

KARLA CRISTINA ROCHA RIBEIRO

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS VOZES DO SOFRIMENTO
PSÍQUICO NA INFÂNCIA E NA FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

ASSIS

2018

KARLA CRISTINA ROCHA RIBEIRO

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS VOZES DO SOFRIMENTO
PSÍQUICO NA INFÂNCIA E NA FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis,
para a obtenção do título de DOUTORA em
PSICOLOGIA (Área de Conhecimento: Psicologia
e sociedade)

Orientador: Jorge Luís Ferreira Abrão

ASSIS

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – Unesp

R484v Ribeiro, Karla Cristina Rocha
As vozes do sofrimento psíquico na infância / Karla Cristina Rocha Ribeiro. Assis, 2018.
134 f. : il.

Tese de Doutorado – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Dr Jorge Luís Ferreira Abrão

1. Psicanálise infantil. 2. Saúde mental. 3. Psicopatologia infantil. 4. Crianças - Narrativas pessoais. I. Título.

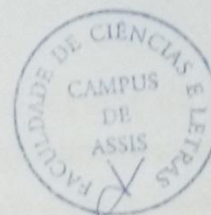
CDD 616.89



CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: AS VOZES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA INFÂNCIA

AUTORA: KARLA CRISTINA ROCHA RIBEIRO
ORIENTADOR: JORGE LUÍS FERREIRA ABRÃO



Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Doutora em PSICOLOGIA, área PSICOLOGIA E SOCIEDADE pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. JORGE LUÍS FERREIRA ABRÃO
Depto. de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Profa. Dra. AUDREY SETTON LOPES DE SOUZA
USP / São Paulo

Profa. Dra. HELENA RINALDI ROSA
USP / São Paulo

Profa. Dra. DIANA PANCINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO
Depto. de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Profa. Dra. THÁSSIA SOUZA EMÍDIO
Depto. de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Assis, 05 de outubro de 2018

*“Seu nome é grande, por isso que vai ficar tão bonito: Doutora Karla Cristina Rocha Ribeiro”. Por este teu sonho, eu te dedico. Ao pai que se faz presente mesmo após a morte.
Tua presença é minha própria vida.*

AGRADECIMENTOS

A todos que me acompanharam, incentivaram e possibilitaram este trabalho acontecer: à banca que gentilmente compartilhou comigo suas ideias, meu orientador cujas contribuições foram importantes, à equipe do hospital que me recebeu durante a coleta de dados, minha família e amigos pelo carinho e apoio, às crianças, pois sem elas eu não teria interlocutores e à você leitor, que simboliza o fim do ciclo da escrita e traz sentido diferente à minha produção.

RIBEIRO, Karla C.R. **Algumas reflexões sobre as vozes do sofrimento psíquico na infância e na família contemporânea.** 2018. 134 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018.

RESUMO

Desde os primeiros estudos acerca do sofrimento psíquico infantil, muitas questões vêm ocorrendo, principalmente de ordem econômica e social, o que também acarreta transformações na formação do universo simbólico das crianças. Partimos da hipótese de que as mudanças no cenário externo reverberam na formação subjetiva dos indivíduos, pois, sendo seres biopsicossociais, têm o atravessamento da cultura como marca intrínseca. Sendo assim, o objetivo principal desta tese é lançar um olhar para as manifestações do sofrimento psíquico infantil na atualidade, a partir da escuta do discurso das famílias que buscam atendimento no contexto da saúde pública, num ambulatório de saúde mental infantil do interior do estado de São Paulo. Para tanto, foi utilizado como método de coleta de dados, a entrevista conjunta e para a escrita das histórias, as narrativas psicanaliticamente orientadas. Compreendemos assim que as mudanças nas estruturas familiares que, atualmente vivenciam a realidade da formação monoparental feminina assim como a fragilização da figura paterna modificam o ambiente da criança em duplo sentido, pois a relação entre mundo interno e externo encontra falhas primordiais e repetidas para a construção do si mesmo e da continuidade do ser. Assim, refletimos sobre as condições destas famílias em ancorarem o desenvolvimento psíquico destas crianças. Concomitante a isso, há um cenário em que a medicação e a psiquiatria tradicional estão fortemente estabelecidas, fazendo com que a escuta psicanalítica surja como uma importante ferramenta de trabalho para compreender o sintoma para além da descrição nosológica, mas como caminho que aponta para um tipo de existência sofrimento. Esta discussão tornou-se um importante termômetro para reflexão acerca da contemporaneidade enquanto ambiente no qual as crianças realizam suas trocas simbólicas. Esperamos com isso contribuir para o debate sobre psicanálise infantil e também para discussões a respeito da vida social.

Palavras chave: psicanálise infantil, narrativas, saúde mental, psicopatologia infantil.

RIBEIRO, Karla C.R. Some reflections about the voices of psychic suffering in childhood and contemporary family. 2018.134 l. Thesis. (Doctorate degree in Psychology). Statal University Paulista (UNESP), Faculty of Sciences and Letters, Assis, 2018.

ABSTRACT

Since the earliest studies of childhood psychotic suffering, many questions have been raised, especially in the economic and social order, which also leads to changes in the formation of the symbolic universe of children. We start from the hypothesis that the changes in the external scenario reverberate in the subjective formation of the individuals, because, being biopsychosocial beings, they have the crossing of the culture like intrinsic mark. Thus, the main objective of this thesis is to take a look at the manifestations of childhood psychic suffering in the present time, from the psychoanalytically oriented listening in the context of public health, in a mental health outpatient clinic in the interior of the state of. In order to do so, it was used as method of data collection, the joint interview and for the writing of the stories, the psychoanalytically oriented narratives. We thus understand that the changes in family structures that currently experience the reality of female one-parent formation as well as the weakening of the paternal figure modify the child's environment in two directions, since the relationship between internal and external world encounters primordial and repeated failures for the construction of the self and of the continuity of being. Concomitant to this, there is a scenario in which medication and traditional psychiatry are strongly established, making psychoanalytic listening appear as an important working tool to understand the symptom beyond the nosological description, but as a path that points to a type of suffering existence. This discussion has become an important thermometer for reflection on contemporaneity as an environment in which children perform their symbolic exchanges. We hope to contribute to the debate on child psychoanalysis and also to discussions about social life.

