locais de trabalho dos participantes. Todos os participantes foram informados sobre os propósitos da pesquisa, registrando sua aceitação voluntária mediante a assinatura do consentimento informado, conforme regulamentação do Conselho Federal de Psicologia (Resolução do Conselho Federal de Psicologia, No. 016/2000 de 20 de dezembro de 2000).

Tabela 1: Descrição dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Graduação (ano)	Formação ¹	Anos atendendo adolescentes ²	Número de citações
Psic1	Fem.	41	Psicóloga (1984)	Psicanalista (c/a)	17	10
Psic2	Fem.	40	Psicóloga (1984)	Psicanalista (c/a)	17	9
Psic3	Fem.	39	Psicóloga (1985)	Psicanalista (c/a)	10	4
Psic4	Masc.	54	Psiquiatra (1979)	Psicanalista (c/a)	30	30
Psic5	Fem.	37	Psicóloga (1986)	Psicanalista (c/a)	12	8
Psic6	Fem.	45	Psicóloga (1979)	Psicanalista (c/a)	24	16
Psic7	Fem.	33	Psicóloga (1995)	Sistêmica (c/a)	6	9
Psic8	Masc.	29	Psiquiatra (1996)	Psicanalista (c/a)	1	15
Psic9	Fem.	33	Psiquiatra (1991)	Psicanalista	11	9
Psic10	Fem.	55	Psicóloga (1973)	Psicodrama/Reich	30	10
Psic11	Fem.	54	Psicóloga (1997)	Focar	2	6
Psic12	Fem.	25	Psicóloga (2001)	Cognitivo-comp.	3	15
Psic13	Fem.	34	Psicóloga (1998)	Cognitivo-comp.	4	9
Psic14	Masc.	26	Psicólogo (2001)	Gestaltista	3	13
Psic15	Fem.	30	Psicóloga (1997)	Rogeriana	5	10

NOTA. ¹ c/a – Possui formação específica para a adolescência. ² média = 11,67 anos, com desvio padrão = 9,9187.

Tabela 2: Roteiro da entrevista

Abertura: Estou desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de levantar dados sobre a experiência de realizar psicoterapia com adolescentes. Eu tenho um roteiro de entrevista, mas o mais importante é o teu depoimento. A entrevista será gravada e o que disseres permanecerá confidencial. Tens alguma dúvida?

- 1 – Como foi que tu escolheste trabalhar com o atendimento de adolescentes?
- 2 – E como foi a tua formação (onde, quanto tempo durou)?
- 3 – Tu ainda participas de algum grupo de formação (curso, *workshop*, intercâmbio com colegas)?
- 4 – Se não, gostaria de fazê-lo?
- 5 – O que peculiariza a prática clínica com adolescentes?
- 6 – Que recursos técnicos tu usas no tratamento?
- 7 – Estes recursos são específicos para o atendimento a adolescentes?
- 8 – Em que sentido isso facilita o processo?
- 9 – Quais são os problemas mais frequentes trazidos pelos teus pacientes adolescentes?
- 10 – Quantos pacientes adolescentes tu vês por semana?
- 11 – Quais as maiores dificuldades que tu vês no atendimento a adolescentes?
- 12 – Como é a frequência (periodicidade) dos pacientes adolescentes (semanal, quinzenal, mensal)?
- 13 – Como tu vês a adesão deles ao tratamento?
- 14 – Em geral, quanto dura o atendimento (processo psicoterapêutico) a adolescentes?
- 15 – Como se dá o término do tratamento?
- 16 – Como tu avalias os resultados do tratamento (se tens critérios de avaliação, quais são e como os utiliza)?
- 17 – Tu utilizas dados de pesquisas para o tratamento que tu realizas?
- 18 – Se sim, essas pesquisas são específicas para o atendimento a adolescentes?
- 19 – Como tu vês a formação do terapeuta clínico de adolescentes (graduação e cursos de formação)?
- 20 – Tu achas que a formação (graduação e cursos de formação) te dá subsídios para lidar com a tua demanda, no consultório?

Fechamento: Muito obrigado pela tua participação. Os dados que tu forneceste foram muito importantes para a minha pesquisa. Se necessitares de alguma informação, o nosso grupo de pesquisa está a tua disposição.

2.3 Análise dos Dados

Os procedimentos de análise estão baseados em Gomes (1998), Lanigan (1988) e Patton (1990). Os autores sugerem uma análise qualitativa em três tempos que nos termos de Patton são: descrição qualitativa, análise indutiva e interpretação.

A descrição qualitativa é a síntese geral do material coletado, através da transcrição literal das entrevistas. A síntese é preparada através de leitura cuidadosa na qual demarca-se exaustivamente o modo como cada participante abordou os temas sugeridos em entrevista ou os temas que apareceram espontaneamente. A demarcação se faz por micro unidades de sentido, procedimento necessário para que se tenha certeza de que nada do que foi dito tenha sido omitido. A transformação de micro unidades de sentido sobre um mesmo tema, em macro unidades temáticas, define as tipologias gerais que servem para ordenar a exposição e a análise indutiva. Esse procedimento foi didaticamente exposto por Bardin (1979). Por outro lado, também se preparou uma síntese de cada entrevista, para que não se perca os contextos particulares presentes nas falas dos entrevistados. Nesta fase, suspendem-se quaisquer julgamentos e interpretações teóricas para preservar a facticidade dos relatos.

A análise indutiva concentra-se na identificação de relações básicas e elucidativas ao problema em estudo. O procedimento requer abertura ao recorrente, ao único, ao novo, ao inusitado, ao contraditório, e ao ausente. Tais aspectos são tomados como descritores qualitativos e sem valor quantitativo algum. Procura-se por relações óbvias e esperadas, assim como por possíveis relações novas ou contraditórias. Nesta fase, utilizam-se exercícios imaginativos para se especular sobre relações possíveis. A idéia é exaurir o material colocado para investigação. Na prática, a análise quer saber quais são os elos de ligações entre as experiências relatadas nas entrevistas e qual a importância destes elos na compreensão do problema em foco. A análise indutiva sugere problemas centrais que serão abordados pela interpretação.

A interpretação é o confronto da análise indutiva com a descrição qualitativa. A análise assume um papel crítico contrapondo a compreensão do que foi dito pelo entrevistado, à compreensão atual do pesquisador e à literatura.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

A descrição das respostas dos entrevistados foi organizada com base nos quatro temas focais que orientaram a entrevista: prática psicoterapêutica, adolescência, formação, e pesquisa. Procurou-se preservar a expressão mais fidedigna e ampla das percepções, sentimentos, opiniões e experiência dos terapeutas entrevistados. Os quatro temas foram subdivididos em pequenas unidades para apresentar com clareza e exatidão a fala dos participantes, como exposto a seguir. O tema prática psicoterapêutica foi subdividido em perfil, recursos técnicos e processo, demanda, adesão, frequência e duração do tratamento, dificuldades, avaliação de resultados, e família. O tema adolescência foi subdividido em fases da adolescência, normalidade, e potencial de saúde. O tema formação foi subdividido em cursos de formação clínica, e os cursos de graduação. E o tema pesquisa foi subdividido em “como assim?”, e repercussões para a prática clínica. Os temas indicados e os respectivos subtemas são apresentados abaixo.

3.1 Prática psicoterapêutica

O primeiro tópico da entrevista explorou temas como a escolha de ser terapeuta de adolescentes, as peculiaridades do atendimento a adolescentes, os recursos técnicos empregados, e como estes recursos facilitam o processo. Incluíram, ainda, itens sobre adesão dos jovens ao tratamento, duração e frequência das sessões, tempo de tratamento, principais dificuldades, término do atendimento e avaliação dos resultados da terapia. As respostas obtidas foram organizadas e descritas como apresentadas abaixo.

3.1.1 Escolha por atendimento a adolescentes

Os motivos apresentados pelos terapeutas para a inclusão ou especialização em atendimento de adolescentes foram os seguintes: interesse pela infância e pela adolescência, única formação disponível, reminiscências da própria adolescência, e/ou interesse em aspectos específicos do tratamento com adolescentes, como a instabilidade. No caso das reminiscências foi dito que a própria adolescência havia sido uma fase interessante, cheia de questionamentos, vivências ricas e intensas, mas também de muita tranquilidade. Posteriormente, a tranquilidade da experiência foi questionada: *“Aquele período da adolescência foi muito, muito esquisito. Porque eu tinha passado por uma adolescência mais tranqüila. Nem sei se isso é o mais saudável”* (Psic4). Mudanças

familiares vividas por terapeutas em sua adolescência foram citadas como experiências positivas e eles disseram que isso os motivou a trabalhar com adolescentes para levá-los a terem essas mesmas vivências.

“Agora eu acho que todo o terapeuta é um pouco ele, ele mesmo, né? Eu fui uma adolescente assim, que escrevia poesia, que sempre fiz muito esporte. Então eu acho que a gente também usa muito aquilo que tu foste, né? A tua própria adolescência, né? Então eu acho que aí entra um pouco a coisa pessoal de cada um.” (Psic6)

Já a instabilidade do adolescente foi vista como um desafio para com os pais e com os terapeutas. Conforme entrevistados, é uma fase completamente diferente da infância e da vida adulta, na qual cada adolescente age de uma maneira, havendo uma grande variação de comportamentos.

“Eu acho que é um desafio muito grande trabalhar com adolescentes porque é uma, é uma fase, assim, da vida da pessoa que é completamente diferente da infância, né? E da vida adulta, né? Então cada adolescente tem uma maneira, né? Eles têm os ritos iguais deles. Então cada um age de uma maneira. Cada adolescente é uma caixinha de surpresas.” (Psic12)

3.1.2 Características do atendimento a adolescentes.

Os terapeutas trouxeram diversos elementos que no conjunto traçaram o perfil do clínico em adolescência: sempre gostou de jovens, *“tem um pouco a ver com minhas habilidades”* (Psic11); e disposição para trabalhar com o inusitado. Os psicoterapeutas foram adiante e sugeriram características gerais necessárias ao trabalho com adolescentes.

De acordo com as características apontadas, o psicoterapeuta de jovens deve possuir maior flexibilidade quanto ao estabelecimento do *setting* terapêutico. Se ele aplicar a técnica mais clássica, usada em atendimentos de adultos, não haverá comunicação. O terapeuta deve ser capaz de se colocar no lugar do adolescente e estar familiarizado com a linguagem e com objetos do interesse da juventude (vídeo-game, computador, R.P.G., skate, bicicleta, poesias, músicas, grupos e instrumentos musicais, além de revistas e programas de televisão com temática voltada para os adolescentes). Porém, o clínico não deve perder os parâmetros da normalidade. Quando indagados sobre tais parâmetros respondia-se que nesta idade é difícil de detectar, mas que eles estão relacionados à família e ao contexto onde o paciente vive, e que hoje é de muita flexibilidade. Por exemplo, para Psic1, o terapeuta não pode perder os parâmetros, mas ele deixou a seguinte pergunta: *“até onde se pode flexibilizar?”*

Os participantes definiram o terapeuta do adolescente como um profissional com desenvoltura, sensibilidade e tolerância com o processo de confusão do púbere. Capaz de apreender e compreender com um mínimo de palavras. Neste caso, o terapeuta é auxiliado por desenhos, gestos ou posturas corporais. Para os psicanalistas ele deve ser capaz de falar uma linguagem mais próxima ao inconsciente, e (posição consensual) de ter tolerância frente ao silêncio e ao fechamento do adolescente (especialmente o púbere). Esse terapeuta deve ser capaz de fazer uma contenção dos sentimentos contratransferenciais, ou seja, de não perder a paciência diante das provocações e das agressões dos púberes (psicanalistas):

“Tem que ter muita tolerância com aquele processo todo... Eles têm que soltar aquele mal-estar. Então eles te agredem, muitas vezes, eles reclamam, né? E a gente tem que processar aquilo. Isso envolve o trabalho pessoal e técnico razoável, né?” (Psic3).

Portanto, o clínico de jovens não deve ser desafiador nem interpretativo, devendo preferir uma atitude de quase cooptação sem que isso signifique acatar tudo o que eles fazem. Ele deve poder ouvi-los, cuidá-los, preservá-los e entrar nos desafios que eles propõem.

“Nós também, às vezes, eles nos cutucam, injetam algum vírus de raiva e nós ficamos com esse vírus de raiva, ou chateação, ou alguma coisa provocativa deles e que a gente acaba nos, de certa maneira terminando, aí, não só por culpa deles. Tem que olhar melhor o papel do terapeuta, na questão de adolescentes.” (Psic4).

Para esse manejo, foi dito que o terapeuta já deve ter passado por uma terapia a fim de que as suas questões da adolescência estejam resolvidas (consensual). Assim, ele poderá lidar com o jovem sem entrar nas suas provocações nem se igualar ao seu *“funcionamento narcisista”* (Psic4). O adolescente possui uma demanda diferente do adulto, quanto à atitude do terapeuta. O jovem não quer que o clínico fique quieto, só ouvindo, mas deseja que ele seja ativo e propositivo. Em sua atuação o terapeuta deve fugir do convencional, não sendo “reto”, parado, mas aberto para o inesperado. Deve ser capaz de lidar com a crítica social e cultural, e com atitudes de reivindicação e de contestação (consensual).

3.1.3 Recursos técnicos e o processo

Os recursos técnicos e o processo podem ser iguais aos utilizados com crianças, quando tratando os púberes, ou semelhantes ao atendimento de adultos, quando tratando adolescentes finais. Essa semelhança foi explicada como a falta de uma especificidade do tratamento a adolescentes, que foi descrito como uma passagem ou preparação para *“a verdadeira terapia”* (Psic2) na adultez.

“Tem autores até que acham que a adolescência é uma preparação pra verdadeira terapia que vai acontecer mais tarde. Que uma verdadeira terapia, assim, só aconteceria na vida adulta, justamente porque o adolescente está todo em processo, vamos dizer assim, né?” (Psic2)

Foi dito que não há recursos técnicos específicos para a adolescência. O específico é o uso, ou a forma de lidar com esses recursos. Em contraste, também foi dito que o atendimento a adolescentes é muito peculiar, sendo essa peculiaridade associada com o atendimento à infância, talvez um pouco mais difícil.

“E tu tem que te adaptar. Então tu atendes adulto. Ta é o teu padrão. A gente, né? É adulto, atende outro adulto. E quando tu começa? Eu então comecei com adolescência ainda na infância. É como aprender outra língua, né? Além de tu ta aprendendo a língua com o inconsciente, tu tens que voltar, né?” (Psic 3)

O terapeuta deve ser criativo, flexível, ativo e adequar os recursos às necessidades e condições cognitivas e afetivas do jovem. Ele não deve ser o amigo do adolescente, mas a troca afetiva foi referida como positiva para o processo. A terapia, assim, foi descrita como mais propícia para inovações. Os terapeutas também costumam utilizar recursos gráficos, como desenhos, jogos, questionários, inventários, dramatizações, técnicas corporais ou simplesmente a verbalização. Esses recursos podem ser usados em tarefas como diagnóstico, orientação e a própria psicoterapia. Adolescentes respondem muito bem a recursos corporais ou a dramatizações. O atendimento aos púberes foi descrito como mais vivencial, enquanto o tratamento de adolescentes finais, como predominantemente verbal e semelhante à associação livre (a expressão foi usada genericamente).

Quanto às particularidades técnicas, as linhas teóricas foram descritas com poucas diferenças na sua aplicação prática, referindo-se mais a determinadas intervenções e objetivos gerais distintos. A técnica humanista com adolescentes foi apresentada como idêntica ao atendimento adulto e infantil, tendo por objetivos, o desenvolvimento de atitudes, a consciência de si, e caracterizando-se como não crítica nem diretiva. Por outro lado, o cognitivismo-comportamental foi descrito como uma técnica com objetivos e estratégias claros e adaptados às condições de compreensão do jovem. O método focar, por sua vez, foi associado a técnicas como relaxamento e associação livre dos sentimentos, com o objetivo de desbloquear o foco das emoções, não possuindo também uma modalidade específica para adolescentes. Quanto à técnica psicanalítica, os terapeutas disseram que se deve evitar interpretar, preferindo uma atitude de proteção, de cuidado e de preservação, devido à onipotência característica dessa idade. Foi consenso que

capacidade de ouvir o jovem é essencial para o processo. Nesse sentido, os psicanalistas disseram ser importante a utilização da contratransferência, isto é, tomar o que o terapeuta sente sobre o adolescente como base para a condução do tratamento. Para isso, a subjetividade do terapeuta foi descrita como um recurso técnico importante. “*O uso, às vezes, das relações transferenciais, o que que aquele adolescente te transmite, o que que tu sentes, em termos de contra transferência, né?*” (Psic5).

A prática de encaminhamento para outros profissionais foi mencionada, e as especialidades citadas foram neurologia, endocrinologia, pedagogia, nutrição (distúrbios alimentares), *personal trainer* além de psiquiatria, no caso dos psicólogos. Para os psicólogos, os casos mais graves (psicopatias como psicoses, distúrbios de conduta graves, drogadição, desorganização da personalidade, depressão ou retração social severa) devem ser avaliados por um psiquiatra para possível medicação ou internação. Para esse encaminhamento, disseram, devem ser considerados riscos de suicídio, agressão ou exposição do jovem. Assim, os psicólogos disseram ser comum o atendimento conjunto com um psiquiatra, que, por sua vez, medica e avalia os casos no decorrer da psicoterapia. Os psiquiatras, por sua vez, relataram usar medicação com os pacientes (antidepressivos). No entanto, disseram que deve haver um cuidado com os efeitos, como o estímulo à drogadição e à interferência no processo terapêutico. Muito se tem discutido, conforme eles, sobre esses efeitos, mas, em geral, os médicos descreveram que têm usado psicoterapia e medicação combinadas, sem maiores inconvenientes. Segundo eles, os psiquiatras mais antigos preferem prescrever menos os fármacos, priorizando a psicoterapia, enquanto os médicos com formação mais recente preferem a medicação. As duas linhas de atuação na psiquiatria foram relatadas como “biológica” e “psicodinâmica”. Além da medicação, também são utilizados testes psicológicos (Psic4) para avaliação das condições do adolescente. Os testes, conforme Psic4, possuem especificações para essa fase do desenvolvimento e facilitam o entendimento do caso, além de possibilitarem uma melhor visualização de distúrbios de conduta.