Key words: psychoanalysis, narratives, mental health, child psychopathology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. O cenário e a metodologia da pesquisa	11
1.1. Justificativa	11
1.2. Objetivos	13
1.3. O método psicanalítico em contexto institucional	13
1.4. A pesquisa de campo	23
1.4.1. Local da pesquisa	24
1.4.2. Instrumentos e técnicas	26
1.4.3. Participantes da pesquisa	31
2. Infância e ambiente: a família e a falta dela	38
2.1. O conceito de infância dos primórdios à contemporaneidade	38
2.1.1. A infância clássica	40
2.1.2. A infância moderna	45
2.1.3. A infância contemporânea	50
2.2. A constituição das famílias contemporâneas	56
2.2.1. Famílias vulneráveis: monoparentalidade e ausência paterna	61
2.2.2. A (falta da) figura paterna segundo a Psicanálise	68
2.2.3. O ambiente na (de) formação da subjetividade	75
3. Infância, psiquiatria e psicanálise	77
3.1. O início da psiquiatria infantil	77
3.2. Contribuições da psicanálise: a visão da psicopatologia fundamental	83
4. Resultados: As narrativas: vozes do sofrimento infantil	94
4.1. P e o universo do adulto	96
4.1.1. Interpretação	99
4.2. O mundo solitário de E	104
4.2.1. Interpretação	106
4.3. As marcas de S	110
4.3.1. Interpretação	111
4.4. K e o medo do colapso	113
4.4.1. Interpretação	114
5. Discussão: o que ouvimos das vozes	118
CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	127
ANEXOS	135

INTRODUÇÃO

A hipótese inicial desta tese é a de que as transformações sociais e econômicas ocorridas nos grupos humanos atingem os vínculos afetivos das crianças também, pois elas são pessoas em construção em meio a um mundo em desconstrução. A intenção de nossa investigação foi de compreender de forma abrangente (abrindo a discussão do tema e não com a proposta de criar uma regra geral ou diminuta) o sofrimento psíquico infantil na contemporaneidade a partir de seus atravessamentos. Para tanto, realizamos a escuta da família, ou seja, do discurso do adulto sobre a criança a fim de compreender de que forma sua percepção sobre o sofrimento que tange o universo infantil sinaliza a capacidade de ajudar ou dificultar estas crianças em seu desenvolvimento. Neste trabalho, foram analisadas quatro narrativas que ilustram as manifestações do sofrimento psíquico infantil na atualidade, a partir do trânsito entre o universo interno e o mundo ao redor, o componente intra e interpsíquico da constituição subjetiva. Como bem ressalva Freud no início de seus casos clínicos, aqui também notas integrais não foram tomadas, portanto devemos confiar na memória e na experiência. Também devemos nos lembrar de que toda análise é parcial, embora signifique também a totalidade do que o pesquisador foi capaz de apreender e subtrair dos fatos.

A forma de abordar a infância contemporânea e as manifestações de seu sofrimento foi pensada, num primeiro momento, como uma preocupação social, pois venho da Psicologia Social como área de atuação e pesquisa. Com o passar do tempo, meu olhar se voltou ao mundo interno e as narrativas me mostraram o universo internalizado pelas crianças que denunciavam justamente o que sociólogos e filósofos escrevem há muito tempo: que vivemos em tempos sombrios em que o estatuto ético é o da ideologia do individualismo. Um mundo em que o outro não existe, a não ser como objeto de gozo ou bem de consumo. Um universo de falhas simbólicas sucessivas e à vezes tão graves que causam repetidas falhas na continuidade do ser, trazendo transtornos e patologias em idade muito recente. Desta forma, a infância não tem sido mais vista como época idílica de grande felicidade, mas uma fase de vida preocupante para profissionais da saúde e educação, que se deparam com o desconhecido e com o estranho que também é familiar: o sofrimento e sentimento de solidão.

O título desta tese é uma homenagem ao livro de Svetlana Alieksiévitch – Vozes de Tchernóbil- em que ela, como jornalista, coleciona relatos, histórias, lembranças e memórias dos envolvidos no desastre nuclear ocorrido em abril de 1986. Muito interessante, as histórias orais formam uma tessitura de sentimentos que conclama o leitor a fazer parte

também da história, porque diante de um fenômeno não há posicionamentos corretos ou teorias assertivas. O que existe é contaminado pelo próprio mundo interno daquele que conta. Em Vozes, a contaminação se dava pelo átomo radioativo. Neste trabalho, esperamos que ela se dê pela reflexão acerca do tema da infância e do sofrimento na contemporaneidade, que atinge, assim como a radiação, todos de forma equivalente. Aqui, ouvimos a voz de um cuidador, alguém que ao ir em busca de cuidado se torna porta-voz da família enquanto grupo e da criança que sofre. Assim, temos a investigação dos sentidos desse sofrimento dentro de seus atravessamentos transgeracionais, sociais, psíquicos e contra-transferenciais.

No 1º. capítulo, contemplamos o tema da infância a partir de sua vertente histórica para revelar a especificidade da infância contemporânea segundo aqui se apresentou: a infância que é atravessada por um contexto de novas formações familiares, em que imperam as famílias monoparentais femininas e a realidade da ausência paterna. Isso origina um tipo de ambiente específico em que o processo de desenvolvimento destas crianças acontece e por isso, ele se revela um norteador importante para a formação da subjetividade.

No capítulo 2, trabalhamos com o tema da psicopatologia infantil, atravessada pela psiquiatria enquanto saber clássico, e pela psicanálise, como uma visão que extrapola noções nosológicas e pragmáticas ao pensar a psicodinâmica e o sintoma como formas do funcionamento psíquico. Conceituamos a noção de psicopatologia geral como esta possibilidade de pensar nos transtornos mentais de forma dinâmica e não apenas descritiva e nosológica, como querem os manuais psiquiátricos.

Feito este panorama teórico, no capítulo 3 adentramos o universo das narrativas como método principal utilizado pela Psicanálise para produzir teoria e conhecimento. Apresento quatro histórias, seguidas de suas interpretações, para finalmente, discutirmos o que é possível ouvir destas vozes. O que a infância tem a nos dizer sobre si, seu sofrimento e suas manifestações patológicas.

O capítulo 5 é dedicado a problematizar e analisar estas histórias a partir da noção de ambiente, baseada em Winnicott, que nos auxilia a pensar a formação das famílias contemporâneas tanto do ponto de vista da preocupação social quanto subjetiva.

Esperamos assim, contribuir para o debate teórico e técnico acerca da infância, mas também chamar a atenção para o social enquanto ambiente opressor e não facilitador do crescimento e desenvolvimento das crianças, principalmente aquelas pobres, abandonadas, destituídas de condições amorosas e econômicas. O que o futuro lhes reserva é impossível dizer. Mas certamente chegar até ele, significa para muitas destas crianças, uma árdua tarefa rumo à sobrevivência e à vida a ser vivida.

1. O CENÁRIO E A METODOLOGIA DA PESQUISA

Porque um chapéu daria medo? Meu desenho não representava um chapéu. Representava uma jiboia digerindo um elefante. Desenhei então o interior da jiboia, a fim de que as pessoas grandes pudessem entender melhor. Elas têm necessidade de explicações detalhadas. (Saint-Exupéry)

Neste capítulo, apresentaremos o objetivo da pesquisa, retomaremos os fundamentos teóricos da pesquisa psicanalítica para finalmente discutirmos os procedimentos de pesquisa, local, sujeitos e instrumentos empregados. Também delineamos as condições em que a pesquisa de campo ocorreu, bem como sua inserção num eixo de saúde mental, orientado a partir da escuta psicanalítica. O público alvo foram crianças de 1 a 12 anos de idade, que, juntamente com seus pais ou responsáveis, procuraram o atendimento psiquiátrico infantil. Discutimos a possibilidade de uso do método psicanalítico num contexto ampliado e, de que forma a narrativa aparece como uma possibilidade de contar a história que nos foi contada, a partir de dois eixos fundamentais: a transferência e a contratransferência.

1.1. Justificativa

A presente pesquisa parte da hipótese de que a compreensão das manifestações do sofrimento psíquico infantil na contemporaneidade ainda não foram estudadas/compreendidas de forma abrangente, tendo em vista as inúmeras transformações sociais e culturais ocorridas na última década. Sendo assim, devido justamente à esta abrangência, esta pesquisa não visa responder à questão apresentada de forma definitiva, mas oferecer uma forma de pensar nestas transformações da infância a partir da relação entre indivíduo e sociedade. Entendemos que as mudanças partem do social e é com ele que nos deparamos ao longo das entrevistas.

A discussão aqui apresentada insere-se no âmbito da saúde mental infantil, levando-se em consideração que ela foi realizada em ambulatório psiquiátrico, seguindo o fluxo de funcionamento da rede, que tem o ambulatório como porta de entrada para o serviço de saúde mental. O olhar, no entanto, foi de uma clínica ampliada, orientado pela teoria psicanalítica e preocupado com a singularidade e a demanda psíquica dos sujeitos, para além da superfície e da queixa discursada por eles.

Ribeiro e Tanaka (2005) realizaram uma importante pesquisa de campo no início dos anos 2000, cuja finalidade era abordar as problemáticas da saúde mental infantil na atenção básica. Naquele momento, os autores pontuaram que no Brasil, havia poucas iniciativas que buscavam ampliar o conhecimento de práticas de atenção à saúde mental na faixa etária pediátrica (de 0 a 12 anos, que também é meu recorte). Eles analisaram que muito se pensava na saúde mental do adulto, principalmente nas metodologias de intervenção, o que tinha relação com a luta antimanicomial. Mas a infância ainda era uma área negligenciada.

Os autores citam um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em oito países e, em linhas gerais, o que eles demonstram é que primeiro, a pesquisa em saúde mental infantil além de relegada, não produzia dados epidemiológicos que pudessem conduzir a melhoramentos de procedimentos de assistência à saúde. Segundo, que os profissionais que lidam com esta realidade deveriam assumir a responsabilidade não só pelo tratamento da criança individualmente, mas, também, que cuidar da infância deve estar relacionado com políticas nacionais de um país, tanto nas áreas da saúde quanto na de desenvolvimento social. Por último, treinar os pais e os profissionais para lidar com questões de saúde em geral merece a mais alta prioridade, principalmente para a promoção da saúde e não simplesmente cura e reabilitação da doença.

Na nossa realidade brasileira, e mais especificamente, do interior do estado de São Paulo, o sistema único de saúde (SUS) passa por dificuldades de funcionamento, desde a falta de recursos humanos até questões materiais propriamente ditas. Um dos princípios do SUS - a integralidade – significa pensar o indivíduo a partir de uma visão biopsicossocial, incluindo nos cuidados da saúde a orientação, educação e promoção para além da cura e reabilitação da doença. Neste sentido, refletimos que quando o cuidado em saúde mental refere-se à crianças, pessoas em desenvolvimento, dois pontos principais necessitam ser debatidos: o primeiro refere-se à criança enquanto alguém que necessita do amparo do adulto para seu desenvolvimento e que, muitas vezes, só se apresenta como um ser de direito quando está em situação de vulnerabilidade. O segundo tópico compete ao papel da psiquiatria tradicional, que opera de forma fundamental nestes serviços, porém em sua grande parte, trabalha de forma prescritiva e nosológica, não ampliando as possibilidades diagnósticas e muitas vezes não dando ouvidos à criança, que melhor do que ninguém seria capaz de dizer de seu próprio mal - estar. Dentro dos serviços de saúde, é necessário refletir que mais do que oferta de serviços, o acesso é considerado um modo de acolher, ouvir e responder a cada um e a cada situação que se vive. É um momento privilegiado para o estabelecimento de vínculos, para a escuta respeitosa das questões que preocupam a família, para escuta do que a própria criança

ou adolescente tem a dizer ou transmitir, assim como é uma oportunidade imprescindível para o “recolhimento dos pontos relevantes que poderão orientar o trabalho a ser feito e a resposta a ser dada.” (CAB, 2013, p. 105)