Ainda sobre a técnica, foi dito que a psicoterapia (Psic6), como um tratamento sistemático, deve ser indicada somente para casos muito específicos. O tratamento é recomendado quando o desenvolvimento normal encontra-se interrompido e as questões da etapa evolutiva prevista não estão sendo resolvidas. Neste caso, deve ser sistemático, com uma frequência e duração maiores. Nos casos menos graves, isto é, naqueles que o adolescente tem condições internas de resolver o problema com predomínio de pequenos desajustes, a indicação deve ser de intervenções breves e focais. Por isso, enfatizaram que o terapeuta deve ter objetivos muito claros para o tratamento.

“Porque o objetivo que eu tenho no trabalho com criança e adolescente é a cura: seria poder voltar pra etapa evolutiva e seguir o seu desenvolvimento normal, né? Às vezes eu até digo muito pros meus alunos, que se a gente quiser tratar uma criança e um adolescente, a gente pode tratar o resto da vida, porque cada etapa, né? Tem coisas pra resolver, né? E esse é um cuidado que a gente tem que ter: de realmente indicar quando é necessário, né?” (Psic6)

A técnica, conforme os terapeutas, é a abordagem na qual eles acreditam. No entanto, enfatizaram, os recursos técnicos de cada linha teórica devem ser adaptados à realidade do adolescente. Os terapeutas referiram que os resultados imediatos desses recursos estão vinculados aos objetivos gerais de cada modalidade psicoterapêutica. Assim, os psicanalistas enfatizaram técnicas como a associação livre e a escuta analítica; os psiquiatras as técnicas de *insight* e a medicação; os humanistas (Gestaltistas e Rogerianos), a aceitação do processo original do adolescente; os sistêmicos a avaliação da dinâmica das relações familiares; os psicodramatistas e terapeutas corporais as técnicas vivenciais; e os cognitivistas-comportamentais as estratégias e tarefas de comportamento. Esses recursos, conforme os clínicos, facilitam o processo porque favorecem o estabelecimento do vínculo do jovem com o terapeuta, sendo importantes para a confiança do paciente/cliente no terapeuta. A técnica, portanto, deve ser adequada para as características do jovem e deve estar a serviço da relação terapeuta-paciente, embora predominem, na literatura, estudos sobre adultos e patologia.

3.1.4 Demanda

As principais queixas que levam os adolescentes ao atendimento psicoterapêutico, mencionadas pelos psicoterapeutas foram: *“busca de individuação”* (fazer as coisas do seu modo, em relação aos pais – Psic10), *“uso de drogas”* (foi relatado um aumento no uso de substâncias, especialmente cocaína e maconha, além de álcool e cigarro – Psic7, Psiq9), *“início da vida sexual”* (Psic7), *“déficit de atenção e depressões”* (Psiq8), *“problemas com os pais, com os namorados”* (Psic15), e *“tarefas de identidade”* (Psic14). Essa última foi descrita como relacionada a tarefas como a entrada na faculdade, a realização do vestibular, o início de um trabalho e a busca de independência financeira e emocional. Quanto à drogadição, os terapeutas afirmaram que os critérios para classificação patológica são difíceis, pois *“hoje em dia, quase todos os adolescentes experienciam isso”* (Psiq9). Os clínicos, então, procuram observar a frequência do uso e o tipo de droga usada. Também foram destacados problemas como depressão, abandono, medo do mundo adulto e dificuldades no relacionamento com os pais.

Quanto a questões de relacionamento familiar, os terapeutas enfatizaram que essa tem sido a queixa mais freqüente e que tem havido pouca comunicação entre pais e filhos:

“Os adolescentes mais depressivos e com uma profunda dificuldade, às vezes... que eu acho que isso é uma coisa assim, ó: de relacionamento com os pais. Eles parecem assim, ó: uns falarem hebraico, e outros falarem japonês... Acho assim: não se ouvem muito dentro de casa, os filhos; se fala pouco... Alguma coisa do diálogo tá faltando. Eu acho que nós somos maus ouvintes, como pais, né?” (Psic4).

Uma das conseqüências relatadas, quanto a esses problemas, foi a dificuldade dos pais para aplicarem limites aos filhos. *“A questão de limites, assim, têm muitas dificuldades, a maioria dos pais. Em dar limite, saber o que que é limite, o que que é punição, o que que é reforço, né? Como que eles devem fazer.”* (Psic12). Além disso, foram relatadas dificuldades de relacionamentos na escola e, até mesmo, violência no contexto escolar. *“Tipo assim, ó: tem uma gangue, aí ameaça todo mundo, daí algum dos alunos fica mais mexido e vem com essa queixa: tem medo de sair de casa, não quer ir pro recreio... Quer só ficar fechado dentro do quarto.”* (Psic7). Foram relatados comportamentos agressivos dos jovens, com os pais, com os familiares e na escola, além de desvios de conduta (como mentir, matar aula e roubar), baixo rendimento escolar, hiperatividade e diminuição na capacidade de concentração e atenção. Os terapeutas acrescentaram que a escola tem tido uma grande demanda por atendimento aos adolescentes, por causa dos problemas de conduta dos jovens nesse ambiente. Foi, ainda, ressaltado que existe uma idéia de que *“quem vai ao psicólogo é louco ou fracassado”* e que o terapeuta tem a tarefa de desmistificar essa imagem da terapia (Psic13).

Outras queixas citadas especificamente pelos terapeutas psiquiatras foram *“distúrbios de déficit de atenção, neuroses fóbicas, transtornos edípicos e ansiedade”* (Psic8). Juntamente a esses sintomas, os psiquiatras acrescentaram *“transtorno alimentar, como anorexia em meninas, transtorno do pânico e síndromes depressivas”* (Psic9).

3.1.5 Adesão ao tratamento

Os terapeutas responderam que a adesão ao tratamento é muito variável, de jovem para jovem e, mesmo, a cada momento da terapia. Segundo eles, a psicoterapia freqüentemente tem interrupções e abandonos temporários, pois o adolescente possui menos paciência para permanecer em atendimento por muito tempo (ao contrário dos adultos).

“Tipo assim, eu tenho paciente que veio, adolescente, daí resolveu, na época, que não queria mais. Tava com 19 anos, quando saiu. Veio com 17 e aí ficou. Aderiu realmente ao tratamento, e tal. Resolveu sair, e aí depois, não. Retornou, porque tinha algumas coisas que queria ver.” (Psic7)

“O adolescente não tem muita tolerância, assim, pra, pra ficar em tratamento muito tempo, né?” (Psic6)

“Flutua muito, porque às vezes eles não ficam, eles vem, fazem umas consultas, dali a um tempo eles voltam. Eu tinha uma paciente muito assim, ela ficava três quatro meses, aí as coisas iam, ela ia embora. Ela ficava com problemas, ela voltava” (Psic1)

Porém, essa questão obteve respostas contraditórias, pois também foi relatado que o adolescente decide logo se adere ou não ao processo, sem ficar oscilando. *“O adolescente normalmente, ele adere ou não adere.” (Psic9)*. Os clínicos ressaltaram que os fatores mais importantes para a adesão são a motivação para o tratamento e o vínculo com o terapeuta. Assim, eles descreveram que quando o adolescente procura o atendimento por sua própria vontade, ele se mostra mais motivado e tende a ter uma adesão mais satisfatória. No entanto, se o jovem vier ao consultório trazido pelos pais ou em função de solicitação da escola, ele poderá resistir ao tratamento e a sua adesão tenderá a ser mais oscilatória. Deve haver uma separação entre a queixa dos adolescentes e a problemática dos pais. *“Quer dizer, eles têm muita dificuldade... E muitas vezes, tu vai ver, é uma queixa dos pais, é uma questão deles, assim, não tanto do adolescente. Isso acontece bastante.” (Psic12)*. Para uma adesão satisfatória, é necessário que o adolescente tenha uma posição crítica sobre o seu próprio funcionamento e que ele saiba e admita que tem um problema a ser tratado. Caso contrário, a motivação será insuficiente para a manutenção do processo.

Em geral, os clínicos citaram que o tratamento possui um momento inicial, no qual o paciente demonstra resistência (*“Bah, o começo é difícil!” – Psic14; “É exatamente próprio duma instabilidade ou duma coisa assim, bem, bem, meio que de uma apatia, meio que um desinteresse, né?” – Psic10*), mas se ele percebe um interesse genuíno do terapeuta pelos seus problemas, ele tende a aderir à terapia, com interesse e participação. Portanto, o terapeuta deve ter flexibilidade com as regras da terapia, devendo analisar cada caso e tratar a resistência do jovem. A adesão, na sua opinião, depende diretamente da qualidade da relação entre paciente e terapeuta (*“Por que eles se sentem muito à vontade, né Adriano? Até eles sentem uma coisa também que, que acontece, né? Que é a coisa do afeto... E que o adolescente procura muito também, né? O sentimento com o afeto.” –*

Psic11; “Então uma transferência positiva que te ajude a, a fazer um vínculo de aceitação, né?” – Psic10). O paciente, conforme os psicoterapeutas, permanece em atendimento quando é entendido. Se ele se sente ameaçado, vai embora. Ele, também, permanece mais quando vê que o terapeuta não vai chamar os pais, entendendo essa atitude como respeito:

“Eles permanecem... Quando são entendidos. Quando não são confrontados, quando não são... Não sei se confrontado é o termo mais adequado, assim, mas quando são entendidos, permanecem, né? Agora, quando se sentem ameaçados, eles vão embora rapidinho. Mas permanecem. Eu observo comigo, que permanecem. E acho que permanecem muito mais, a partir do momento que vêem que o terapeuta não chama os pais. Permanecem muito mais. Quando observam isso assim, que realmente têm essa segurança e essa confiança. Isso já me foi trazido por vários deles.” (Psic15)

3.1.6 Frequência e duração do tratamento

A frequência da terapia descrita pelos clínicos como mais comum foi de uma vez por semana. Os terapeutas relataram que, com casos mais graves ou em momentos de crise, costumam trabalhar com uma frequência igual a duas ou três vezes por semana. O espaçamento das sessões para uma frequência quinzenal foi indicado apenas para casos em processo de desligamento, no final do tratamento. Os profissionais destacaram, também, que a questão financeira tem influenciado no sentido de uma diminuição do número de sessões e que isso tem resultado em uma redução da profundidade do trabalho, em dificuldades na formação do vínculo e em uma menor rapidez da ajuda terapêutica (*“Muitos que vinham três, até quatro vezes por semana, agora vêm menos. Vêm duas, vêm uma. A questão financeira, nos últimos tempos, influenciou. Houve diminuição de número, né?”* – Psic4), pois o ideal seria uma frequência de duas vezes por semana.

Quanto à duração da terapia, os clínicos informaram que o tempo de atendimento varia conforme os problemas tratados, o envolvimento familiar e os recursos de personalidade do jovem. Em geral, afirmaram, o tratamento com adolescentes dura menos do que com adultos, pois o jovem tem menor tolerância para permanecer em atendimento por mais tempo. Além disso, o jovem responde mais rapidamente do que os adultos. O tempo médio de atendimento descrito variou entre um ano a um ano e meio. Para casos mais simples, os terapeutas afirmaram que seis a oito meses de terapia são suficientes, sendo esse o tempo mínimo, segundo eles, para que o processo tenha efeito. Com casos mais difíceis (problemas que impedem tarefas previstas ao desenvolvimento normal do jovem, como estabelecimento de relações sociais, desempenho escolar ou profissional e

amadurecimento emocional), a terapia pode durar mais de dois anos. A duração de dois anos e meio, informaram, é considerada longa, porém, com adolescentes finais até quatro anos de tratamento é um tempo de permanência possível (Psic7). Esse tempo, entretanto, pode ser variável, pois muitos atendimentos possuem interrupções temporárias e retornos posteriores dos adolescentes.

3.1.7 Dificuldades no atendimento a adolescentes

As principais dificuldades no atendimento a adolescentes referem-se a resistências dos pais, do próprio adolescente e dos terapeutas. Também foram destacadas como problemáticas características como o silêncio nas sessões e algumas dificuldades do profissional.

Os clínicos relataram que o grande desafio no atendimento ao adolescente é ter que lidar com os seus familiares. A família nem sempre entende ou aceita as mudanças e transformações do jovem em terapia. Segundo eles, existe uma questão ética no trabalho com os pais, pois são eles que pagam a terapia (*“às vezes tu tá ajudando o teu paciente, ele tá melhorando, e os pais resolvem tirar ele de tratamento. Porque não é o adolescente que paga.”* – Psic1). Os objetivos dos pais para o tratamento nem sempre combinam com os do adolescente e essa diferença deve ser trabalhada pelo clínico. O terapeuta, assim, deve posicionar-se quanto às expectativas da família para o tratamento e *“não fazer o jogo dos pais”* (*“Então aí é uma grande dificuldade. Quando o adolescente chega pra ti com uma mensagem embutida dos pais: eu quero que tu faça isso e isso com o meu filho.”* – Psic1). Portanto, a aliança terapêutica com os jovens deve ser trabalhada também com os familiares, para que a adesão de ambos, pacientes e pais, ocorra em benefício do processo.

Outra questão familiar destacada pelos terapeutas foi o sigilo (*“Eles ficam muito: ‘Mas isso tu não vai contar pros meus pais, né?’; ‘Eu vou te contar, mas tu não pode contar pra eles’. Isso é muito freqüente, essa preocupação, né?....”* – Psic5). O contato com os pais deve ser combinado previamente com o adolescente e algumas sessões poderão ser realizadas com o jovem presente. Alguns pacientes, conforme os entrevistados, não aceitam esse contato e isso deve ser respeitado (exceto em casos de maior gravidade, como risco de exposição, de suicídio ou de cometer atos infracionais).

“Alguns adolescentes não aceitam. Isso tem que ser respeitado. Não se... Não que não se objeta nunca. Quando tu joga limpo, tu diz pra eles o que que tá vendo, que áreas poderiam ser trabalhadas, o que que podia... Em entendimento. E ele diz ‘olha, não. Se o senhor quiser falar com a família tudo bem, que eu não to a fim!’. Então eu os vejo, mas ele fica com toda. Ele

pergunta. Ele pode perguntar pra família. Essa família tem que informar antes que falaram comigo, entende? Informar.” (Psic4).

A preocupação do adolescente, afirmaram os clínicos, é saber se o terapeuta vai contar para os pais as suas questões tratadas em terapia. O terapeuta deve preservar a confiança do jovem, combinando sempre os contatos com antecedência. No entanto, em geral, eles enfatizaram que o jovem responde bem ao contato familiar. O fato de trabalhar as questões dos pais pode dar segurança ao adolescente, pois ele sente que o terapeuta “*está cuidando da família*” (Psic4). As questões tratadas junto aos pais podem incluir um engajamento familiar no tratamento (pais não se eximirem de participar, evitando deixar tudo com a terapia) e orientação para lidar com os filhos em questões como o limite.

As dificuldades do terapeuta referiram-se à relação mais intensa no atendimento ao adolescente. Assim, os clínicos devem ser capazes de suportar as provocações e testes que o jovem faz durante o processo. Ele pode se mostrar bastante onipotente e pouco disposto a ouvir o psicoterapeuta (“*Essa é a maior dificuldade, né? De poder fazer com que o adolescente te escute, assim, com toda essa onipotência; de poder ajudá-lo.*” – Psic15). Os entrevistados mencionaram que, quando “*a terapia não avança*”, a dificuldade pode ser do terapeuta para lidar com as inconstâncias típicas do processo. Tal situação exige um exame sobre as causas de alguma questão do paciente estar dificultando a ação terapêutica (“*Eu acho que são, os terapeutas mesmo, nós, terapeutas, entramos muito numa coisa de não elaborar, de termos algumas dificuldades, de conversarmos sobre algumas dificuldades, né?*” – Psic4). Os terapeutas chegaram, mesmo, a relatar que o atendimento de adolescentes é visto pelos clínicos como mais difícil e pouco gratificante:

“Porque a infância e a adolescência, isso é tradicional, né? São as filhas indesejadas da psicanálise. Isso tá escrito nos livros, inclusive. Muita gente começa trabalhando e abandona. Justamente porque tem os pais, tem os pais que não nos pagam, que abandonam quando o tratamento tá na melhor parte, que desvalorizam, né? Então, trabalhar com adulto é muito mais simples: o adulto vem porque quer, falta porque quer. Ele paga o seu tratamento. É outra história. Então a maioria. Muita gente acaba largando a infância e a adolescência e indo trabalhar só com adulto.” (Psic1).

Esse preconceito pode gerar resistências nos terapeutas, tendo sido citado como uma das principais dificuldades da terapia. Juntamente com essas dificuldades, o silêncio, muito freqüente, pode levar a uma elevação da ansiedade do terapeuta (“*Eu acho que o silêncio acentuado, eleva a ansiedade... sou mais ativa no atendimento de adolescentes do que eu seria no atendimento de um adulto, por exemplo. Eu participo mais, eu talvez*

pergunte mais, evite tanto o silêncio, né?” – Psic5). Muitos adolescentes, em especial os púberes, disseram os entrevistados, falam pouco na sessão, preferindo se comunicar através de jogos e desenhos. Os terapeutas devem lidar com essa restrição à comunicação verbal, preferindo utilizar a mesma linguagem escolhida pelo jovem. Dessa forma, os clínicos que preferem as técnicas verbais podem encontrar dificuldades ao tratar adolescentes iniciais.