Com isso em mente, penso que a entrevista psicológica se apresenta como uma possibilidade de acolhimento amplo em situações ambulatoriais, pois nestes contextos, apenas a queixa e a descrição do sintoma são levados em consideração, de modo que a troca de afetos é inexistente. Para, além disso, a presença da psicologia em parceria com a psiquiatria (e também outras profissões como o serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição) faz-se necessário como trabalho em rede, cuja finalidade é atender sujeitos em desenvolvimento e em constante modificação. Somente assim poderemos oferecer tratamento às crianças enquanto seres biopsicossociais e não apenas indivíduos tutelados e sem autonomia.

No ambulatório em que esta pesquisa ocorreu não havia equipe multidisciplinar que recebesse a criança e sua família, apenas a figura do médico psiquiatra (período que se refere ao segundo semestre de 2015). Mesmo assim, gostaria de contribuir com o pensamento de que, as entrevistas por mim realizadas, psicanaliticamente orientadas e objetivando a escuta da singularidade dos sujeitos se mostraram tanto uma ferramenta potente para conhecer o universo da criança que procura o serviço de forma mais ampliada, quanto uma possibilidade de formar uma profissional mais atenta a seu universo de atuação.

1.2. Objetivos

O objetivo desta pesquisa foi compreender a manifestação do sofrimento psíquico infantil na atualidade, a partir da escuta da família sobre a criança no contexto da saúde pública, num ambulatório de saúde mental infantil do interior do estado de São Paulo.

1.3. O método psicanalítico em contexto institucional

Para se iniciar uma discussão sobre o método psicanalítico em âmbito institucional faz-se necessário num primeiro momento, compreender o significado de método de pesquisa em sua forma tradicional, que é a ciência positivista.

O fundamento principal do positivismo é a busca de uma explicação geral para os fenômenos tanto naturais quanto sociais. Nos moldes do positivismo, somente possui o estatuto de científico o objeto passível de análise, mensuração, observação e do qual se

possam apreender parâmetros fixos e regras gerais. Comte classifica as ciências em matemática, astronomia, física, química, biologia e sociologia.

A ideia de Comte, com esta classificação, foi fornecer um panorama das ciências numa perspectiva que levasse em conta o que elas têm e comum, que é o emprego do método positivo, quer dizer, a construção de leis naturais absolutamente eficazes na explicação dos fenômenos. (BRANDÃO, 2011, p.88)

Para o positivismo, todas as observações ligadas à realização humana não passam de leis circunstanciais, portanto, não são verdades realmente científicas. O único método possível é o da observação empírica¹. Para Comte,

Pretende-se que tanto as ciências de natureza humana (psicologia e etiologia) quanto à da sociedade (sociologia) sejam ciências rigorosas: as primeiras são encarregadas de formular as leis acerca das ações e sentimentos dos seres humanos, ao passo que a segunda é destinada a fornecer as leis empíricas que regem os fenômenos sociais. (BRANDÃO, 2011, p.104)

É neste debate científico que se insere o nascimento da Psicanálise, principalmente no que tange a seu objeto. Afinal, qual é o objeto de estudo capaz de tornar a Psicanálise científica, segundo o positivismo?

Sabemos que a clínica experimental sempre foi o norte para a construção dos eixos fundamentais da teoria psicanalítica. Zanetti e Kupfer (2008) afirmam que “Freud utilizava o método de submeter o material da experiência às ideias abstratas para buscar o entendimento dos fenômenos e atender ao rigor científico.” (p.179)

A relação S-O substitui-se assim pela relação S-S, ou seja, entre dois sujeitos, cada um com uma parte consciente comunicando-se “oficialmente” com o consciente do outro, e uma parte inconsciente de cada um. (p.17)

Em “Dois verbetes de enciclopédia”, Freud afirma que a psicanálise é um método de investigação de processos mentais, método de tratamento das desordens neuróticas e uma série de concepções psicológicas que, juntas formam uma nova disciplina científica, cujo objeto é a pesquisa do inconsciente. Desta maneira, a relação advinda da psicanálise e da pesquisa é uma “relação inclusiva, ou seja, trata-se de pesquisa, ali onde se trata de psicanálise”. (DUNKER, 2008, p.64)

De acordo com Kobori (2013), a criação da Psicanálise se deve ao desenvolvimento do método psicanalítico, que nasce da prática clínica justamente a partir destes três fatores

¹ Empirismo: Doutrina ou atitude que admite, quanto à origem do conhecimento, que este provenha unicamente da experiência. (Aurélio, p. 241)

fundamentais: a observação, a investigação e a interpretação. O autor afirma, seguindo Mezan (1993) que a análise não se trata de aplicar um conhecimento, mas sim de inventar um saber.

A respeito da observação, o autor aponta que desde o atendimento às histéricas, Freud manteve um olhar clínico, detalhista e nosográfico, herança de Charcot, que foi essencial para trabalhar psicopatologias.

Estas características do método estão intrinsecamente relacionadas, na medida em que esta observação minuciosa possui como objetivo a investigação do fenômeno, a busca pelo sentido oculto, velado, inconsciente, que revela a mensagem do sintoma ou a estrutura psíquica do sujeito, fundando a interpretação como característica essencial à Psicanálise. Observamos desta forma, algumas semelhanças do processo de interpretação comuns à clínica, como a atenção flutuante, que se dirige principalmente à escuta do discurso do paciente na clínica. (KOBORI, 2013, P.77)

Para Kobori (2013), o método psicanalítico de análise e investigação necessita preservar em sua constituição o não saber, a descoberta, o desconhecido com a finalidade de que aí surgirá algo novo. A realização de pesquisas em Psicanálise tem como condição utilizar o método freudiano para construir novos conhecimentos sobre o ser humano, sociedade e cultura em geral. Por isso as pesquisas não visam a cura somente, mas sim a investigação ampla sobre procedimentos, técnicas, psicopatologia, instituições, filmes, obras literárias entre outras. “A metodologia é a mesma, utilizando a prática do método psicanalítico (...) baseado na interpretação” (KOBORI, 2013, p.79) visando a produção de novos sentidos ao tema estudado.

Vários autores (FERNANDES E COLS, 2012; BASTISTA, 2010; ROSA E DOMINGUES, 2010) concordam que o investimento científico do método psicanalítico está em investigar os processos concretos e encarnados na produção de sentidos emocionais a partir da interpretação. Esta interpretação se volta ao ser humano em condição de análise uma vez que observar é interpretar, recortar uma realidade já é interpretar e nesta relação, ambos os atores estão envolvidos (sujeito e pesquisador).

Sobre a diferença entre o analista em função no consultório e o pesquisador, os autores afirmam que são diferentes, pois no trabalho clínico a atenção flutuante e a associação livre são estímulos para o processo primário. Durante uma sessão, o analista não se questiona sobre aquilo que o paciente tem, sobre o significado de seus sintomas. Este seria o trabalho do pesquisador, que muitas vezes começa quando o paciente e analista saem de cena. Logo, ao mesmo tempo em que é possível definir o trabalho metodológico da psicanálise, é também

necessário entender que algumas questões permanecem indefinidas e ininteligíveis, e saber disso é também uma das condições de se usar o método psicanalítico. Para Pereira e Laznik (2008), “há algo da subjetividade, tal como apreendida pela psicanálise, que escapa ao campo da ciência- que não pode ser traduzido em uma linguagem”. (p.19)

Alberti e Elia (2000) concordam que a pesquisa é essencial para a práxis analítica e que o tratamento e a investigação coincidem. Isso porque ao se confrontar com seu próprio discurso, o saber do inconsciente se recoloca a cada vez, inédito, único e singular.

Toda e qualquer pesquisa em Psicanálise é, assim, necessariamente uma pesquisa clínica, não tanto pelo fato de utilizar como campo um espaço terapêutico – consultório, ambulatório, hospital ou outro. (ALBERTI E ELIA, 2000, p.23)

Na Psicanálise, há um campo de pesquisa que engloba o sujeito e a transferência que é justamente o campo inconsciente. Este campo é sensível à posição do sujeito em face de seu desejo, seus pontos de angústia, seus modos de funcionamento e de organização sintomática.

O próprio Freud já havia antecipado a necessidade de uma Psicanálise aplicada, ou seja, aquela que pudesse ser exercida além dos limites do consultório, sendo possível fazer Psicanálise em qualquer ambiente institucional, desde que haja analista e sujeito. Para Freud (1919/1981), chegaria um tempo em que seria necessário

Aumentar os nossos números para tratar uma considerável massa da população (...), o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente quanto o tem agora a ajuda oferecida pela cirurgia e de que as neuroses ameaçaram a saúde pública não menos do que a tuberculose. Quando isto ocorrer, haverá instituições ou clínicas de paciente externos, para os quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que (...) crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. (p.209-210)

Esta pesquisa se caracteriza exatamente por ser, de acordo com Fernandes e cols (2012) um estudo interpretativo que visa a compreensão da ação e experiência humana a partir dos contextos vinculares, sociais, econômicos, históricos e culturais. Trata-se de um tipo de pesquisa que se utiliza do método psicanalítico fora do setting de atendimento usual que é o consultório. Para os autores, devemos chamar este tipo de pesquisa de “pesquisa qualitativa com método psicanalítico” cujas bases estão estabelecidas tanto numa vertente clínica como

na vertente conhecida como clínica extensa, psicanálise extramuros ou psicanálise aplicada.² Rosa e Domingues (2010) afirmam que

a psicanálise é uma ciência como outras, um corpo de conhecimento coerente e subsistente por si mesmo, passível de ‘aplicação’ em territórios estranhos àqueles em que se formaram seus conceitos. (p. 127).

Rosa e Domingues (2010) analisam que o dado decorrente desta relação interpessoal é também notado na relação entre pesquisador e pesquisado de forma que o contexto é capaz de “tocar” o pesquisador, muitas vezes, selecionando aquilo que ele vai registrar e aquilo que tomará sua atenção. Deste modo, o dado se constrói na relação transferencial. A observação na pesquisa psicanalítica é orientada à dinâmica psíquica que acompanha o fenômeno observado.

No nosso caso, realizamos uma pesquisa fora do setting psicanalítico regular, que é o consultório. O método psicanalítico aqui discutido visa possibilitar a criação das narrativas a partir do olhar contratransferencial, vincular, pressupondo o diálogo, tanto consciente quanto inconsciente ocorrido entre pesquisadora e pesquisado.

Mezêncio (2004) aponta que, Freud invoca para a finalidade da pesquisa de acesso ao material clínico, a presença de um ambulatório ou hospital. Para a autora, existem dois momentos neste tipo de pesquisa em Psicanálise: a pesquisa na situação clínica, que tem como tema de partida o método comum de fazer pesquisa científica e a partir daí o referencial da Psicanálise e da escuta clínica. No segundo momento, está a pesquisa teórica para montar o aparato.

A partir deste ponto, abrimos caminho para duas reflexões principais: primeira, é possível dizer que o método psicanalítico foi utilizado em contexto institucional, uma vez que não houve a transferência da maneira clássica? Segundo, estando pesquisador e sujeito envolvidos na entrevista de forma mútua e sabendo que “observar já é interpretar, recortar já é interpretar” (PEREIRA E LAZNIK, 2008), como proceder à montagem do caso de forma não contaminada e prezando por uma escuta o mais clara possível?