3.1.8 Avaliação de resultados

Os terapeutas, quando solicitados a falar sobre a avaliação de resultados da terapia que realizam, mostraram-se com dificuldades para responder ao item. Eles pediram esclarecimentos sobre a pergunta e, depois de refletirem, afirmaram ser essa uma questão bastante subjetiva e de difícil definição:

“Resultados, até tem resultados. Mas daí a dizer, assim, a cura mesmo, aí é a psicanálise, né?” (Psic8)

“Ah... Uma medida?... Eu acho que seria mais referente ao efeito do... Aos efeitos do tratamento, assim, né? Como é que se pode avaliar esses efeitos aí, tanto eu acho, essa pergunta vem depois do, colada com a alta, justamente no sentido de... Pra refletir essas questões da alta e do pós-alta também. Que que permanece, o que que não permanece? Eu acho que a gente pode pensar essas, esses dois aspectos.” (Psic4)

Os entrevistados afirmaram que avaliam o tratamento com base nas queixas do adolescente, comparando-as com o seu funcionamento geral, após o processo. Compara-se a demanda inicial do paciente com o que ele conseguiu em termos de grau de sofrimento, de adaptação social ou relação com amigos, de rendimento escolar, de relacionamentos de namoro, de escolha profissional e de vínculos familiares.

A família, especificamente, foi destacada como fundamental para a alta (*“É muito comum que, por exemplo, na alta tu também converse com a família... E também um parâmetro importante de avaliação é o crédito ao familiar.” – Psic4*). A avaliação, na visão dos entrevistados, deve ter como base a patologia e devem ser analisados focos como *“ansiedade, crise de angústia e medo” (Psic4)*. Além disso, deve-se verificar a *“capacidade do jovem de ir resolvendo as suas coisas” (Psic14)*. A função da terapia, afirmaram, é restabelecer a condição do paciente de ter prazer e leva-lo a uma compreensão do significado de suas ações, além de *“ter a liberdade de cumprir a sua vida” (Psic15)*. A definição de objetivos claros, como respostas esperadas aos jovens e a comparação das metas alcançadas, com a literatura e em supervisão foram citados como importantes para a avaliação dos resultados (Psic12). Outro critério referido foi a retomada

da capacidade do paciente de realizar as mudanças de atitude, no sentido de uma autonomia, sem precisar do terapeuta (Psic15). O resultado, no consenso dos terapeutas, depende do vínculo do paciente e da sua família com o clínico, além da adesão dos mesmos ao tratamento.

Quanto ao término do tratamento, os clínicos oscilaram nas respostas, privilegiando um diálogo entre a percepção dos próprios pacientes e os critérios dos terapeutas. O término programado incluiu um processo discutido com o paciente, de diminuição no número de sessões, com duração de dois a três meses (Psic4). Nesse processo, conforme os terapeutas, deve-se trabalhar sentimentos de abandono, a percepção do adolescente sobre o que ele acha que falta mudar e a aceitação do que ele não conseguirá modificar. O terapeuta deve, afirmaram eles, conduzir esse período com flexibilidade e moderação, para não reter o paciente em demasia, nem apressar o término.

Em geral, os terapeutas não determinaram com precisão os critérios para o término da terapia. Eles relataram que decidem em conjunto com o adolescente, observando suas reações e sua própria percepção sobre os objetivos alcançados. Essa decisão conjunta é acompanhada por uma avaliação dos clínicos sobre o estado geral do adolescente (*“Quando as coisas vão bem, isso acontece dentro da cabeça da gente e do adolescente: nunca é uma surpresa. Nem pra mim, nem pra eles, né? É uma coisa que acontece mais ou menos junto. Eu, eu costumo combinar.”* – Psic6). Eles observam a independência do jovem em relação à família, além do seu desempenho em áreas como a vida escolar, os namoros, as amizades, o lazer e a decisão profissional. Muitas vezes, entretanto, eles afirmaram que o término se dá por abandono do tratamento, pelo jovem ou pela família, e o processo de desligamento gradativo não ocorre. Esse abandono não significa que a terapia não produziu efeitos, enfatizaram, e não é incomum uma procura do tratamento algum tempo após o término (mesmo por abandono). Quando isso ocorre, os jovens chegam ao consultório com mais facilidade de retomarem a terapia (*“Porque, às vezes, se trata numa época, né? E depois volta em alguma outra, alguma outra etapa. E esses adolescentes que se trataram na infância, são adolescentes bem diferenciados.”* – Psic6). Quando paciente e terapeuta não concordam sobre os objetivos da terapia ou sobre o término do processo, isso deve ser discutido e trabalhado em sessão, pois o andamento do tratamento depende de um entendimento conjunto (*“O terapeuta vai até mostrar, vai trabalhar junto com o cliente e vai mostrar que talvez não seja a hora, assim, daquilo [término].”* – Psic15).

Ao discutirem a “cura”, os entrevistados afirmaram que o que existe é um alívio de ansiedade e de sintomas. O termo “cura” é controverso, segundo eles, pois todo o processo

terapêutico é muito subjetivo e impreciso (*“Mas dentro dos objetivos da psicoterapia, que seja aliviar aquela ansiedade, tu ter um sintoma, tu ter uma queixa e tu ir buscar, né? E ao redor disso vem uma série de outras melhoras.”* – Psic8; *“Só que eles (autores clínicos) falam de conceito de saúde, de alta, então isso é muito relativo.”* – Psic14). Quanto a essa imprecisão, no entanto, os entrevistados vinculados a abordagem cognitivo-comportamental (Psic12, Psic13) também afirmaram que se pode ter uma objetividade na avaliação dos resultados, com vantagens para o término. Eles disseram que traçam um objetivo e avaliam periodicamente com o adolescente o que foi alcançado, além de trabalharem a prevenção de recaídas, através de estratégias e técnicas para manter os comportamentos adquiridos.

Em contraste com a dificuldade de avaliação dos resultados terapêuticos, foi referido em entrevista um critério de avaliação baseado no desenvolvimento humano. A psicoterapia, como tratamento sistemático, deve ser indicada somente para casos específicos, nos quais o desenvolvimento está interrompido ou prejudicado. Sempre há conflitos em cada etapa e, portanto, sempre há questões a serem tratadas pelo terapeuta (Psic6). O profissional, com o conhecimento desses conflitos, pode avaliar se os problemas do adolescente estão dentro do esperado para sua faixa etária. Nesse caso, o clínico deve optar por uma intervenção mais breve e focal. Caso contrário, a indicação será de uma terapia mais longa, com o objetivo de que o adolescente possa voltar para a sua etapa evolutiva e seguir com o seu desenvolvimento normal.

3.1.9 Participação da família no processo psicoterapêutico

Os clínicos enfatizaram a participação da família como fator fundamental para o processo. A participação da família está associada à adesão, aos resultados efetivos e, também, as principais dificuldades do tratamento. As sessões conjuntas incluindo os pais e o adolescente foram definidas como muito produtivas (*“A sessão é muito produtiva, porque os dois acabam vendo o que que tá acontecendo. O que que ambos enxergam, né?”* – Psic15). Os resultados, associados à motivação do jovem, foram relacionados com a participação e a adesão dos pais. Por outro lado, resistências familiares ao tratamento foram referidas como decisivas para um resultado insatisfatório. A família também foi citada como fonte de informações para o processo de avaliação e término, e o trabalho da comunicação do jovem com os pais foi indicado como tarefa do atendimento. Portanto, a família foi descrita como um elemento decisivo em todo o processo psicoterapêutico.

3.2 Adolescência

Os terapeutas relataram a sua percepção da adolescência, as principais características dessa fase, suas interações e tarefas típicas, além da oportunidade e desafio em que se constitui. Não foram propostas questões específicas sobre esse tema e, portanto, as percepções dos clínicos sobre a adolescência foram fornecidas durante o relato espontâneo sobre os demais temas sugeridos na entrevista.

3.2.1 Fases da adolescência

A referência inicial citada pelos clínicos para definir a adolescência foi a fase da infância (*“É, porque a gente não tem como separar muito, assim [infância e adolescência].”* – Psic1; *“Com o adolescente tem uma fase de transição que tu tem meio que se adaptar. Funcionar mais como se fosse com uma criança.”* – Psic2). Segundo eles, a adolescência é um período identificado com as características infantis e, muitas vezes, essas etapas são vistas como indiferenciadas (*“Porque eu acho o adolescente bem espontâneo, né? Ele traz ainda aquela coisa da espontaneidade da criança.”* – Psic11). As razões relatadas pelos terapeutas para essa identificação referiram-se à formação clínica, que é realizada em conjunto, nos cursos de formação em psicoterapia (Ceapia e Abuchaim), e ao fato de o adolescente apresentar certas características relacionadas com a infância, como uma maior originalidade.

A adolescência também foi definida como uma fase dividida em várias etapas. Os profissionais relataram um período inicial, ou puberdade, um período médio e um período final (*“Uma coisa é um adolescente púbere, outra coisa é um pré-adolescente, outra coisa é a adolescência mediana e outra, a adolescência tardia.”* – Psic6). A principal diferença entre essas fases, disseram eles, ocorre em relação ao púbere e ao adolescente tardio. O púbere foi descrito como bastante ambivalente (às vezes é mais maduro, outras vezes é mais regressivo), pois possui muitas características infantis. Essa fase inicial da adolescência ocorre, segundo os clínicos, em torno de onze a quatorze anos de idade. Ela foi definida como uma idade de retração, vergonha, estranhamento com o corpo e confusão mental (*“confusão de um corpo que não tem uma mente para dar conta”* – Psic3). Na visão dos participantes, *“é muito difícil de lidar com o púbere porque ele, em geral, não quer se tratar e vem trazido pelos pais”* (Psic2). Ele é mais defensivo, fechado e fala pouco. Os terapeutas, mesmo, relataram que, por vezes, preferem não atender jovens nessa etapa, acreditando que o tratamento nessa idade é improdutivo (*“Adolescente tipo, doze, treze anos assim eu não atendo”* – Psiq9). A terapia é predominantemente vivencial (expressividade corporal, jogos, desenhos e brincadeiras), inclui constantes sessões com os

pais e a demanda emocional tratada refere-se à dependência familiar e às transformações corporais.

Os entrevistados disseram que, com o desenvolvimento, o púbere adquire mais liberdade de expressão, se dá conta de mais coisas e passa a falar mais. Ele entra assim em uma etapa média da adolescência, na qual predominam características como vitalidade, expressividade e riqueza de idéias. O tratamento passa a necessitar de menos sessões com os pais e se centra mais na verbalização. Nesse momento, a adolescência média, o jovem deseja expressar sua criatividade e costuma trazer para as sessões algumas poesias, desenhos e músicas que refletem suas mudanças.

Na adolescência final, conforme os clínicos, *“o ego do jovem está mais afirmado”* (Psic8), ele já tem alguma fonte de renda, e a tarefa principal da terapia passa a ser a transição para a adultez (Psic1). O adolescente final é mais aberto, se expõe, fala mais e é muito questionador. Ele está, na visão dos terapeutas, se preparando para assumir um estilo de vida próprio. Ao contrário da puberdade, relatada como uma fase difícil e desagradável de tratar, a adolescência final foi descrita como interessante e muito estimulante para a prática clínica.

3.2.2 Normalidade

Os terapeutas afirmaram que um fator importante para a condução do tratamento é a avaliação constante do adolescente conforme critérios de normalidade. Quanto a esses critérios, no entanto, ressaltaram que não sabem com clareza o que é normal na adolescência:

“Existem certas características do adolescente que são esperadas pra aquela idade. Não sei se seria considerado, talvez, um sintoma ou um quadro patológico, na infância ou na adultez, né?” (Psic5)

“Foi interessante, porque a infância também não deixa de estar encadeada com a psicose, né? Então a falha do desenvolvimento tá naquilo, né?” (Psic3)

“Então assim, porque a gente trata de adolescente sabe muito bem que tem uma síndrome aí, que é normal, então você vê o adolescente muitas vezes com raiva, ele ter um processo meio esquizóide, meio, meio assim, desligadão, meio, de repente ter um comportamento atípico faz parte de um processo de mudança, né? Então por isso que todos diagnósticos não fecham na adolescência.” (Psic10)

A teoria, disseram, auxilia, fornecendo alguns parâmetros, mas, na prática, tem-se que avaliar o contexto do jovem, as relações familiares e a sua adaptação aos elementos do seu ambiente.

Existe, afirmaram os clínicos, uma grande confusão entre o que é normal e o que é sintoma nesta fase do desenvolvimento. Parte dessa confusão, opinaram, se deve à previsão de comportamentos patológicos a partir da puberdade. Assim, espera-se que o adolescente apresente comportamentos que incluem: dormir demais, atitudes de confronto, de oposição, de rebeldia, baixa auto-estima, retração social, confusão mental, onipotência, ambivalência, mudança brusca de humor, falta de limites, impulsividade, intolerância com as tradições, uso de drogas, transgressão, choques com os pais, com a sociedade, relacionamentos familiares desgastantes, além de raiva e irritação com os adultos.

“Então eu tenho: mentira, até assim, roubo, né? Matar aula, coisas que... Tem algumas coisas dessas que são normais nos adolescentes, como matar aula, né? Ou, sei lá, sair e chegar mais tarde, né? Ou algumas mentiras assim, que fazem parte da adolescência.” (Psic12)

“Porque eu acho que tudo que é adolescente mata aula, né?” (Psic13)

Essa visão da adolescência como uma fase conturbada, segundo o relato dos terapeutas, foi associada à influência das teorias, mais especificamente a psicanálise. Conforme os entrevistados, a teoria psicanalítica prevê que a adolescência ocorra com *“sintomas psicóticos”* (Psic3 e Psic4), com características *“esquizóides”* (Psic10), constituindo uma *“síndrome normal”* (Psic7 e Psic10). Em contraste com essa visão, entretanto, os clínicos também ressaltaram que *“a adolescência é uma manifestação cultural, com características variando de cultura para cultura”* (Psic14). E que os adolescentes são apenas pessoas muito mal compreendidas (*“E, acima de tudo, eu acho que são pessoas, às vezes, muito mal compreendidas, né? Tachadas como, porque, não querem nada com a vida, são incoseqüentes, não são capazes de, de ter consciência dos seus atos.”* – Psic14).

3.2.3 Potencial de saúde

Mesmo com essa visão da adolescência como uma fase conflituada, o adolescente foi descrito pelos clínicos como alguém com um grande potencial de saúde, cuja criatividade está a serviço do desenvolvimento e da formação da personalidade. Assim, essa fase foi definida como muito propícia às intervenções clínicas, com os jovens respondendo muito bem e mais rapidamente do que os adultos à terapia (*“eu acho que alguma coisa peculiar, uma coisa boa do atendimento de adolescente é a, o potencial de*

saúde, né? Comparado ao adulto mais maduro, é bem maior, então o resultado, o bom resultado é mais rápido.” – Psiq8). O jovem é um questionador, em constante transformação, com maior contato com os seus sentimentos e com um estímulo para as coisas da vida, afirmaram os terapeutas. Essa etapa é o momento de maior abertura para a experiência e permeabilidade. Ela foi caracterizada como uma fase intermediária, cujo processo de diferenciação e transformação ocorre acompanhado de uma grande carga energética, com o objetivo de preparação para a independência (maturidade biofísica, mental e afetiva).

“Como a adolescência que já se sabe que neurologicamente é uma fase que tem uma abertura, uma permeabilidade até neuronal maior. Então eu acho que nesse fato é melhor até, do que quando tu trabalha com uma pessoa que tem as coisas mais estabelecidas, né? É mais difícil de escutar, já acha que sabe tudo. Embora na adolescência exista uma onipotência, existe uma permeabilidade.” (Psic9).

A adolescência, portanto, foi definida como a fase da transformação da criança no adulto e, assim, rica em possibilidades. Os terapeutas, ainda, ressaltaram que a *“idade das descobertas”* (Psic13) pode ser um momento de oportunidades de desenvolvimento, mas para isso, o jovem deve estabelecer projetos e metas de vida. Além desses projetos, a comunicação com os pais foi destacada como fundamental para o uso construtivo da criatividade.

3.3 Formação

Os terapeutas responderam sobre a sua percepção da formação clínica com adolescentes, das atividades acadêmicas realizadas durante a formação e atualmente, e dos cursos de graduação e seu direcionamento para a adolescência.

3.3.1 Cursos de formação clínica

Os entrevistados afirmaram que a referência para a sua prática clínica está nos cursos de formação, baseados em uma determinada linha teórica. Esses cursos, conforme os clínicos, fornecem subsídios para lidar com a demanda dos adolescentes, porém, esses recursos nunca são suficientes, pois *“o referencial teórico pode não se encaixar com os pacientes”*.(Psic1) A teoria não se atualiza com o dia-a-dia e a necessidade de tratar objetivamente com os problemas trazidos no consultório obrigam os terapeutas a uma constante atualização (*“A gente se forma e, claro, a gente aprende bastante na faculdade,*

nos estágios, mas a gente ainda precisa muito de supervisão depois que se forma, né? E por um bom tempo, assim. Pra poder atender.” – Psic12).

Em geral, a formação foi descrita como muito teórica e pouco prática. A ênfase dos cursos, afirmaram, tem sido o aprofundamento da teoria e o número de pacientes atendidos durante a formação tem sido insuficiente. Os clínicos, assim, acabam formando-se com pouca experiência prática. Eles relataram que sua trajetória foi muito caracterizada pelo aprendizado através do atendimento no dia-a-dia e que o conhecimento que adquiriram proveio predominantemente dessa prática sistemática. Algumas questões práticas, como a cobrança dos honorários, não são discutidas na formação, constituindo-se em uma lacuna a ser preenchida pela supervisão.

“E acho que tem que estudar e tem que atender, porque as coisas vão mudando também, né?” (Psic6)

“Mas entende que a prática tem que ser mais estimulada, a clínica. E eu acho que, às vezes, em função de cuidar tanto do valor, de mostrar pro aluno, se cuida demais e se dá pouca, pouca (supervisão)... Eu acho que a teoria é importantíssima, mas é muito importante isso, eu acho, de poder contar. O olho clínico, o olhar clínico, a vivência, a experiência, a repetição. Ver coisas, né?” (Psic4)

“eu acho que isso é um estudo contínuo, né? Isso a gente tem que continuar fazendo... É um processo contínuo, né? Que você tem que tá sempre, o tempo todo, o tempo todo (estudando).” (Psic10)

Esse compromisso com a atualização foi ressaltado como importante para a seriedade do atendimento, pois os terapeutas afirmaram que *“essa é uma profissão que lida com a vida das pessoas – é muita responsabilidade – e, portanto, tem que se ter conhecimento do que está fazendo, da técnica”*. (Psic12) Além disso, foi relatada a importância da experiência com psicopatologia, no tratamento de pacientes psicóticos, e com psicodiagnóstico, como formas de qualificação do profissional.

O atendimento a adolescentes é ensinado junto com a terapia infantil, nos cursos com formação em terapia da adolescência. Essa formação conjunta resulta, na visão dos profissionais, em uma associação (às vezes em uma indiferenciação) de ambas as etapas do desenvolvimento. Apesar dessa associação, eles enfatizaram que infância e adolescência são duas especialidades diferentes, com técnicas distintas.

Outro fator destacado como fundamental para a formação foi o tratamento psicoterapêutico do próprio clínico. As suas questões devem estar resolvidas,

principalmente as referentes à sua adolescência, para que ele possa tratar os problemas dos seus pacientes adolescentes.

“Eu acho, assim, tenho o meu parecer, da minha experiência, que, assim como eu te disse no início, como terapeuta, eu tenho que tá revisando constantemente a, o meu entendimento, né? Como é que foi da minha infância, da minha adolescência, como eu aceito a sexualidade.” (Psic10)

Assim, a formação deveria centrar-se na figura do terapeuta, com um treinamento específico, mais o tratamento pessoal. *“A literatura dá os instrumentos para a prática – estratégias e técnicas – mas a maneira de aplicar esse conhecimento depende do terapeuta.” (Psic12)*. A definição ideal da formação de terapeuta de adolescentes, segundo os entrevistados inclui supervisão, auto-análise, conhecimento teórico e talento.

“Supervisão e a própria terapia, né? Ah...O conhecimento teórico, né, que é indivíduo, né? E, e o talento, né? Gostar. Gostar muito. Acho que é todo um conjunto. Ou então gente que não tá nervosa, que não é médico, nem psiquiatra, né? Mas que diz algo que acaba promovendo melhora nas pessoas. Isso também acontece muito. Com um pastor, e com o professor, né? Isso é uma coisa inata, né? Eu acho, acho que é um dom.” (Psic8)

Os clínicos relataram, também, que permanecem vinculados ao local de formação, realizando diversas atividades, como grupos de estudo, seminários teóricos, encontros de profissionais, discussão de casos clínicos, intercâmbio com outros profissionais, supervisão, além de atividades vinculadas à formação de outros terapeutas. Quanto à escolha da linha teórica, eles afirmaram que esta depende dos autores com quem se identificam, sendo uma decisão de caráter pessoal e subjetiva (*“eu tenho os meus autores.”* – Psic9).

Os terapeutas sem formação específica em adolescência, igualmente, descreveram que a sua formação teve como base a combinação de teoria clássica com supervisão da prática. Eles ressaltaram que a prática atualiza o profissional e que as teorias e as técnicas se desatualizam, ficando ultrapassadas. Esses terapeutas criticaram a hegemonia da formação na linha psicanalítica, em Porto Alegre, afirmando que são formados muitos profissionais em uma mesma técnica, em detrimento de uma diversidade teórica. Segundo eles, a abordagem psicanalítica é importante, mas é incapaz de resolver todos os problemas dos pacientes. Outras técnicas podem ser mais efetivas com determinados adolescentes e deve-se fazer uma crítica da técnica que se está utilizando, a fim de que se possa tentar outras abordagens, caso a terapia não esteja funcionando.

“E eu, eu penso que às vezes uma abordagem psicanalítica não vá resolver, né? Todos os tipos de problemas e de patologias, né? Que a gente vê por aí. Não que a minha técnica vá resolver. Acho que a gente precisa ter muita, muita adequação, né? Pra quando tu pega, um paciente te vem e tu tem que te dar conta se tu vai poder ajudar ele ou não, né? Ou se tem outras coisas que poderiam ajudar mais, né? Ou que seriam mais assertivas naquele caso, onde a gente conseguiria mais resultados praquela pessoa.” (Psic13)

Os psiquiatras, por sua vez, discutiram as dificuldades de mensurar resultados da terapia e afirmaram que, por essa característica, *“a psiquiatria é uma especialidade atrasada em relação a outras da medicina, no nível científico”* (Psic8).

3.3.2 Cursos de graduação

A faculdade, na visão dos terapeutas, não os habilitou para o trabalho clínico. A graduação apenas aborda superficialmente o atendimento psicoterapêutico. *“A graduação, no meu caso, me deu pincelada de todas as áreas, mas não me senti pronta pra... Pra trabalhar em nenhuma área.”* (Psic2). Além disso, os cursos não possuem um enfoque na infância ou na adolescência. Apenas uma ou duas disciplinas da graduação, enfatizaram, referiam-se à adolescência (desenvolvimento e psicopatologia). Junto a uma abordagem mais geral da clínica, os entrevistados também afirmaram que a universidade privilegia uma formação teórica e que os professores, geralmente, *“não possuem experiência prática”* (Psic6). Esse fato, argumentaram, explica o sentimento de despreparo para a prática da terapia após a formação. São ensinadas muitas técnicas, mas não quando ou por que se deve usa-las. Portanto, a faculdade se constitui, conforme os terapeutas, em um ponto de referência mais global, a partir do qual, os profissionais recém formados devem buscar um direcionamento mais específico, através de um *“curso de formação em uma linha teórica”* (Psic12). Entretanto, a faculdade, disseram os clínicos, não possui uma unidade, impossibilitando ao profissional em formação uma visualização do todo. As disciplinas são muito parciais e desconexas entre si. Segundo os entrevistados, as universidades não estão preparadas para a clínica.

“O grupo de estudos que eu fiz, durante um ano, que era um curso-grupo de estudos, o meu grupo, né? Me deu muito mais subsídios do que a faculdade.” (Psic12).

“E eu acho que, que a universidade dá uma visão muito generalizada das coisas e muito parcial, assim, ela é muito quebrada nas suas cadeiras. Pelo menos, na minha experiência. Não houve uma visualização do todo, assim. Eu

acho que num curso específico, numa formação, ela te consolida um pouco algum, algumas lacunas que vão ficando.” (Psic14).

Uma crítica de terapeutas não psicanalistas foi à ausência de linhas teóricas diferentes da psicanálise. Conforme eles, a ênfase dos cursos das universidades no Rio Grande do Sul é na teoria psicanalítica e poucas disciplinas referem-se a técnicas de outras abordagens.

“Eu acho que as universidades não se dizem seguidoras de nenhuma linha, né? Mas se tu perguntar pra qualquer aluno, e se tu for ver o volume de material dele de trabalho, os livros que ele usa, todos eles têm, né? O referencial psicanalítico, né?” (Psic13).

Apesar disso, os clínicos referiram que algumas atividades realizadas durante a graduação, como os estágios, tiveram um peso importante na sua formação profissional (Psic14).

3.4 Pesquisa e clínica

Os terapeutas foram questionados se utilizam dados de pesquisa para a sua prática clínica. Além disso, foram indagados se há repercussões do uso ou não da pesquisa na psicoterapia e como vêem esse campo (pesquisa) em relação aos tratamentos e técnicas com adolescentes.

3.4.1 “Como assim”?

Os entrevistados apresentaram dificuldades para compreender as questões relacionadas com a pesquisa. Em geral, pediram esclarecimentos sobre o significado dos termos “dados de pesquisas”.

“Como assim?... Ah! Estudo muito. Ah! Estudo muito, assim, né? Mas é assim: literatura mais psicanalítica, né?” (Psic6)

“Ah... Dados de pesquisa tu te referes a trabalhos?... Situações de psicoterapia analítica, de psicanálise, ãh, elas são difíceis de ser mensuradas. Quer dizer, não tem como ser mensuradas. ãh... No real não é tão objetivo assim.” (Psiq8)

“Como assim?... Em livros trazem muito, né? Tantos por cento disso, tantos por cento daquilo. E claro que a gente se baseia bastante nisso, né?” (Psic12)

“Como assim, dados de pesquisas?” (Psic13)

Mesmo após uma breve elucidação da pergunta (“Pesquisas qualitativas, pesquisas quantitativas, né? Específicas sobre adolescentes, ou específicas sobre a prática clínica, sobre resultados terapêuticos...”), os clínicos buscaram algumas referências próprias para

suas respostas, dando a impressão de pouca ou nenhuma familiaridade com o tema. Segundo eles, a pesquisa tem a ver com “*estatística*” (Psic5), “*mensuração*” (Psic8), “*estatística sobre doenças*” (Psic9), “*coisa da medicina*” (Psic8), e confunde-se com “*teoria*” (Psic7) ou com “*literatura na sua linha teórica*” (Psic6), “*pesquisa na teoria*” – (Psic7), e “*estudar teoria*” (Psic11).

Os terapeutas afirmaram, a partir de sua compreensão da área, que não utilizam dados de pesquisa para a sua prática psicoterapêutica. Eles lêem e estudam seu referencial teórico e os trabalhos realizados pelos terapeutas de sua linha (psicanálise, cognitivismo, humanismo, Gestalt, entre outros). Algumas causas apontadas para essa falta de contato foram: as pesquisas “*referem-se mais à parte orgânica*” (Psic2), “*não se realiza muitas pesquisas na nossa área (clínica)*” (Psic2), as faculdades e os cursos de formação “*são pouco preocupados com pesquisa e não realizam pesquisas de investigação*” (Psic4), os clínicos “*possuem uma cultura de estudar muito e escrever pouco*” (Psic4), os terapeutas “*são muito teóricos*” (Psic4), “*há pouco estímulo para a pesquisa – falta tempo, disponibilidade e conhecimento*” (Psic4), os dados são muito subjetivos para avaliar resultados terapêuticos (Psic4, Psic5 e Psic8), “*é comum terapeutas não usarem pesquisas por que não têm acesso a elas*” (Psic5), “*não há preparo para a pesquisa*” (Psic6), “*as pesquisas são muito teóricas, com dados estatísticos*” (Psic12), “*os temas são muito repetitivos – só se fazem pesquisas sobre drogas e sexualidade*” (Psic12), existem pesquisas com “*dados manipulados*” (Psic15), e “*falta uma atitude do terapeuta de ler mais, procurar mais e se informar mais*” (Psic14).

3.4.2 Repercussões para a prática

Os clínicos disseram que uma maior utilização da pesquisa poderia auxiliar a prática das psicoterapias. Apesar de não se valerem de resultados dessa área, eles afirmaram que acham importante uma modificação desse comportamento. Segundo eles, dados de pesquisas poderiam dar subsídios importantes para os tratamentos, como “*informações sobre doenças*” (Psic9), “*índices de abandono da terapia*” (Psic4), “*resultados de técnicas*” e “*comportamentos esperados para a adolescência*” (Psic13). O trabalho ficaria, assim, “*mais sério*” (Psic4). Na visão dos profissionais, o contato com esse campo seria vital, pois “*pesquisa é um pouco de prática: vai-se a campo, conhece-se o mundo real*” (Psic14). A pesquisa pode ser “*muito útil, pois, se fidedigna, mostra o que está acontecendo*” (Psic15).

Atualmente, enfatizaram, discute-se se a psicoterapia seria uma forma de “*religião, de arte, de cultura ou de ciência*” (Psic4). Eles citaram, ainda, “*pesquisas baseadas em*

evidências” que têm confirmado ou rejeitado formulações teóricas da psicanálise (Psic8). O clínico poderia, assim, rever as formulações da sua teoria. No entanto, em geral, resultados terapêuticos, para os profissionais, baseiam-se somente na “*crença de que a intervenção da sua linha teórica faz o paciente melhorar*” (Psic8). Outra questão apontada pelos clínicos refere-se à atualização do conhecimento e da literatura sobre a adolescência (Psic10). O adolescente de hoje não é o mesmo dos livros teóricos clássicos (Psic11 e Psic13). A pesquisa teria um papel importante nessa atualização, enriquecendo o trabalho do terapeuta (Psic4).

“Acho que falta. Falta. Nós devíamos ter mais casos catalogados, investigados. Porque, não adianta a gente ter casos riquíssimos e que nós não temos estatística, né? Que nos ajudaria muito, enfim, na nossa própria formação... Às vezes tu vai vim com dados baseados em norte-americanos, em ingleses que tu leu. Estatísticas vinte, trinta anos atrás que nem assim, quando eu digo, alguém fala ‘não porque trinta, 30, 35% dos casais se separam, três a cinco anos depois voltam a viver juntos’. Isso é uma estatística de 1970, dos Estados Unidos. E hoje?” (Psic4)

“Eu acho que clínica é um trabalho mais sério. Não é que não seja sério. É que ficaria mais comprovado. Que isso é um dos problemas, né? A psicanálise é uma ciência, né? É uma religião? O que que tem de concreto, né? O que que tem de real no tra... Isso é uma das questões que, às vezes, as pessoas nos falam muito, né? O que que ela é? É ciência, né? É religião? É arte? É cultura? Nós temos que. Nós temos que questionar dentro de nós, assim, como tornar as coisas mais. Até psicoterapeuticamente mais concretas. Olha tem tantos casos e evoluíram assim, né? Então acho que isso nos falta.” (Psic4)

Entretanto, contraditoriamente, os terapeutas também não se mostraram certos de que a não utilização de dados de pesquisa realmente tem repercussões para a prática clínica (Psic15). Eles chegaram, mesmo, a afirmar, indagados se a pesquisa poderia instrumentalizar a realização das psicoterapias, que: “*Acredito que muito pouco, mas sim. Acho que sim.*” (Psic5)

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

4.1 Análise redutiva e interpretativa

As respostas encontradas nessa pesquisa indicaram que os terapeutas têm utilizado diversos fatores do desenvolvimento na sua prática cotidiana, conforme assinalado no modelo de Holmbeck e colaboradores (2000). Foram citados como importantes elementos da psicoterapia, mudanças biológicas da puberdade, modificações cognitivas e adaptações sociais. Além disso, foram associados contextos como a família e a escola a tarefas do desenvolvimento, como autonomia, identidade e sexualidade. Em acréscimo, os terapeutas citaram a importância de fatores individuais como a estrutura familiar e as respostas pessoais à mudança.

Entretanto, esses fatores não foram identificados como um conhecimento obtido pela leitura de pesquisas, tendo-se mostrado, o campo acadêmico, como praticamente desconhecido para eles. Tampouco a literatura clássica foi definida como fonte desses conhecimentos. Apesar de terem citado autores da sua linha teórica como base para a terapia, os clínicos avaliaram tal literatura como desatualizada e descrevendo um adolescente completamente diferente do jovem de hoje em dia (Psic6); (*“E tem uma diferença muito grande, adolescentes do século vinte e vinte e um, do adolescente da nossa literatura mais básica, né?”* – Psic11). A teoria foi relacionada com uma visão patológica dessa etapa (*“síndrome normal”, “esquizóide”* – Psiq8), repetindo o “mito da adolescência como uma fase conturbada” (Holmbeck & cols., 2000).

Além disso, foi reiterado o “mito da uniformidade desenvolvimental” (Shirk, 1999), tratando, por vezes, a adolescência com critérios de outras fases do desenvolvimento (infância ou adultez: *“É, porque a gente não tem como separar muito, assim [infância e adolescência].”* – Psic1; *“Com o adolescente tem uma fase de transição que tu tem meio que se adaptar. Funcionar mais como se fosse com uma criança.”* – Psic2; *“na adolescência inicial, a avaliação é semelhante à de criança: tu vê os pais... O adolescente, ele é híbrido nisso, né? Ao mesmo tempo que ele já faz uma comunicação verbal, como um adulto, ele também utiliza coisas não-verbais, né?”* – Psic6). Essas repetições de concepções equivocadas da adolescência somam-se às dificuldades dos terapeutas para avaliar os resultados de suas intervenções e ao desconhecimento do campo acadêmico, para constituírem a definição de um quadro típico de desatualização e menor efetividade clínica, previsto pela literatura (Holmbeck & cols., 2000; Kazdin, 1991).

A análise indutiva demarcou dois aspectos essenciais à prática e ao conhecimento psicoterapêutico para discussão. O primeiro concentra-se no seguinte problema: como explicar, apesar da teoria desatualizada e do mínimo contato com a pesquisa, que os clínicos tenham relatado, em sua prática, diversos fatores do desenvolvimento previstos no modelo de estrutura de Holmbeck e colaboradores (2000)? O segundo refere à legitimação científica da prática psicoterapêutica. Os terapeutas, ao discutirem a legitimação científica e as dificuldades frente à pesquisa, levantaram algumas questões sobre a natureza da psicoterapia. O problema foi colocado por um participante nos seguintes termos: o que seria a psicoterapia, uma forma “de ciência, de arte, de religião ou de cultura” (Psic4)? As questões levantadas serão respondidas através da análise dos seguintes itens: 4.1.1) ênfase na prática, em detrimento da teoria; 4.1.2) semelhança nos procedimentos das diferentes linhas; 4.1.3) dificuldades para avaliar resultados; 4.1.4) desconhecimento da pesquisa em desenvolvimento psicológico; 4.1.5) psicoterapia – ciência, arte, religião ou cultura?.