² O conceito de clínica extensa corresponde à investigação da sociedade e cultura (Herrmann,2001) fora dos limites do consultório. Refere-se àquilo que o psicanalista pode aprender através da investigação da cultura humana, das atividades humanas contextuais, relativas e individualizadas. A psicanálise extramuros é um conceito de Laplanche com significado análogo ao de clínica extensa e por fim, existe um debate a respeito de psicanálise aplicada como sendo o tratamento psicanalítico fora da clínica. Podemos pensar nos três conceitos como sinônimos.

Sobre o primeiro tema, Batista (2002) define que o objeto da Psicanálise é o resultado do uso do método psicanalítico e da transferência. Isso é dado a partir da realidade de um sujeito apreendido sob a influência da transferência criada pela relação analítica, de modo que para se utilizar a metodologia psicanalítica, necessariamente deve haver a presença da transferência.

o método psicanalítico é o método interpretativo quando aplicado sincronicamente à transferência do homem em condição de análise e o seu corolário: o objeto da psicanálise é a transferência considerada segundo dimensões puramente sincrônicas vivida pelo homem em condição de análise, transferência e condição de análise geradas pela aplicação do método interpretativo. (p.07)

A razão principal que favorece a transferência em contexto clínico, para Rosa e Domingues (2010), é a escuta de uma analista colocado na posição de “suposto saber” sobre o sujeito, o que faz com que este fale e possa escutar-se, apropriar-se de seu próprio discurso.

Já nos contextos externos ao clínico, há uma “inversão do modelo, pois é o pesquisador quem supõe que o entrevistado saiba algo.” (p.186) O pesquisador deve ser capaz de proporcionar ao entrevistado a formulação de sua própria questão e responder a ela, na relação transferencial, sem pressões anteriores.

Pois bem, devemos partir da definição clássica de transferência, tal como proposta por Laplanche e Pontalis (1967) no *Dicionário de Psicanálise*:

A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este.

Porém, num contexto institucional a noção de transferência precisa ser adaptada. A noção clássica acima descrita de fato somente acontece num contexto analítico. Para Dutra (2005), da forma clássica, não haveria como pensar em transferência na instituição, o que geraria uma dificuldade de validação para o método psicanalítico. Esse impasse só pode ser superado se admitirmos diferentes formas de apresentação da transferência.

Filloux (2002) nos convida a pensar em “laços transferenciais” que são aqueles manifestados fora do ambiente analítico como, por exemplo, na relação entre alunos e professores. Não fica difícil imaginar que isso seja possível uma vez que num contexto em que uma das partes busca ajuda (educacional, mental, psicológica) e a outra oferece esta ajuda (professor, analista, psicólogo), cria-se uma relação vertical em que está embutida a ideia de

que uma das partes detém este suposto saber. O tipo de transferência estabelecido em âmbito institucional é aquele que revive a ideia do sujeito suposto saber. À esta relação a autora nomeia “fenômenos transferenciais”, que são casos em que se estabelece algum nível transferencial diferente da neurose de transferência, mas que permite que a relação (pesquisa) aconteça.

Então, encerramos a primeira parte da indagação compreendendo que trabalhamos a partir de certo nível transferencial, que atravessou inclusive a ideia de um Outro institucional construída por ambas as partes (sujeito e pesquisadora). Este fenômeno transferencial causou mobilização emocional e certamente que afetou a construção dos casos teóricos.

Num contexto institucional, é necessária a flexibilização do setting tradicional. O pesquisador não deve temer novas formas de interação, ao contrário, é necessário que se busque outros contextos e técnicas que o permitam ser interrogado por novos saberes, em busca da criação de cenários inéditos.

Como afirma Silva (2013), é importante que não se inicie uma investigação com alguma resposta anterior, ou necessidade de “verificação” da teoria. É necessário ter hipóteses, mas não para limitar a escuta. Segundo a autora, “a demonstração de um saber prévio, ao estilo de um teorema, não pode ser psicanalítica pela simples razão de que essa resposta já é consciente” (SILVA, 2013, p.21).

Sendo assim, neste trânsito entre consciente e inconsciente se estabelece o momento que se inicia com a coleta de dados e desemboca na construção do relato ou do caso clínico. Vamos então, neste momento, para nossa segunda reflexão, a que se refere à montagem do caso propriamente dita. Tudo começa na primeira escuta.

A técnica de pesquisa aqui utilizada foi a entrevista conjunta³, com os pais e a criança, na situação de triagem num ambulatório de saúde mental. Esta triagem significa a porta de entrada no serviço e para muitas famílias era a primeira experiência numa instituição hospitalar que cuidava de crianças em situação de sofrimento psíquico.

A entrevista como ferramenta gera um relato que, segundo Lino da Silva (1993) “é um modelo construído a partir de um certo recorte do que realmente ocorreu na sessão” (p.124). Quando optamos por este caminho, devemos levar em conta que ele não confere com a realidade propriamente dita, pois na Psicanálise não há um saber que possa ser aplicado a todos os indivíduos. Cada um tem o psiquismo estruturado de maneira singular e a cada nova entrevista, a cada novo relato, há uma renovação da Psicanálise que amplia e cria

³ Este item será oportunamente abordado no tópico Instrumentos e técnicas.

conhecimento. Além disso, existe também o psiquismo da pesquisadora, pois os objetos de investigação fazem parte também da vida psíquica desta, invocando inclusive, seus próprios fantasmas infantis. Como bem afirma a autora, “o objeto da Psicanálise é o inconsciente, é a gama de significados emocionais possíveis que se organizam segundo um fio condutor que batizamos de desejo.” (p.20)