4.1.1 Ênfase na prática, em detrimento da teoria

Os terapeutas descreveram a sua formação e graduação como excessivamente teóricas e referiram que “tudo o que aprenderam em clínica” proveio de atividades ligadas diretamente à prática de atendimento (estágios clínicos, supervisão de casos e o próprio atendimento de pacientes). Essa ênfase na prática clínica evidenciou-se em diversos temas descritos na entrevista. O perfil relatado como preferencial do terapeuta de jovens incluiu flexibilidade com a teoria e postura mais ativa e menos técnica. Os recursos técnicos foram descritos como não específicos para a adolescência e a aplicação, como dependente da sensibilidade do terapeuta. A adesão ao processo foi identificada muito mais à motivação e à relação terapeuta-paciente, do que a características técnicas. Além disso, as dificuldades relatadas sobre a terapia referiram-se a questões pessoais do terapeuta (quanto a sua própria adolescência), do vínculo familiar, e a única referência à técnica ou ao modelo teórico dos entrevistados relacionou-se com a capacidade do terapeuta de conquistar a confiança do jovem.

Em conjunto com essas questões, os terapeutas também enfatizaram critérios práticos para avaliar resultados associados a conceitos como cura ou normalidade (“*Só que eles [autores clínicos] falam de conceito de saúde, de alta, então isso é muito relativo*” Psic14). Para os entrevistados, a formação clínica ideal decorre da prática exaustiva de atendimento a jovens e de uma preparação pessoal do terapeuta (“*auto-análise*” – Psic4), ao contrário de uma ênfase teórica, observada ainda na atualidade.

Portanto, os dados indicaram que os clínicos têm valorizado, de forma crescente, a prática psicoterápica e têm utilizado a experiência como fonte prioritária de informações para decisões e modificações técnicas. A teoria, em geral, foi pouco citada, caracterizando-se sempre como submetida à “*subjetividade*” do terapeuta e do paciente, apenas como um acessório para facilitar o “*vínculo*” deste com aquele. (Psic14)

4.1.2 Semelhança nos procedimentos das diferentes linhas

Os procedimentos da prática clínica dos terapeutas foram descritos pelos participantes de forma muito semelhante. As variações técnicas foram identificadas prioritariamente com diferenças pessoais e, somente secundariamente, com diferenças de abordagem teórica. A teoria, afirmaram os clínicos, determina somente objetivos gerais, e os procedimentos técnicos específicos de cada abordagem devem ser revistos e adaptados à realidade do jovem. Em outras palavras, o terapeuta deve seguir antes as reações do adolescente, do que as prescrições técnicas da teoria. Assim, a principal função da técnica foi identificada com o desenvolvimento do vínculo clínico-paciente.

Com essas características, a prática dos terapeutas provenientes das mais variadas formações (psiquiatria, psicanálise, humanismo [Gestalt e Rogers], psicodrama, sistêmica, cognitivismo comportamental e método focar), apresentou-se com poucas variações, havendo uma recorrência de respostas quanto aos temas referentes à prática psicoterápica (exceto a administração de medicamentos pelos psiquiatras), à descrição da adolescência (exceto pelas fases da adolescência descritas pelos psicanalistas), à formação clínica e ao contato com a pesquisa.

Os procedimentos técnicos coincidiram em vários aspectos, compondo um campo de opiniões constante sobre, por exemplo, a demanda, a adesão, a frequência e duração dos tratamentos, as principais dificuldades e a avaliação de resultados.

4.1.3 Dificuldades para avaliar resultados

O estranhamento dos entrevistados diante da questão sobre como eles avaliam os resultados de suas intervenções ficou evidenciado pela solicitação de esclarecimentos sobre o termo “resultados”. Os clínicos, após refletirem sobre a questão, demonstraram uma hesitação entre utilizarem critérios da literatura, como características de personalidade do adolescente e funcionamento mais ou menos neurótico, ou ouvirem o adolescente, verificando a sua adaptação aos seus contextos, comparando, junto com ele, as queixas iniciais com os resultados obtidos. Essa resposta, analisando-se sob uma ótica quantitativa, foi repetida mais vezes e com maior ênfase, prevalecendo um consenso de que a avaliação

do processo terapêutico se faz em conjunto com o paciente, sendo a sua opinião crucial para a decisão do término do tratamento.

Os resultados foram definidos como “*muito subjetivos*”, sendo essa uma característica de todo o processo clínico (Psic1). Essa impossibilidade de determinar efeitos claros e precisos da terapia foi apontada como causa para o estranhamento diante da pergunta de entrevista. Os efeitos psicoterápicos apontados pelos clínicos relacionavam-se com ajudar o jovem a ser “*mais feliz*” (Psic10), promover uma “*ampliação da consciência*” (Psic14) e restabelecer a sua “*capacidade de ter prazer*” (Psic2). Mais uma vez, o fator determinante para um funcionamento melhor do processo foi definido como a qualidade do vínculo do paciente e de sua família com o terapeuta.

O conhecimento da história de desenvolvimento do adolescente foi referido como fundamental para o planejamento e a avaliação dos resultados. Os clínicos disseram que uma intervenção terapêutica mais demorada e profunda só deve ser indicada para adolescentes que estejam com dificuldades quanto ao desenvolvimento normal, sem conseguirem lidar com as questões da sua fase evolutiva (Psic6). Do contrário, poder-se-ia tratar o jovem por toda a vida, pois há questões em cada etapa do desenvolvimento. Esse critério caracteriza-se como um discernimento desenvolvimental, de acordo com a literatura (Holmbeck & cols., 2000). No entanto, essa percepção sobre a necessidade de conhecimentos sobre o desenvolvimento psicológico remete os terapeutas, conforme relatado, à consulta de referenciais teóricos clássicos sobre a adolescência ou a autores em sua linha teórica (“*pesquisa na teoria*” – Psic7). Como esses se encontram desatualizados, segundo os entrevistados, o conhecimento sobre a adolescência permanece desconectado com o funcionamento dessa fase, na atualidade, e esse critério não parece reverter em melhores condições de avaliação dos resultados terapêuticos.

4.1.4 Desconhecimento da pesquisa em desenvolvimento psicológico

O afastamento do campo terapêutico em relação às atividades acadêmicas, previsto pela literatura (Gomes, 1990; Gomes & cols., 1988, Gomes, Reck, Bianchi & Ganzo, 1993; Holmbeck & cols., 2000; Holmbeck & Shapera, 1999), confirmou-se nas respostas dos entrevistados à questão sobre a utilização de dados de pesquisa para a sua prática. O desconhecimento das atividades de pesquisa levou os clínicos a confundirem essa atividade com “a teoria” ou com “estatísticas sobre doenças”. Eles, portanto, utilizam pouco ou nenhum conhecimento proveniente de estudos acadêmicos. As pesquisas que têm descrito importantes modificações no conceito da adolescência (Holmbeck, 1994, 1997; Holmbeck & cols., 2000; Holmbeck & Shapera, 1999; Kazdin, 1991; Steinberg, 1996; Weisz, Weiss

& Donenberg, 1992; Zahn-Waxler, 1993, 1996) não têm alcançado os terapeutas. A trajetória normal da adolescência, assim, mescla-se com a patologia e os clínicos misturam concepções ultrapassadas dessa fase, provenientes das grandes teorias clássicas, com critérios obtidos pelo contato direto com o mundo dos jovens que eles atendem. Apesar desse desconhecimento, os profissionais entrevistados disseram que consideram importante modificar essa atitude de distanciamento, tendo apontado contribuições que eles julgam que a atividade acadêmica pode oferecer para a sua prática.

4.1.5 Psicoterapia – ciência, arte, religião ou cultura?

Gomes e colaboradores (1988) em uma revisão de literatura sobre efetividade terapêutica descreveram o estado da prática e da teoria psicoterápica, na época, como “caótico, tanto quanto à legitimação científica como quanto à eficácia de sua aplicação” (p. 188). Sobre a legitimação científica, a pesquisa apontou as dificuldades de definição, descrição, teorização e comprovação, com base em evidências empíricas verificáveis, dos procedimentos e técnicas. Quanto à eficiência, os estudos apontavam dificuldades para a verificação dos efeitos ou benefícios obtidos por pessoas em terapia. No entanto, pesquisas de efetividade realizadas na década seguinte (Kazdin, 1991, 1997; Seligman, 1995; Weisz, Weiss & Donenberg, 1992, Zahn-Waxler, 1996), estudos de eficácia, uma abordagem pontual sobre tratamentos focalizados que já vinham sendo realizados nas décadas anteriores (Kazdin, 1971; Kazdin, 1987; Kazdin & Terence, 1978), e pesquisas que combinaram as abordagens de efetividade e eficácia (Beutler, 2001; Blatt & Ford, 1994) têm confirmado, de forma decisiva, os efeitos da psicoterapia. Nesse sentido, a pesquisa de resultados tem indicado que a psicoterapia possui efeitos significativos para os pacientes (como melhora nas relações interpessoais, na auto-estima, nos processos cognitivos e até aumento nos níveis de quociente de inteligência – Blatt & Ford, 1994). Assim, os conhecimentos científicos sobre a eficácia dos tratamentos têm crescido rapidamente, nos últimos anos.

Sobre as dificuldades científicas, a revisão de Gomes e colaboradores (1988) destacou que a descrição dos procedimentos e técnicas terapêuticos deparava-se com uma dificuldade característica do campo clínico: a diversidade de procedimentos. Em função das variadas técnicas e teorias, ensinadas dogmaticamente nos cursos de formação, as práticas diferiam tanto, em 1988, que as pesquisas dessa época e anteriores produziram resultados contraditórios, ora verificando efeitos significativos das terapias, ora concluindo que “psicoterapias ecléticas ajudavam pouco mais que, simplesmente, não fazer nenhuma terapia” (Gomes & cols., 1988, p.189).

O presente estudo verificou que os problemas de legitimação científica permanecem. A desorganização na descrição de procedimentos permanece inalterada e, apesar dos avanços acadêmicos, muito pouco embasamento empírico tem sido referido pelos terapeutas para justificar a prática psicoterapêutica. Os resultados são avaliados de forma desordenada e há uma desvalorização de uma perspectiva mais objetiva quanto ao processo.

Entretanto, a característica apontada no estudo de 1988 como marcante para a dificuldade de descrição e organização dos procedimentos psicoterápicos, ou seja, a diversidade técnica, mostrou-se, em comparação com a atual pesquisa, bastante diferente. O reconhecimento dos terapeutas de que as teorias estão desatualizadas parece estar reforçando uma atitude de modificação das técnicas através da prática clínica direta. Assim, os procedimentos das terapias podem estar se modificando na direção de um corpo de aplicação prática muito semelhante, reduzindo as diferenças entre as abordagens teóricas. A descrição da prática clínica com adolescentes relatada por terapeutas rogerianos, gestaltistas, psicanalistas, psiquiatras, cognitivistas e sistêmicos mostrou-se muito similar, constituindo um conjunto quase homogêneo de critérios aplicados (a escolha, o perfil, a demanda, a adesão e até a frequência e duração dos tratamentos relatados foram muito semelhantes). Somam-se a essa hipótese, dados encontrados no presente estudo, segundo os quais, características típicas de abordagens específicas são citadas pelos terapeutas em geral, como atinentes à sua prática, tais como uma forte ênfase compreensiva (típica das terapias humanistas), o trabalho sistemático com a família (mais próprio da linha sistêmica) e a utilização de critérios psicopatológicos (desenvolvidos pela psicanálise). Essas características apareceram como descritores generalizados da prática clínica. Uma interpretação alternativa a essa tendência centrífuga das abordagens seria talvez o problema focal e delimitado da adolescência, aspecto não investigado no estudo de Gomes e cols (1988).

As similaridades encontradas entre pontos trazidos pelos entrevistados e o modelo de Holmbeck e colaboradores (2000) devem-se, certamente, à base consensual do modelo, integrando uma diversidade de aspectos estruturais do desenvolvimento. As similaridades indicam ainda que os clínicos estão atentos a sua experiência e prontos a colocar a teoria em questão se ela se mostra contrária ao fluxo constante e mutável da realidade clínica. No entanto, sem o contato com a pesquisa, a atualização das técnicas carecerá de sistematização, permanecendo como conhecimento tácito e da experiência trocada em encontro de profissionais. A possível consequência dessa realidade parece verificar-se na dificuldade dos terapeutas para avaliarem os resultados de suas práticas. O campo, assim,

ainda é descrito como demasiadamente “subjetivo” e inacessível a um status científico maior.

Os terapeutas, ao discutirem a legitimação científica e as dificuldades frente à pesquisa, levantaram algumas questões sobre a natureza da psicoterapia. Por exemplo, um participante (Psiqu4) colocou a seguinte pergunta: o que seria a psicoterapia, uma forma “*de ciência, de arte, de religião ou de cultura*”? A questão é pertinente e serve para balizar a aproximação da prática e o afastamento da teoria.

Conforme o dicionário de filosofia, de Ferrater Mora (Ferrater Mora, 2001, p.456), o substantivo ciência refere-se, etimologicamente a “o saber”. Porém, distingue-se do saber “comum, ordinário ou vulgar”. O saber científico difere deste por possuir algumas características, como a capacidade de elaborar leis ou teorias aptas a descrever o funcionamento dos fenômenos, “mediante linguagens rigorosas e apropriadas”. A utilização da definição de Ferrater Mora, portanto, vincula a legitimação científica à capacidade de produzir teorias capazes de lidar com os fenômenos. Ora, na percepção dos psicoterapeutas, as teorias da adolescência utilizadas na clínica ou estão desatualizadas, ou não têm se atualizado em tempo de descrever e lidar com os adolescentes de hoje. Por conseguinte, a atualização do campo não decorre de reflexão sistemática ou de pesquisa empírica, mas da prática. Nestes termos pode-se afirmar que, o afastamento das teorias e das pesquisas representa também, para o campo clínico, um afastamento da definição do “saber científico” e a aproximação do “saber comum, ordinário ou vulgar”.

O mesmo autor (Ferrater Mora, 2000, p.199) define “arte” como uma produção baseada em “método ou conjunto de regras”. Ele referiu-se a Aristóteles para afirmar que “arte e ciência ou saber procedem da experiência e não do acaso, mas só há arte e ciência quando há juízo sobre algo universal”. Mesmo referente a uma idéia de “saber manual” (artefato), a arte implica sempre o conhecimento e o domínio das técnicas que produzem algum resultado. Por conseguinte, uma desorganizada atualização do campo clínico afasta-se do saber artístico, pois o desconhecimento de como alcançar e avaliar os resultados psicoterapêuticos aproxima a psicoterapia, como descrita no presente estudo, de justificativas casuais.

A religião, afirma Ferrater Mora (Ferrater Mora, 2001, p.2506), está relacionada a dois conceitos: ligação, vínculo ou subordinação a uma divindade; ou escrúpulo no “cumprimento dos deveres que se impõem ao cidadão.” De qualquer forma, estão presentes as noções de “fé” (geralmente em um princípio transcendente) e de “ética”, como aplicação prática de princípios universais. Foi dito em entrevista para esta pesquisa que a avaliação dos resultados psicoterapêuticos inclui, em grande parte a “fé” de que a abordagem em uso

pode ajudar aos pacientes. Por este conceito, muitos resultados podem ser vistos como “inexplicáveis” e a noção de “religião” poderia ser aplicada a esse campo. Já o campo ético foi citado pelos terapeutas, quando estes lembraram que a terapia é “uma atividade muito séria, que lida com as vidas das pessoas” e que, portanto, o profissional tem que “saber o que está fazendo” (Psic12). Esse compromisso ético determina que um afastamento dos conhecimentos sistematizados que fornecem o saber técnico (a teoria ou a pesquisa) pode ser antiético e afasta o conceito de religião do campo psicoterápico.

A cultura, define Ferrater Mora (2001, p.626), é uma idéia ligada a uma oposição ao desenvolvimento da natureza. O “estado de cultura” refere-se, portanto, à “civilização”, enquanto desenvolvimento de uma linguagem para comunicação que inclui diversos produtos, como “a religião, a arte, as instituições políticas e sociais, a ciência, etc.” Portanto, a constituição de uma cultura psicoterápica passa, necessariamente, pelo desenvolvimento de uma linguagem comum, o que implica a sistematização e a organização dos conhecimentos produzidos no campo de aplicação. Se esses conhecimentos encontram-se desorganizados, a comunicação é falha e a noção de cultura também não se aplicaria a um campo de atuação preferentemente prático.

As conseqüências dessa análise conclusiva sobre as características científicas, artísticas, religiosas e culturais do campo psicoterapêutico exigem maiores e mais variados estudos, inclusive para a confirmação ou não da hipótese de um afastamento dos clínicos das teorias e de uma supervalorização da prática. Diante desse quadro, o que se pode afirmar é que o presente estudo levanta sérias possibilidades de que a ênfase na prática pode estar modificando o campo de atendimento psicoterapêutico, que estaria avançando e se atualizando de forma desordenada, e que as conseqüências desse desenvolvimento podem caracterizar a psicoterapia como apenas uma prática acessória de uma ciência maior.

4.2 Conclusão

Diante das análises apresentadas nos itens anteriores, as perguntas de pesquisa foram respondidas e interpretadas como exposto a seguir, na ordem em que foram formuladas.

1) Qual a relação entre os campos clínico e desenvolvimental na percepção dos psicoterapeutas? Quanto a essa questão, verificou-se que a prática psicoterapêutica e a pesquisa sobre a adolescência encontram-se dissociados. 2) Como os psicoterapeutas estão se articulando frente aos achados da pesquisa em psicologia do desenvolvimento? A pesquisa indicou que a atualização do conhecimento sobre a adolescência está ocorrendo

pelo contato dos terapeutas com seus pacientes, através da prática. Os achados acadêmicos não têm alcançado os clínicos. 3) Caso seja verificada esta distância dos campos, por que ela ocorre, por parte dos terapeutas? Diversas causas foram relatadas pelos entrevistados. Entre elas, destacaram-se a existência de uma cultura de não utilização de pesquisas, a falta de um hábito para a leitura sistemática de periódicos que vem da graduação e a excessiva subjetividade que envolve e que, na cultura terapêutica atual, valida a prática clínica. 4) Em que sentido os referenciais teóricos que orientam a prática clínica encontram-se desarticulados da pesquisa desenvolvimental? Os referenciais teóricos foram definidos como desatualizados e referentes apenas a objetivos gerais do processo. Os clínicos ressaltaram, também, que há uma necessidade de articular a teoria com a prática, e de conhecer a trajetória do desenvolvimento adolescente para a qualificação da psicoterapia. 5) Como os terapeutas percebem o campo da pesquisa e quais as contribuições que ela pode trazer para responderem à sua demanda clínica? Os clínicos mostraram-se reticentes quanto ao papel da pesquisa em sua prática. Ora definiram que os estudos científicos podem trazer mais seriedade ao trabalho, ora afirmaram que não trazem contribuição alguma. Eles se mostraram pouco familiarizados com conhecimento de pesquisa, embora tenham mencionado dificuldades para lidar com a atualização de conhecimentos sobre a demanda que recebem em seus consultórios. 6) Qual a percepção que os clínicos têm da demanda em seus consultórios? Verificou-se que as principais queixas referiram-se a problemas relacionados a questões atuais do universo adolescente, como mudança nos papéis familiares, crescente uso de drogas lícitas e ilícitas, transtornos depressivos, ansiedade, déficit de atenção e distúrbios alimentares (relacionados às características do funcionamento do jovem na atualidade). 7) Como os psicoterapeutas percebem a sua experiência clínica? A experiência terapêutica fundamenta-se, relataram os entrevistados, no aprendizado e no exercício da prática sistemática. Assim, a técnica deve ser constantemente adaptada às características do paciente. A prática é, portanto, percebida como demasiadamente subjetiva e dependente de condições casuais. 8) De que forma realizam o diagnóstico, o planejamento e a avaliação dos resultados? Os dados evidenciaram que as práticas de diagnóstico, planejamento e avaliação de resultados são feitas com base nas percepções e reações dos pacientes adolescentes. Os referenciais teóricos foram citados como uma fonte genérica e desatualizada. Portanto, os participantes demonstraram dificuldades para descreverem critérios claros, sistemáticos e objetivos para o diagnóstico, a condução da terapia e a avaliação de efeitos clínicos.

Os resultados obtidos devem ser interpretados como possibilidades de ocorrência no universo empírico estudado. Espera-se que eles venham incentivar a realização de

novos estudos e a proposição de modelos desenvolvimentais que permitam a incorporação dos achados de pesquisa aos programas de tratamento. Outro desafio é levar estas contribuições para os psicoterapeutas. A presente pesquisa teve por objetivo estimular esta discussão, e incentivar o estudo clínico na perspectiva da psicologia do desenvolvimento. Nesta linha, o próximo estudo deverá tratar da viabilidade de modelos desenvolvimentais para o atendimento psicoterapêutico a adolescentes.

Referências

- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, *54*, 317-326.
- Bahls, S. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*, 63-67.
- Bardin, L. (1979) *Análise de conteúdo*. (L.A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70 (publicação original em francês, 1977).
- Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, *75*, 81-95.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons Among Quality Assurance Systems: From Outcome Assessment to Clinical Utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 197-204.
- Beutler, L. E. (no prelo). Empirically based decision making in clinical practice. *Prevention and Treatment*.
- Blatt, S. J. & Ford, R. Q. (1994). *Therapeutic change: An objective relations perspective*. New York: Plenum Press.
- Bonilla, B. G. F., Santos, M. M. S., & Gomes, W. B. (2000). Queixa psicológica de adolescentes na percepção de mães e filhas: Um estudo fenomenológico *Psico*, *31*(2), 147-184.
- Bronfenbrenner, U. (1975). Is early intervention effective? *Teachers College Record*, *76*, 279-303.
- Dias, S. (2000). The body feeling of strangeness and the diagnosis in adolescence. *Psicologia USP*, *11*, 119-135.
- Ferrater Mora (2001). *Dicionário de filosofia* (M. S. Gonçalves, A. Sobral, M. Bagno & N. Campanário, Trad.). São Paulo: Edições Loyola. (Original publicado em 1994)
- Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, *13*, 231-258.
- Gauer, G., Souza, M. L., Dal Molin, F. & Gomes, W. B. (1997). Terapias alternativas: Uma questão contemporânea em psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *17*, 21-32.

- Ginsburg, H. & Opper, S. (1969). *Piaget's theory of intellectual development – An introduction*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice- Hall, Inc.
- Giusti, J., Sanudo, A. & Scivoletto, S. (2002). Differences in the pattern of drug use between male and female adolescents in treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 80-82.
- Gomes, W. B. (1990). A experiência retrospectiva de estar em psicoterapia: um seguimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6, 87-105.
- Gomes, W. B. (1998). A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. Em W. B. Gomes (Org.) *Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia* (p. 19-44). Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Gomes, W. B., Reck, A., Bianchi, A. & Ganzo, C. (1993). O uso de indicadores quantitativos e descritores qualitativos na pesquisa em psicoterapia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9, 415-433.
- Gomes, W. B., Reck, A. & Ganzo, C. (1988). A experiência retrospectiva de estar em psicoterapia: Um estudo empírico fenomenológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 4, 187-206.
- Holmbeck, G. N. (1994). Adolescence. Em V.S. Ramachandran (Org.), *Encyclopedia of human behavior* (p.17-28). Orlando, FL: Academic Press.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.
- Holmbeck, G. N., Colder, C., Shapera, W., Westhoven, V., Kenealy, L. & Updegrove, A. (2000). Working with adolescents: Guides from developmental psychology. Em P.C. Kendall (Org.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (334-383). New York: Guilford Press.
- Holmbeck, G. N. & Hill, J. P. (1988). Storm and stress beliefs about adolescence: prevalence, self-reported antecedents and effects of an undergraduate course. *Journal of Youth and Adolescence*, 17, 285-306.
- Holmbeck, G. N. & Hill, J. P. (1991). Cognitive engagement, positive affect and menarche in families with seventh-grade girls. *Child Development*, 62, 1030-1048.
- Holmbeck, G. N. & Kendall, P. C. (1991). Clinical childhood developmental interface: Implications for treatment. Em P. R. Martin (Org.), *Handbook of behavior therapy*

- and psychological science: An integrative approach* (pp. 73-99). New York: Pergamon Press.
- Holmbeck, G. N., Paikoff, R. L. & Brooks-Gunn, J. (1995). Parenting Adolescents. Em M. Bornstein (Orgs.), *Handbook of parenting* (Vol 1, pp. 91-118) Mahwah, NJ: Erlbaun.
- Holmbeck, G. N. & Shapera, W. E. (1999). Research methods with adolescents. Em P.C. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Orgs.), *Handbook of research methods in clinical psychology*. (pp.634-661). New York: Wiley.
- Kazdin, A. E. (1971). The effect of response cost in supressing behavior in a pre-psychotic retardate. *Journal of Behavior and Experimental Psychiatry*, 2, 137-140.
- Kazdin, A. E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin*, 102, 187-203.
- Kazdin, A. E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785-798.
- Kazdin, A. E. (1997). Parenting management training: Evidence, outcomes and issues. *Journal of The American Academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 1349-1356.
- Kazdin, A. E. & Boss, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kazdin, A. E. & Terence, G. (1978). Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 35, 407-416.
- Kendall, P. C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youths: Guiding theory, current status and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M. Hening, A. & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Lanigan, R. L. (1988). *Phenomenology of communication: Merleau-Ponty's thematics in communicology and semiology*. Pittsburg: Duquesne University Press.
- Meneghetti A., & Gomes, W. (No prelo). *Revista Interação* (UFPA).

- Pacheco, J. T. B., Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (1999) Estilos parentais e o desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15, 117-126.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Piaget, J. (1970). Piaget's theory. Em P.H. Mussen (Org.), *Manual of child psychology* (pp.703-732). New York:Wiley.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.
- Sameroff, A. & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. Em F. Horowitz (Org.), *Review of child development research* (Vol.4, pp.187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the *Consumer Report* study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shirk, S. R. (1999). Developmental Therapy. Em W. K. Silverman & T. H. Ollendick (Orgs.), *Developmental issues in the clinical treatment of children*. (p. 60-73). Needham Hights, MA: Allyn & Bacon, Inc.
- Steinberg, L. (1990). Interdependence in the family: Autonomy, conflict and harmony in the parent-adolescent relationship. Em S. S. Feldman & G. L. Elliott (Orgs.), *At the threshold: The developing adolescent* (p.255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Steinberg, L. (1995). Commentary: On developmental pathways and social contexts in adolescence. Em L. J. Crockett & A. S. Crouter (Orgs.), *Pathways through adolescence: Individual development in relation to social contexts*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Steinberg, L. (1996). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological process*. (M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner & E. Souberman, Eds. e Trad.) Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Weisz, J. R. (1997). Effects of interventions for child and adolescent psychological dysfunction: Relevance of context, developmental factors and individual differences. Em S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (Orgs.), *Developmental*

Psychopathology: Perspectives on adjustment, risk and disorder (pp. 3-22).
Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Weisz, J. R., Weiss, B. & Donenberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, *49*, 1578-1585.

Zahn-Waxler, C. (1993). Warriors and worriers: gender and psychopathology. *Development and Psychopathology*, *5*, 79-89.

Zahn-Waxler, C. (1996). Environment, biology, and culture: Implications for adolescent development. *Developmental Psychology*, *32*, 571-573.

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando um estudo com o objetivo de verificar a utilização de critérios desenvolvimentais na psicoterapia com adolescentes. Para tal fim, será solicitada uma entrevista com algumas questões sobre a experiência de ser terapeuta de adolescentes.

Através desse trabalho esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a relação da prática psicoterapêutica e a pesquisa em psicologia do desenvolvimento aplicada à adolescência.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com minha privacidade;
- as informações registradas na entrevista serão arquivadas junto ao banco de dados do pesquisador responsável na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O pesquisador responsável por este projeto é o Prof. Dr. William Barbosa Gomes, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo comitê de ética desta instituição de atenção à saúde.

Data: ___/___/___.

Nome e assinatura do Voluntário:

Assinatura do Pesquisador Responsável:

- 1- Observação: O presente documento, baseado nos artigos 10 e 16 das Normas de Pesquisa em Saúde, será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma em poder do voluntário e outra com o pesquisador responsável.

Anexo B

Exemplo ilustrativo de tematização de uma entrevista (Entrevista Psic12 – L.)

Os destaques em itálico foram frases escolhidas por sintetizarem a idéia principal ou por indicarem temas a serem considerados ou comparados com outras entrevistas.

A – Como é que foi que tu escolheste trabalhar com atendimento a jovens, adolescentes, né?

L – Bom, eu fiz assim, durante a faculdade um estágio curricular e eu optei também, uma das áreas foi clínica, e uma, psicologia escolar, né? Então eu trabalhei assim, com, de quinta ao ensino médio. Eu atendia as crianças e os adolescentes, né? E pré-adolescentes. Então foi um. *Eu sempre gostei assim, de trabalhar com essa faixa etária.* (tema: terapia – a escolha por gostar dessa fase)

A – Gostaste logo de trabalhar assim?

L – Ahã. Tanto que eu escolhi escola, né? E... E bem essa faixa etária. *Eu acho que é um desafio muito grande trabalhar com adolescentes porque é uma, é uma fase, assim, da vida da pessoa que é completamente diferente da infância, né? E da vida adulta, né?* (tema: adolescência – fase com características próprias) Então cada adolescente tem uma maneira, né? Eles têm os ritos iguais deles. *Então cada um age de uma maneira.* (tema: adolescência – variação de comportamentos) Cada adolescente é uma caixinha de surpresas.

A – Ahã. Sim. Cada um...

L – Cada um age de uma maneira.

A – Ahã. Cada um...

L – Cada um age de uma maneira.

A – Ahã. Certo. Isso que tu chamou mais atenção pra

L – Isso me chama atenção. Não trabalho só com adolescentes, né? Trabalho também com infância e mais com adulto.

A – O que que tu acha que peculiariza? O que que tu acha que é mais específico, assim do atendimento com adolescentes, assim, na tua opinião?

L – O que que é mais específico? *Seria tu ter que trabalhar numa linguagem muito próxima da dele, né?* (tema: terapia – linguagem próxima à do adolescente) Então vamos dizer, ele tem uma linguagem completamente diferente do que a gente ta acostumado. Então tem as gírias, tem. Cada um se atrai por uma coisa. Até tem um comercial do Mac Donald's que tem os grupos. Tu já viu?

A – Não, não vi. Não vi.

L – Então vê. Tem os surfistas, tem as patricinhas, tem os mauricinhos... Então cada um deles tem um grupo de iguais diferente, né? Tem uma turma. Então tu tem que entrar, tu tem que conhecer aquilo ali, né? Então tu não só estuda o caso da pessoa e a problemática dela, os objetivos na terapia... E como que. Que grupo que ela ta inserida. Que linguagem que eles falam. Como é que eles se comportam, né? Pra poder relacionar se ta de acordo ou não com os teus. Com o tratamento. *Aí de repente, uma coisa que tu acha que não é normal, que não ta bem, é o que é o grupo de iguais dele, né? E poder falar a mesma linguagem.* (tema: terapia – conhecer as questões do mundo do adolescente) São exemplos que se vai usar, a maneira que tu vai falar tem que ser muito parecida com a dele. Claro, tu não vai falar como o adolescente. Mas tu tem que entender o que que eles tão te dizendo... Isso eu acho que é o mais específico.

A – Certo, certo. Falar a linguagem deles?

L – Falar a linguagem deles... Pelo menos entender. Não que eu vá começar a falar um monte de gírias, né? No atendimento. Mas poder entender o que ele ta me dizendo. Se eu for citar um exemplo, não ser uma coisa muito assim, rebuscada e do meu contexto. *Eu vou dar um exemplo do contexto dele. Então assim, se ele é surfista, né?* (tema: terapia – conhecer as questões do mundo do adolescente) Vou dar um exemplo que esteja de acordo, né? Alguma coisa com o surf, com o, né? Praia... Tem que situar.

A – Certo. Tem que entrar na linguagem. Tu acha que isso é o que difere mais do atendimento com criança e com adole. Alia. Com adulto. E difere muito, tu acha? Com adulto e com criança?

L – Eu acho que difere. O objetivo pode ser o mesmo. A tua estratégia de terapia, né? Eu trabalho com a qualidade de cognitivo-comportamental. *Então as estratégias vão ser. Eu vou traçar baseada na abordagem que eu acredito.* (tema: terapia – técnica definida como a abordagem em que o terapeuta acredita) *Mas a maneira de passar isso pro adolescente vai ser diferente do que com adulto.* (tema: terapia – adaptação da técnica) Então é através da linguagem que eu vou conseguir alcançar meus objetivos e montar os processos, as técnicas que eu quero. Mas é através da linguagem. É o que difere de trabalhar com adulto, né?

A – Ahã. Tu me disseste que tu fizeste, te formasse... E depois como é que foi? Te formasse na UFRGS, na PUC? Na PUC. Que ano que foi? Foi...

L – Faz um ano.

A – E fizesse alguma coisa depois, algum curso pra... Cognitivo-comportamental ou foi lá, na PUC o direcionamento, assim?

L – É eu comecei no meu estágio de patologia, já. Que eu fiz numa instituição que trabalhava com terapia comportamental. Daí eu me interessei...

A – Qual era a instituição?

L – Centro *Teach*.

A – Ah! O Teach. Sei.

L – E... O B.M. é agora meu colega de clínica. E daí comecei a me interessar. Daí nós montamos todo um grupo. Foi assim, ó, quando eu tava no final do curso. *Um grupo de terapia comportamental. Um grupo de estudos, que a gente fez um ano.* (tema: formação – importância das atividades acadêmicas) Que era um curso, assim. E daí surgiu essa clínica, né? A partir desse grupo, que é a A., a V., a S. e eu.

A – Certo. Que são mais com essa abordagem comportamental, ou cognitivo-comportamental? Qual é a diferença do comportamental pro cognitivo-comportamental, assim?

L – São duas abordagens, né? Cognitivista e a comportamental. *A cognitivista estuda o pensamen. A influência do pensamento, né? Como o pensamento influencia no comportamento e no sentimento, né? E a comportamental estuda o comportamento e os eventos, né?* (tema: terapia – peculiaridades das abordagens) O que que mantém aquele comportamento. Então a gente une as duas, né? A gente une as duas. Usa as técnicas de algumas, idéias das duas também. São terapias que andam juntas. Elas são diferentes, né? A, o entendimento do problema é um pouco diferente, mas algumas técnicas da pra associar, dá pra trabalhar.

A – Tem gente trabalhando com essa abordagem aqui também? Que eu acho que eu vi uma vez um um cartaz de formação em terapia cognitivo-comportamental...

L – Tem, tem. Na UNISINOS tem formação. Abriu eu acho que foi no ano passado, né? Tem um curso de formação, né?

A – Cognitivo comportamental?

L – Com cunho de cognitivo comportamental. E o Fernando Pessoa, que eu já ouvi falar que tem uma das abordagens que ele trabalha. Tem psicanálise, tem cognitivo-comportamental. Mas não é assim, uma formação pra tu ser terapeuta cognitivista. Uma revisão... Alguma coisa, né? Mas de terapia cognitivo comportamental, assim, mesmo, só tem no, na UNISINOS.

A – Na UNISINOS? E profissionais que dão supervisão ou não?

L – É. Daí é um curso assim, que tu tem os módulos, tem, tem todas as matérias, né? *Aí depois tem um estágio, onde tu faz atendimento com supervisão.* (tema: formação –

importância das atividades acadêmicas) E todos os professores são cognitivistas, têm formação nessa área.

A – Ahã. Certo. E no caso, fora esse curso tu tens algum contato, assim? Grupo de estudo? Participa de alguma formação, workshop ou tem alguma supervisão que tu utiliza? Como é que tu administra isso?

L – Supervisão eu faço direto porque... *A gente se forma e, claro, a gente aprende bastante na faculdade, nos estágios, mas a gente ainda precisa muito de supervisão depois que se forma, né?* (tema: formação – graduação insuficiente para a prática clínica) E por um bom tempo, assim. Pra poder atender.

A – E com quem que é a supervisão?

L – Eu faço com a C.

A – Com?

L – C.B.

A – Que é?