Importante salientar, como bem pontua a autora, que a pesquisa não tem um caráter linear como desejado inicialmente. Ela passa pelas intempéries ligadas à realidade do local, à adesão dos participantes da pesquisa e também pela própria subjetividade daquele que pesquisa. Outro dado primordial em uma pesquisa psicanalítica é a preocupação ética. Assim, os participantes são informados dos termos de consentimento, do sigilo e da abertura ao diálogo, caso desejem nova conversa ou mais entrevistas com a pesquisadora. Esta preocupação é expressa como uma das formas de vinculação entre pesquisadora e sujeitos. Silva (2013) pontua que esta “neutralidade necessária”

se refere ao compromisso de não interferir na escolha íntima de cada sujeito participante, de não demandar assumir escolhas em seu nome, sugerindo-lhe possibilidades baseadas nas escolhas pessoais do(a) pesquisador(a), permitindo assim que surjam aspectos, sentimentos e pensamentos que muitas vezes não são percebidos ou não aparecem em modalidades de pesquisa mais cartesianas e mais diretivas. (p.44)

O uso da psicanálise em extensão, principalmente em ambientes hospitalares e ambulatoriais cumpre uma tarefa muito peculiar e necessária. Nas palavras de Dunker (2008) a psicanálise lembra aos médicos e à todos aqueles que cuidam das pessoas que clínica significa cuidado e tratamento.

Hoje, o que é medicina? São protocolos e são exames. A ideia da clínica como esse conjunto articulado de feixes, de racionalidade, e organizados pela noção central de ato, de decisão, está se diluindo. (p.69)

Se a medicina é descritiva, normativa e medicamentosa, a psicanálise deve se construir na fortaleza que permite ao sujeito desbravar sua singularidade, para além de qualquer protocolo ou diagnóstico. Devemos passar da descrição para a narrativização, pois esta demanda uma situação inicial, sua transformação e a situação final (DUNKER, 2008).

Para a psicanálise, uma condição de seu método de investigação, não é a descrição, mas a narrativização (...) É o que Freud faz, em todos os relatos de caso, mas também em todos os textos que chamamos de clínicos. Não há narrativa sem narrador e não há narrador sem narratário. O narrador não é o autor, é uma

posição de discurso, exatamente como o analista na transferência. (DUNKER, 2008, P. 72-73)

É possível traçar um paralelo entre um sujeito que busca um psicanalista, por se encontrar diante de um impasse singular e de um sofrimento muitas vezes indizível, e de uma família que busca atendimento para os filhos, que são crianças, e estão diante de um sofrimento que, tampouco eles próprios ou a família é capaz de expressar em palavras. Este é o primeiro momento da construção de um caso teórico. Ele se situa na “passagem da experiência psicanalítica para a elaboração teórica, que se pode localizar o método do relato de casos clínicos” (ZANETTI E KUPFER, 2008, p.181)

No caso desta pesquisa, o começo se dá pela queixa, a partir da primeira escuta. O norteador do meu trabalho foi a pergunta dirigida aos pais: “ O que te traz aqui?” A compreensão é de que, a partir desta indagação sobre a verdade (e o desejo) dos sujeitos desta relação, ocorra uma produção de conhecimento e subjetividade, pois o discurso dos pais neste momento é aquele que detém o saber sobre a criança. É o discurso do entrevistado que produz efeito sobre o entrevistador. De acordo com Silva (2013)

No momento da entrevista, o (a) participante entrevistado (a) vai escolher as palavras a serem ditas, levando em consideração o papel que o (a) pesquisador (a) ocupa e os sentimentos que são provocados. Nas entrevistas realizadas, inicialmente explica-se ao sujeito o trabalho de pesquisa buscando, desse modo, uma maior profundidade no diálogo. O engajamento dos (as) entrevistados (as) à pesquisa se dá por livre disponibilidade e, na medida do possível, busca-se um aprofundamento das questões. (p. 38)

Justamente neste ínterim que o método começa a se esboçar. Ele nos diz, do ponto de vista analítico, por onde devemos começar e o mais importante, que não saibamos onde terminar (JERUSALINSKY, 2002).

Zanetti e Kupfer (2008) apontam que a metodologia da montagem do caso se baseia na construção de um texto teórico que vise articular os fatos, os conteúdos, a história e a compreensão do caso clínico. Logo, é uma narração que começa de um enigma (o que te traz aqui), mas não permanece com sentido único. Ao contrário, busca a polissemia, a ampliação das possibilidades que possam produzir outros sentidos que a princípio não estavam ali.

Vale a pena mencionar que mesmo sendo o primeiro atendimento ambulatorial das crianças, muitas delas já vinham de acompanhamentos psiquiátricos anteriores, e muitas vezes já de posse de algum diagnóstico que circundava o problema e eliminava a psicodinâmica deixando apenas o nome da doença em seu lugar. Muitas vezes, a busca da família se

restringia a saber de qual doença psicológica se tratava para proceder à medicação, sinônimo de cura ou eliminação do mal estar para a maioria das famílias.

Não sendo meu foco de escuta (a questão diagnóstica), não me preocupei com o diagnóstico pré-existente, que muitas crianças já possuíam, mas com a escuta livre da queixa, tanto familiar quanto da própria criança. Assim pude proceder à investigação psicodinâmica da vida da criança e também de suas relações familiares.

Mello Neto (1994), em pesquisa com método análogo aponta que a pergunta existente na pesquisa surge como uma necessidade.

Existe um tema a ser investigado – a figura da criança- e entrevistas totalmente livres, isto é, sem posicionamentos de demandas focalizadas, correm o risco de nada trazer.(...) ela contém questões que conduzem o entrevistado para alguns temas, mas tendo uma indefinição, uma lacunosidade que, será visto, permite o afluxo de associações. Dessa maneira, o entrevistador pode, também ser conduzido pelo falar do entrevistado. (p.57)

O objetivo com isso foi perseguir o método como um fio condutor, pois ele se caracteriza pela abertura, construção e participação. Ele valoriza mais a escuta que a fala, mais a espera pelo sentido do que a indução a ele. Não se deve iniciar uma investigação com respostas a priori, conhecimentos ou teorias anteriores, não se trata de um teorema. Para Lino da Silva (1993), o pesquisador “deve-se abrir ao desconhecido numa pesquisa que se pretenda psicanalítica, a revisão bibliográfica inicial deve ser o mais sumária possível. A pressa deve estar em ir a campo”. (p.24)

Esta era a intenção da pergunta inicial “O que te traz aqui?”. Ela seria o primeiro passo que levaria o entrevistado a discursar e, assim, ir preenchendo as lacunas e as dúvidas do pesquisador. Procuramos seguir firmemente o conselho freudiano de não tomar notas integrais ou outras formas de registros com a crença de que ocasionariam uma seleção prejudicial do material. Para Freud (1919/1981) seria como se parte da atividade mental do pesquisador ficasse presa em algum ponto do discurso, sendo que ela seria mais bem utilizada se empregada na interpretação do conteúdo ouvido.