L – Que é psicóloga...

A – Terapeuta...

L – Comportamental.

A – Comportamental. Certo. Ahã. Ta. E essa supervisão ela, ela engloba o atendimento ao adolescente ou tem uma supervisão específica pro atendimento ao adolescente?

L – Eu faço assim... Dos casos que eu tenho, eu seleciono alguns que eu tenho mais dificuldade de planejar. No caso, agora eu to fazendo supervisão do caso de um adolescente, né? Por coincidência. E daí eu faço supervisão daquele caso, né? E a C.B., ela atende muito crianças e adolescentes, assim, né? Então aí eu faço supervisão com ela daquele caso específico. Aí a gente vê assim, tudo do tratamento, né? *A gente fala sobre estratégias, sobre técnicas, sobre entendimento do caso, sobre o meu sentimento em relação àquele caso, a minha atuação.* (tema: terapia – particularidades técnicas e sentimentos do terapeuta como recurso psicoterápico)

A – Certo, certo. E esse grupo de estudos que tu fizesse? Ele foi mais pro final da faculdade ou ele permanece?

L – Não. Ele foi de um ano...

A – De um ano?

L – De um ano. E ele foi... Foram mais ou menos. Eu tava no oitavo semestre. Eu fiz no oitavo, no nono e um pedaço do décimo semestre.

A – E te dá vontade de participar de encontros, de grupos de estudos, de atividades, ou o próprio curso de formação da UNISINOS?

L – Com certeza. Não sei se o curso de formação da UNISINOS, né? É o caminho que eu vou escolher agora. Eu quero fazer o, que eu gosto muito da avaliação também, né? Então ano que vem eu pretendo fazer avaliação com especialização na UFRGS. Teste de avaliação psicológica que abriu agora. É eu pretendo fazer e, claro, né? Quando eu fizer mestrado e qualquer especialização que eu buscar vai ser com essa linha, né? Com essa abordagem. E eu penso, como aqui tu mesmo me disse, né? Não tem muito. A gente não vê muito aqui. Então eu queria. Eu pretendo seguir ou pra Brasília, ou São Paulo, que é muito mais. Que tem muito mais, tem cursos assim, nessa área.

A – Tu pretende. A especialização em avaliação... Aí não é específica pra adolescentes. É avaliação em geral.

L – Avaliação em geral.

A – E... E depois mestrado, tu disseste que pensa em fazer?

L – É. O que eu gosto, assim, é a clínica, né? Eu gosto muito. E a adolescência entra no meio disso tudo. Mas eu atendo outras faixas etárias também. Eu já fui, já fui do oito pro oitenta. Trabalhei com geriatria...

(Risadas)

A – Certo. Ok. Que recursos técnicos tu usas no tratamento aos adolescentes? Tu usa algum recurso: teste, algum jogo, recurso gráfico, desenho?

L – Vai depender de cada caso pra caso, né? Então isso é em qualquer faixa etária, e com adolescente também. *Então primeiro eu faço a entrevista.* (tema: terapia – recursos técnicos) Normalmente os pais é que buscam, né? Dificilmente tu vê um adolescente, né? Querendo se tratar. Aí então a gente faz aquela avaliação inicial, né? *Traça o objetivo, vê o que que ta acontecendo com a família também e, conforme for o caso, né?* (tema: terapia – trabalho inclui a família) *Aí eu utilizo jogos, já utilizei. Já utilizei desenhos, né? Instrumentos terapêuticos.* (tema: terapia – recursos gráficos) Tarefas de casa que é uma coisa que ta muito associada à terapia cognitiva...Né? Mas então... Isso vai depender de cada caso. Não tenho assim, um pacote pronto, né? Que eu vou utilizar com todos. *E depende da resposta também, do adolescente.* (tema: terapia – recurso técnico depende da resposta do adolescente) Tem adolescente que até fala mais, né? Que se comunica. Então dá pra sentar e conversar. Tem adolescentes que já não gostam, né? Tu pergunta “Ah, o que que tu fez no, como é que foi o final de semana?”, “Ah, foi bom”.. “Ta, mas o que que tu fez?”, “Ah, eu fiquei em casa”, né? Eles não, não desenvolvem muito. Então a gente usa outras estratégias: inventários questionários...

A – Certo. Inventário, questionário, certo.

L – Alguma atividade como desenhar, ou uma...

A – Certo, certo, praxe... Até... Tu acha que elas são exclusivas pra adolescência, ou elas são recursos que tão aí pra adultez e infância também, indiscriminadamente?

L – *Eu acho que pra qualquer faixa etária.* (tema: terapia – recursos técnicos não específicos para a adolescência)

A – Não tem algo específico, assim: isso é um teste específico pra adolescência ou esse é um recurso específico pra adolescentes, que tu use, eu digo?

L – Que eu use... É o que eu tava pensando agora... Que eu use, não. Porque tem inventários, assim. Por exemplo, tem inventários de... Pra tu te conhecer melhor, traçar um perfil. Tu pode usar com uma criança, só que a maneira como eu vou perguntar pra uma criança é bem diferente: eu vou ler pra criança, eu vou explicar pra ela o que que eu quero, né? E ela vai me responder de uma maneira. Pro adolescente eu já posso entregar. Aí ele já vai escrever respostas curtas, provavelmente, né? Aí eu vou investigar, vou conversar com ele, vou, vou questionar mais, vou perguntar. E com o adulto, claro, eu entrego o questionário. A maioria vai me responder completo, né? Essa é a diferença de cada faixa etária. Mas que, os instrumentos que eu uso podem ser pra qualquer uma delas. Pelo menos pra maioria, se não todos.

A – E eles, tu acha... Em que sentido tu acha que isso facilita o processo? Os recursos facilitam efetivamente, ou não faz tanta diferença? O que que tu julga assim, na tua prática?

L – Eu acho que facilita. Primeiro pra ti poder conhecer eles melhor, né? *E também pra poder facilitar assim, o vínculo. Então o vínculo é uma coisa importante. Se tu não tem o vínculo, se tu não forma aquele vínculo no início, né? A terapia não anda, porque ele não vai te trazer o que ta acontecendo; ele não vai ter confiança em ti.* (tema: terapia – técnica importante para o vínculo) Ele tem que confiar, ele tem que entender o que ta acontecendo com ele, né? Entender o processo, também. Então claro que te facilita. É só tu saber escolher bem, né? Conforme a pessoa e o caso, o que utilizar. Não dá pra pegar um monte de instrumentos, um monte de técnicas e começar a aplicar, sem saber o que a pessoa vai te responder. Como é que ela é. Se ela prefere escrever ou se ela prefere falar...

A – Certo. Adequa isso com as características...

L – *É. A técnica adequada pra aquela pessoa facilita o vínculo. Facilita o processo terapêutico.* (tema: terapia – função da técnica é facilitar o vínculo)

A – A teoria cognitivo-comportamental, ou comportamental tu acha que te dá, ou cognitiva, tu acha que tem alguma técnica específica pra adolescência?

L – Tem, tem técnicas específicas pros adolescentes. Até tem um livro, né? Se tu te interessar que fala: terapia cognitiva pra crianças e adolescentes. Não tem muita literatura,

né? Muito recente, assim. Porque a.. terapia cognitiva, ela surgiu pra adultos, né? Então a maioria da biblio. *A maior parte da bibliografia é voltada pra adultos, né? E pra patologia também. Então, mas nesse livro, assim, traz algumas técnicas, mas que se tu for ver são as técnicas que são utilizadas pra, pra, pra adultos, de uma forma adaptada pra uma criança e pra um adolescente.* (tema: terapia – pouca bibliografia para atendimento a adolescentes) Porque a base... Como a gente acredita que pensamento influencia o comportamento e o sentimento, né? E que tem as crenças, e os pensamentos automáticos. Isso tu também vai acreditar que a criança e o adolescente vão se desenvolver, assim, dessa maneira. *Claro que eles não tem tanta, tanto poder de abstração, né?* (tema: adolescência – menor poder de abstração) Então tu vai utilizar aquilo ali de maneira muito mais objetiva com eles, e na linguagem deles, o que eu te falei. Mas a tua idéia vai ser a mesma do que pode utilizar. Eu até cheguei a dizer, assim, tem técnicas que tu pode utilizar tanto para adultos, quanto para adolescentes.

A – Certo, tranqüilamente. Quais são os problemas mais freqüentes trazidos pelos teus pacientes adolescentes?

L – *Que eu mais tive, assim, foi o problema de conduta, né?* (tema: terapia – principal demanda – problemas de conduta) Então eu tenho: mentira, até assim, roubo, né? Matar aula, coisas que... *Tem algumas coisas dessas que são normais nos adolescentes, como matar aula, né? Ou, sei lá, sair e chegar mais tarde, né? Ou algumas mentiras assim, que fazem parte da adolescência.* (tema: adolescência – comportamentos patológicos tidos como normais) Mas os casos que eu, que eu recebi, claro que tinham um contexto, toda a dimensão dessas consultas já tava exageradas, né? Que já caracterizavam um distúrbio de conduta.

A – Isso foi a maioria dos casos, tu acha?

L – *Hiperatividade, também, é uma coisa que aparece; déficit de atenção, que muitas vezes ta associado a algum transtorno da conduta.* (tema: terapia – principais queixas – hiperatividade e déficit de atenção) Então isso é o que mais eu percebi.

A – Certo. Quantos pacientes adolescentes tu vê, em média, assim, por semana? Quantos tu já... Isso não precisa ser agora, né? É uma média do que tu tem atendido...

L – Agora, no momento uma, que eu to atendendo. Mas... Já atendi mais. Em psicoterapia, em A.T., sabe o que que quer dizer?

A – Sim. Acompanhamento terapêutico.

L – Já fiz A.T. também com adolescentes... *E na escola, a demanda é imensa, né?* (tema: terapia – o contexto escolar) Atendi assim, sei lá, dez por semana.

A - Dez por semana, nas escolas?

L – É. Uma média... O que aparecia, não que tivesse muita utilidade. Porque era só um acompanhamento, uma orientação. Mas tinham uns que apareciam que eu não acompanhava mais, e tinha uns que eu acompanhava sistematicamente. Mas lá a demanda era bem grande. E a maioria era, em escola, né? Encaminhavam pro SOE e era conduta.

A – Problemas de conduta, né? Distúrbios... Quais são as maiores dificuldades que tu vês no atendimento a adolescentes?

L - *Os pais, né? Os pais têm... Às vezes a gente atende muito mais os pais, o trabalho, né? É com os pais, e não tanto com o adolescente.* (tema: terapia – principal problema – trabalhar com os pais) E tem pais que não, que se engajam e que vão pra frente. Entram no tratamento mesmo e correspondem. Tem outros pais que não, né? Que querem ver o filho bem “Bom, eu já coloquei na terapia”, né? “Então tu faz, tu cura o meu filho”, né? E. Só que eles não colaboram, né? Eles não entram, eles não, não vêm às sessões. *É a maior dificuldade muitas vezes é os pais.* (tema: terapia – principal problema – trabalhar com os pais) *A gente tem que fazer toda uma orientação, principalmente quando é conduta, né? A questão de limites, assim, têm muitas dificuldade, a maioria dos pais.* (tema: terapia – trabalhar os limites com os pais) Em dar limite, saber o que que é limite, o que que é punição, o que que é reforço, né? Como que eles devem fazer.

A – Sim. Tem dificuldades com isso... Como é, como é dar o limite?

L – Como dar o limite. Muitas vezes assim, eles dão várias punições, né? Mas na hora de dizer um “não” firme, né? Pra eles é muito difícil, né? Então fica uma contradição, assim, eles dizem “Não a gente não”, como é que eu vou te dizer assim. É aquela coisa assim, “a gente dá o limite, diz ‘não agora tu vai pro teu quarto, não vai nessa festa.’”, daqui a um pouco se sentem culpados, né? E aí vão lá e levam bolo e fazem alguma coisa, ou acabam deixando, se sentindo culpados, né? Então... Isso acontece muito. Então com esses pais a gente tem que trabalhar muito, manejo, tem que fazer uma orientação de como é que, como é que se dá o reforço, né? Como é que se dá os limites; o que que são os limites... *Então é um atendimento, digamos assim, até informativo, né?* (tema: terapia – trabalho informativo e de orientação com os pais) Que a gente faz com os pais.

A – Certo. E tu trabalha bastante com os pais de cada um. Tu chega a fazer assim, sessões sistemáticas?

L – Sim. Dependendo do caso... Esse caso que eu to atendendo agora, sim.

A – E a, quanto tempo. Quantas vezes tu vê o adolescente, assim, é semanal, quinzenal, qual é a frequência?

L – Depende. Essa. Eu posso usar essa como exemplo, né? Essa, eu vejo semanalmente, uma vez por semana...

A – E os pais?

L – *E os pais, uma vez por semana também.* (tema: trabalho sistemático com os pais)

A – Ah, tu trabalha então duas vezes, uma com o adolescente e uma com os pais, sim.

L – É. No início eu atendia os pais de quinze em quinze dias, e aí eu comecei a perceber que o trabalho não andava, porque passava quinze dias, acontecia muita coisa nesses quinze dias, e quando eles chegavam aqui ficavam reclamando: “Porque ela fez isso, porque ela fez aquilo”, né? Então era assim: eles vinha aqui, desabafavam tudo e a gente acabava não conseguindo trabalhar uma coisa sistemática, né? Então daí eu, “Não, então eu vou atender uma vez por semana”, né? *E trabalhar com objetivo.* (tema: terapia – estabelecer objetivos) Então “o que que a gente quer?”, por mais que acontecessem milhões de coisas na semana, eu não deixava eles virem aqui e ficar reclamando “porque a fulana faz isso, porque a fulana faz aquilo...”, “Então vamos traçar assim, o que que a gente quer, né? O que que ta acontecendo? O que que é mais grave agora?”. Então a gente traçou alguns objetivos e eu trabalho com eles. Esses objetivos, assim, que eu manejo, de orientação, até a gente alcançar aquele objetivo, aí a gente passa pra outro, né? Porque senão ficava, chegavam aqui e ficava todo mundo reclamando, né? As coisas não mudavam, e era muito, em quinze dias, assim, era muito tempo. Muito tempo. Acontecia muita coisa, entre uma sessão e outra.

A – Ahã. Quer dizer que agora tem um objetivo?

L – Sim. Não. Com certeza.

A – Certo. Como é que tu vê a adesão dos adolescentes ao tratamento?

L – Aí depende... *Alguns realmente não gostam, né? E acham um saco, e acham que ficam muito tempo e... Eles não aderem, assim ao tratamento.* (tema: terapia – variação na adesão) Quer dizer, eles têm muita dificuldade... *E muitas vezes, tu vai ver, é uma queixa dos pais, é uma questão deles, assim, não tanto do adolescente.* (tema: terapia – mistura da queixa dos pais com a dos adolescentes) Isso acontece bastante. Então claro, tu vai trabalhar com os pais, né? E em alguns casos até, não atender o adolescente, porque os pais querem, não sei, imaginam que ta acontecendo alguma coisa, e na verdade é mais um sentimento deles, que não tão sabendo lidar com o adolescente, com o filho, do que do próprio adolescente, né? Tem outros adolescentes que até aderem, assim. Mas tudo tu tem que ter... *É isso que eu falo, tem que ter muito jogo de cintura com o adolescente.* (tema: terapia – técnica inclui jogo de cintura) Daí que entra a questão da linguagem, né? Se ele te achar uma, uma velha chata, que só vai ficar cobrando coisas dele, ele não vai ter um vínculo e não vai aderir ao tratamento, né? *Se tu conseguir entrar na linguagem dele, né?*

Que é um vínculo, e ele entender o que ta acontecendo. Aí ele vai, tem muito mais chance de aderir e responder ao tratamento. (tema: terapia – adesão depende do vínculo)

A – Ahã. Certo. Quanto tempo, em média, eles ficam, dura um tratamento de adolescentes, assim, que tu acredita que seja o tempo do, de tratamento?

L – Ai, mais uma vez eu vou te dizer, né? *Depende do caso.* (tema: terapia – tempo de atendimento varia) Sempre depende das, daquele caso específico, né? Tem casos que são mais focais, que são mais rápidos. Tem casos que são mais demorados. *Tudo depende também assim, das relações familiares.* (tema: terapia – importância das relações familiares para o resultado) Se tu tem que trabalhar com os pais também, né? Se tem uma coisa muito maior por trás daquele problema principal, demora muito mais. Tem casos que precisam de acompanhamento, assim...

A – O que que seria esse “demora muito mais?” E o que que seria demorar pouco, assim? Quanto tempo assim, tu acha que seria um atendimento?

L -... Porque os casos, assim, que eu peguei demoraram mais, assim.

A – Foi quanto tempo assim?

L – Teve um caso que eu peguei que foi dois anos e meio, mas que daí era de A.T.... Essa menina que eu to, ta há um ano. E assim, sem previsão de alta, né? Porque agora que a gente ta começando, agora que a família ta realmente... Os pais estão evoluindo, né? E no momento que eles tão evoluindo, agora é que tão aparecendo as respostas dela, em relação a isso. *Ela só começou a melhorar a partir da melhora dos pais, quando os pais começaram a entender o processo, né?* (tema: terapia – importância da família para os resultados) A participação deles no processo. Então depende muito. *Depende do caso, assim, se é uma, uma questão situacional, né? Que não envolve nenhuma patologia, que é uma questão mais simples, aí, não sei, depende da pessoa também.* (tema: terapia – indicação de intervenção demorada para casos patológicos) Mas pode ser mais rápido. Até menos, menos de um ano, seis meses...

A – Seis meses a um ano? Tu as, tu crê como o mais rápido? E um caso mais demorado, a partir de quanto tempo?

L – *Ah, aí a partir de um ano, assim, já seria...* (tema: terapia – tempo médio de atendimento – um ano)

A – Aí seria um ano de prática...

L – Um ano, um ano e meio eu já acho que é mais demorado. Não tão rígido assim, né? Mas... De modo.... Quando, por exemplo, assim, o transtorno da conduta, né? Que é uma questão assim, de já estar evoluindo desde a infância, e os pais procuram já na pré-adolescência o tratamento. Tu já tem muita coisa acontecendo há muito tempo. *E pra ti*

entrar na família, que é na família que tu tem que entrar. (tema: terapia – papel da família nos resultados) É muito difícil. Tem muitas situações já acontecendo, tem já um.... Tem toda uma rede de relações estabelecida há muito tempo. E aí, pra ti entrar, não dá pra entrar de sola, né? Tem que ir aos poucos. *Então é aquilo que eu falei, assim, a gente traça alguns objetivos pequenos, né? E vai conquistando, né? E tem os objetivos a longo prazo.* (tema: terapia – trabalho com objetivos traçados e avaliações sistemáticas) Então digamos que agora, depois de um ano que, que os pais conseguiram aderir ao tratamento, que eu to conseguindo... Que ela ta tendo mudanças, a paciente. Ela ta apresentando mudanças só agora, depois de um ano. Então esse é um trabalho mais demorado, que vai demorar mais tempo.

A – Certo. Previsão de demorar mais, é isso? Como é que se dá o término do tratamento, tu acha?

L – Como assim?

A – Como é que tu encaminha a alta, como é que se faz isso, assim? É tu que, que coloca isso; isso é discutido? Como é que...?

L – Tu quer dizer como normalmente acontece, ou como é o processo da alta?

A – É. Como é que é pra ti. No caso, tu teve algumas experiências com A.T. e tudo, assim, chegasse a vivenciar esse período, esse processo, assim, de alta no final?

L – Sim... Tu a, tu traça o objetivo, né? Da terapia ou do A.T., enfim, do trabalho que tu ta realizando e tu começa a avaliar. *Tu vai avaliando periodicamente como é que ta a avaliação desse tratamento, como é que são os teus objetivos, se tu tem que rever ou não.* (tema: terapia – término com avaliações sistemáticas)

A – Esse objetivo é tu que traça ou é, como é que é traçado?

L – *Em conjunto, né? Porque não é assim: eu decido que a pessoa ta, sei lá, ta tendo comportamento que são prejudiciais a ela e ao ambiente, então eu decido que tem que ser diferente. Não. Claro, a pessoa vem, aí se faz aquela avaliação, aí se vê qual é a queixa principal, né* (tema: terapia – avaliação de resultados feita em conjunto com o paciente) E o que que aparece depois dessa queixa, né? Tem várias coisas que englobam essa queixa. *E junto com a família, junto com o adolescente a gente vai traçar pra que que vai servir esse tratamento, pra que que vai fazer essa terapia.* (tema: terapia – avaliação em conjunto) Então eles tão cientes e eu to ciente do objetivo, né? Então os objetivos a curto prazo e a longo prazo, né? Então, alcançados esses objetivos, né? Daí tu pó. A gente sempre vai fazendo uma avaliação durante a terapia. Com a pessoa e com o, o próprio terapeuta vai fazendo a devolução do caso. Aí começa a ver que, realmente, tudo ta encaminhado, os objetivos foram alcançados... Aí a gente começa a trabalhar uma prevenção de recaída, né?

Na verdade é assim: desde o início a gente trabalha a prevenção à recaída. *Estratégias e técnicas pra manter aqueles comportamentos, né? Que foram adquiridos. E conforme, aí quando tu vê que o paciente já foi trabalhado, os objetivos; que a prevenção à recaída já foi trabalhada, que a pessoa ta em condições de ter alta, aí se dá alta.* (tema: terapia – características técnicas e a alta) Claro que aí nas sessões a gente trabalha isso: qual é o sentimento, que daí vai haver uma separação, né? O que que a pessoa ta sentindo e... Faz uma evolução do processo: como chegou aqui, como evolui, como ta agora, como é que vai ficar, e aí encerra o, encerra o processo.

A – Ahã. Certo. E... Acho que já mais ou menos me falasse isso, de como é que tu avalia os resultados do tratamento: em cima desses objetivos tratados no início do tratamento. É isso? Como tu tem uma avaliação de tudo assim, de: funcionou; não funcionou. Como é que se diz que funcionou; não funcionou?

L – *Tu tem um objetivo, tu tem uma resposta que tu espera daquele objetivo.* (tema: terapia – avaliação de resultados) Tu traça os objetivos inicialmente, mas isso não quer dizer que esses sejam os objetivos que vão até o final da terapia. Muitas vezes tu começa a rever e vê que não é por aquele caminho, ou vê que não é exatamente aquele objetivo, né? Então tu vê que... Às vezes a família chegou co o objetivo principal, e que, ao longo do tratamento, foram aparecendo outras coisas, né? Que não estavam, que não tinham aparecido, ou que surgiram depois, né? Então tu vai revendo esses objetivos e avaliando. Eu costumo fazer uma avaliação no fim, sempre, né? Sempre que eu to.

A – Tu tava me dizendo então que tu sempre, que tu procura fazer uma avaliação periódica. Como é que é esta avaliação?

L – Eu faço sempre relatos, né? De todos atendimentos. Então eu atendo, né? O adolescente, a família, enfim. Venho e faço um relato. Nesse relato eu já to fazendo uma avaliação, né? Do que que ta acontecendo, se ta se mantendo naquele padrão que tava, se evoluiu, se regrediu alguma coisa, né? Daí depende de cada caso. Mas vou fazendo está avaliação sempre, né? Quando eu digo sempre, sempre que eu sento aqui com uma pessoa do meu lado eu to avaliando, né? Com a família e com o paciente, digamos assim, também dependendo do caso.

A – Então é uma avaliação periódica, né que tu faz o relato e já faz a avaliação no relato, né?

L – *No relato. E supervisão, né?* (tema: terapia – importância do relato e da supervisão) Daí quando eu faço supervisão a gente lê todos os relatos, o que que ta acontecendo, toda a parte da evolução, né? E com o, com o paciente também eu faço a evolução. Como, né? A gente, daí depende, assim. Mas mais ou menos assim, uma vez por mês, dependendo da

família, dependendo do paciente a gente vai fazendo uma evolução. Os pais muitas vezes trazem “Ai, ele ta melhor, ta pior”, o que que ta acontecendo, né? Então a gente vai fazendo uma evolução. Então eu paro, “olha, vamos pensar como é que tava no mês passado, como é que tu ta agora. Que que a gente quer pro mês que vem”. Eu paro e faço uma avaliação com ele também, conforme a necessidade. Mas comigo, assim, eu sempre faço.

A – Certo. Eu te pergunto a tua avaliação.

L – A minha avaliação é sempre diferente.

A – Que que tu procura levar em consideração assim? Que uma coisa é o que tu combina com ele nos objetivos, né? E aí, mas tu tem, na hora que tu ta escrevendo, na hora que tu ta lendo, tem a tua impressão também, assim, do caso. E que que tu usa pra avaliar isso, assim? Tu usa alguma coisa? Literatura...

L – É... Não tem assim, uma coisa específica. Eu acho que tudo que eu aprendi, né? Tudo que eu sei do caso, né? Os objetivos, a literatura. Tudo isso, eu escrevo assim, formalmente, né? O relato. Então assim: fulano trouxe isso hoje, né? Situações que aconteceram que ele me contou, como eu achei. Se eu achei a pessoa mais triste, mais alegre, mais... Tava brabo. Senti que tava brabo, né? Como eu percebia a pessoa, como é que foi a sessão. Tem sessões que são mais pesadas, tem sessões que são mais leves, né? Tudo isso faz parte da avaliação, né? Então se. Aí às vezes eu coloco uma notinha embaixo, assim, da evolução, de algum objetivo que foi alcançado ou não.

A – Certo. Certo. Ok. Era isso que eu tinha te perguntado, né? Ok. Tu utiliza alguns dados de pesquisas pro tratamento? Para o tratamento que tu realizas?

L – *Como assim?* (tema: pesquisa – como assim?)

A – Se tu lês pesquisas, se tu usas essas pesquisas, assim pra levar resultados de tratamento?

L – Eu leio bastante, né? Mas assim, tanto artigos quanto livros, né? Em livros trazem muito, né? *Tantos por cento disso, tantos por cento daquilo.* (tema: pesquisa – confusão com estatística) E claro que a gente se baseia bastante nisso, né? Eu me baseio bastante na literatura, bastante no que eu leio pra orientar o meu trabalho, e até a evolução, né? Sempre tem uma, o esperado, né? *O esperado pra essa população, com essa patologia é tal, né?* (tema: pesquisa – estudos sobre patologia) Tais estratégias. *Mas também, eu digo assim, eu não fico dentro daquilo ali, né? Eu crio muito, fora daquilo ali.* (tema: formação – criação de técnicas diferentes da literatura clássica) Digamos assim, se o paciente ta apresentando alguma coisa que é, difere da porcentagem que a gente conhece a respeito daquele assunto, eu vou tentar buscar o porquê, né? Se é uma, se é uma questão da família, o que que

aconteceu, né? Tentar... Daí isso tá dentro do entendimento do caso. Mas eu me utilizo sim. Mas pro conhecimento meu, não...

A – Certo. Mais pra ti assim. E tu tem hábito de leitura, assim, sistemática? Alguma revista que tu assinie, científica ou livros? Tens o hábito de consultar livros assim?

L – Tenho. Quase que diariamente, assim, né? *Mais livros, né?* (tema: pesquisa – hábito de ler mais livros teóricos e menos artigos) Tem revistas que eu leio de vez em quando. Mas não tenho nenhuma assinatura.

A – Certo. E os livros são mais teóricos ou são mais de pesquisas, resultados de pesquisas?

L – Mais teóricos. Mais teóricos. E muito assim, voltado pro que. Claro, eu procuro ler outras coisas também, né? Outros assuntos que me interessam, mas principalmente voltados aos casos que eu to atendendo, né? Então eu pesquiso bastante dentro daquilo ali que eu to atendendo. Então eu começo a atender um caso, às vezes o paciente sai do meu consultório e eu vou ler, né? A respeito de alguma coisa que ele me trouxe, né? *Eu vou pesquisar a respeito daquilo ali.* (tema: pesquisa – consulta à teoria)

A – Certo. Tu acha que essa, essas coisas que tu lês a respeito dos casos, elas tão atualizadas? Elas, como é que se diz, te dão o suporte que tu precisas pro atendimento?

L – Às vezes sim e às vezes não. Às vezes tu vai pra literatura e até encontra alguma coisa assim que tu ta, alguma coisa que fecha com o teu pensamento, com o que tu tava procurando. Mas muitas vezes não, né? *Muitas vezes, acho que a literatura deixa um pouco a desejar, na prática, o que que tu tem que fazer.* (tema: pesquisa – teoria desatualizada) Às vezes é muito... *Até o, as próprias pesquisas, assim, né? A gente vê que são coisas muito teóricas e muito dos dados, assim: tantos por cento disso, tantos por cento daquilo e, e falta o que daí tu tem que adaptar, né?* (tema: pesquisa – muita teoria e estatística) Que é o, que é aquele paciente específico, né? Que foi o que eu falei. Cada caso é um caso. Então praquele caso ali, tu vai ler, tu vai contribuir, mas não vai te solucionar o caso, né? *Tu não vai achar uma bibliografia que te dê tudo o que tu precisa praquele caso. Tu vai ter que usar um pouquinho de cada coisa, do teu conhecimento, da tua experiência.* (tema: pesquisa – uso da experiência em detrimento da teoria) Eu acho que são várias coisas. Discussão de casos com outras pessoas, também, né? Supervisão. De poder discutir com colegas também. Isso ajuda bastante. Então contribui, mas não, digamos assim, só isso não... Não é o suficiente.

A – Certo. Não é suficiente. Então tanto a literatura, os livros, quanto às pesquisas, tu achas que são teóricos demais e não tão muito voltados pra tua prática?

L – É. Não todas. Não... Vamos tentar talvez não expressar dessa forma... Deixa eu pensar uma forma de expressar melhor... Não é que sejam muito teóricos. Tem uns que são bem

teóricos, tem as que falam de prática. Mas assim, especificamente pra um paciente que tu tenha, como cada pessoa é uma pessoa diferente da outra; responde de uma maneira, tem uma história de vida diferente, né? *Muitas vezes tu não achas nos livros, nas pesquisas o que tu precisa pra trabalhar com aquele paciente específico, tá? Então daí o que tu vai fazer? Alguma coisa vai contribuir, né? Alguma coisa tu vai ter que buscar num curso, ou tu vai ter que buscar numa supervisão, numa discussão de caso pra complementar. Então, né? Não é que não seja.... É que não é suficiente, só a literatura e só as pesquisas.* (tema: pesquisa – literatura insuficiente e atualização pela prática) Mas contribui, né? Bastante.

A – Tu chegaria ao ponto de dizer que te dá subsídios? Pra lidar com a tua prática?

L – Não. Com certeza. Me dá assim, os instrumentos. A maneira de utilizar esses instrumentos vai depender muito de mim. Daí que eu... Eu acho que é isso que tava faltando. A maneira de usar, ele vai te dar é os, os instrumentos, né? Vai te dizer o que que é isso, né? Por exemplo, determinada patologia: o que que é, qual é o curso, qual é a incidência, né? Enfim, vai te dar os dados daquela patologia. Vai te dar estratégias e técnicas pra lidar com aquilo ali, né? Vai até te dar. Tem muitos livros que têm estudos de caso: como é que tu faz naquele caso “X”... Mas a maneira de tu aplicar isso naquele paciente determinado que tu tem, vai depender muito de ti e da tua discussão com outras pessoas, de supervisão, de poder englobar tudo o que tu leu, né? De tu poder reunir, assim, o teu conhecimento.

A – E isso é genérico, assim, o atendimento? Ou tu acha que tem bastante assim, pra adolescência? Específico pra adolescência, tanto literatura, teoria, quanto pesquisas, assim, voltadas pra adolescência?

L – Olha, como eu trabalho numa abordagem... *Foi como eu te falei, eu não tenho muita pesquisa e não tenho muita literatura também.* (tema: pesquisa – pouca orientação para a pesquisa) É muito mais recente, é muito mais com adulto do que com adolescentes, né? *Nas outras áreas eu acho que tem, que tem pesquisas com adolescentes, com adultos, com a infância. Mas eu acho que a gente deveria ter muito mais do que tu tem, né?* (tema: pesquisa – pouca pesquisa com adolescentes) E acho também assim, que muitas vezes as pesquisas são muito parecidas. Então tem muita gente pesquisando um assunto, né? *Drogas, por exemplo.* (tema: pesquisa – repetição de temas nas pesquisas) Então tem várias pesquisas a respeito daquilo ali. Mas de repente, um outro assunto que, que não interessa tanto as pessoas a pesquisar, não sei porque, né? Não tem muito, muita bibliografia. *Então tem ca, tem casos assim, que tu começa a atender e tu vai procurar e não tem... Não tem muita bibliografia, não tem muita literatura, não tem muita pesquisa.*

(tema: pesquisa – insuficiência da literatura) Então claro, com certeza a gente devia ter muito mais pesquisa, principalmente no Brasil, né? Muito mais pesquisas assim, de, de assuntos diferentes, que não seja os já, né? *Drogas, sexualidade, que são os que mais tem...*
 (tema: pesquisa – drogas e sexualidade como temas mais pesquisados)

A – Ahã, ahã. Repetitivos os temas? Certo. E a formação? A formação assim, a graduação que tu fez e eventualmente algum curso que tu fez... Mas no teu caso acho que foi mais a graduação. Tu acha que ela te dá subsídios pra lidar com a tua prática, com os teus pacientes, ou não? Como é que fi. Como é a tua avaliação da formação do terapeuta?

L – Eu acho que dá a base, a base.. Mas... *Muito pouco assim. Eu acho que deveria ser muito mais completa a formação, com certeza.* (tema: formação – graduação incompleta)
Que é uma profissão que tu ta lidando com o ser humano, que tu ta lidando com vidas das pessoas, que tu ta entrando na vida das pessoas. Tem que ter muita responsabilidade, tem que ter muita, muito conhecimento do que tu ta fazendo, tem que ter muita.... Muita técnica, assim, né? (tema: formação – questão ética) Tem que entender o porquê das regras, né? *Então o que acontece muitas vezes é a gente tem as técnicas, um monte de técnicas na faculdade e não sabe quando usar porque usar, pra que que serve aquela técnica, né?* (tema: formação – insuficiência da graduação) Então eu acho realmente que parte de cada um também. Tu tem que ler bastante, né? Te interessar. *O grupo de estudos que eu fiz, durante um ano, que era um curso-grupo de estudos, o meu grupo, né? Me deu muito mais subsídios do que a faculdade.* (tema: formação – grupo de estudos deu mais subsídios do que a graduação) Até pela linha que eu escolhi. Então na faculdade eu tive muito pouco assim, de terapia cognitiva. Muito pouco mesmo. E aí depois, em outros estágios, nesse grupo de estudos é que eu consegui me instrumentalizar muito mais pra, pra atender.

A – Ahã. E pra adolescência?

L – *Pra adolescência também, eu acho que deixa muito a desejar, né?* (tema: formação – se vê pouco a adolescência na universidade) Eu tive assim, uma cadeira de desenvolvimento, né? Então específico de adolescente foi isso: foi uma cadeira de desenvolvimento que era adolescência, era desenvolvimento dois, que daí a gente viu toda a adolescência, né? Todo, o que acontecia, o desenvolvimento físico e cognitivo e tal... Mas, fora isso, assim... Aí dependia muito do professor, a experiência clínica que ele tinha, né? Então tu ta dando uma cadeira de técnicas e daí dá um exemplo com adolescente porque a pessoa trabalhava com adolescentes. Mas não especificamente com adolescentes. E alguns, algumas patologias que são mais próprias da idade, daí sim, também era trabalhada aquela patologia, em relação aos adolescentes. Mas assim, eu acho muito pouco.

Acho que deveria, deveria ser muito mais trabalhado, muito mais abordado adolescência, na faculdade.

A – Certo. Ok.