Logo, para responder à segunda indagação, compreendemos que a montagem dos casos e a eleição de suas problemáticas se deram na relação entre as subjetividades/transferências cruzadas entre a pesquisadora, os sujeitos entrevistados e a instituição como o Outro que representava também o local e setting destes encontros.

1.4. A pesquisa de campo

Para dar início a esta pesquisa, primeiramente submeti o projeto ao comitê de ética da faculdade de Medicina, com a finalidade de obter a permissão para frequentar o ambulatório de saúde mental infantil (ASMI) e realizar entrevistas. Uma vez realizado este primeiro procedimento, marquei uma reunião com os psiquiatras responsáveis pelo ambulatório, a fim de lhes explicar minha necessidade quanto à coleta de dados e viabilizar minha presença no hospital.

Relatei que se tratava de uma pesquisa que visava compreender a queixa inicial da criança e sua família, os motivos pelos quais havia a procura pelo atendimento psiquiátrico infantil. Gostaria de ouvir o que fazia com que estas pessoas chegassem ao serviço. Assim, foi-me explicado que havia um dia da semana, quinta-feira na parte da manhã, que o ambulatório recebia novos casos, que vinham encaminhados de UBS (unidade básica de saúde) e também da secretaria de saúde, da cidade de Marília e região. Neste dia, os casos novos eram triados e conseqüentemente, após o diagnóstico, passavam a ser acompanhados em outros dias e horários especificados de acordo com o CID (classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde). Após este contato inicial, meu trabalho seguiu independente. Eu procurava o auxílio dos psiquiatras quando necessário, mas eram raros os momentos em que nos encontrávamos, pois o fluxo do ambulatório era intenso e eles também eram os responsáveis por supervisionar o atendimento dos residentes em psiquiatria que realizavam as triagens. Eram atendidos em triagem quatro ou cinco casos novos por semana, de crianças de 1 a 18 anos de idade.

Meu procedimento era aguardar o paciente e seu responsável realizarem a consulta com o residente em psiquiatria e somente depois, me apresentar e dizer da minha pesquisa. Em todos os casos em que pude contatar a família eu obtive aceitação e realizamos a entrevista. Houve alguns casos em que a família não pôde esperar o que inviabilizou a entrevista. Eu estava de posse de dois documentos, um termo de consentimento que era entregue para o responsável depois de assinado e lido por ele, e outro que foi escrito diretamente para a criança, em que estava explicado o que ia acontecer e como ela poderia se fazer presente lá naquele local enquanto eu conversava com a mãe/responsável. Então eu entregava para a criança, que na maioria dos casos se sentava à mesa conosco, papel, lápis de cor, giz de cera e massinha de modelar.

Para a realização da entrevista, utilizávamos sempre a sala que estava vaga, e muitas vezes não pude proceder por falta de salas disponíveis, o que demonstra também a dificuldade de outros profissionais como a psicóloga e a assistente social em realizar um trabalho de forma rotineira, já que as salas disponíveis eram de uso da psiquiatria. Após seis meses da finalização das entrevistas, na época da construção das narrativas, voltei ao ambulatório para ler os prontuários das crianças que entrevistei, com o intuito de investigar se alguma informação relevante para meus relatos poderiam estar descritas lá. Nos casos em que obtive novas ou importantes informações, integrei-as às histórias. Não voltei a ver os participantes nem suas famílias.

1.4.1. Local da pesquisa

A cidade de Marília é um município do estado de São Paulo e é composta pelos distritos de Amadeu Amaral, Avencas, Dirceu, Lácio, Padre Nóbrega e Rosália. Até 2010 contava com uma população de aproximadamente 197 mil habitantes. De acordo com o censo 2015 do IBGE, a cidade possui 5 hospitais e 1 maternidade. A rede municipal de saúde conta com 29 USF (Unidades de saúde da família), 12 UBS (Unidades básicas de saúde), 1 policlínica e 2 UPA (Unidade de pronto atendimento). Possui 1 Caps infantil (Centro de atenção psicossocial) ainda em fase de implementação. Por ser a maior cidade da região centro oeste, sua rede pública de saúde atende todos os distritos vizinhos e cidades de pequeno porte, o que muitas vezes ocasiona a superlotação dos serviços e dificuldades de acesso por parte dos usuários.

Esta cidade foi escolhida porque apresenta, dentre as cidades mais próximas ao campus-sede desta pesquisa, as condições necessárias para a investigação metodológica. O hospital público responsável pelo atendimento de saúde mental infantil funciona em parceria com o Hospital das Clínicas da faculdade de medicina (Famema). Este hospital, o São Francisco, possui um ambulatório dedicado ao atendimento infantil, o ASMI (ambulatório de saúde mental infantil).

Na rede de saúde pública os encaminhamentos são feitos da seguinte maneira: primeiramente, o usuário que procura atendimento em saúde mental tem como porta de entrada as UBS (unidades básicas de saúde) e também a DSR (diretoria regional de saúde). Esta última é a responsável pelos dados epidemiológicos dos usuários tais como as

informações numéricas, sexo, idade, origem e quantidade de atendimentos, no entanto, se limita a encaminhar o usuário para as UBS, local onde acontece a primeira escuta geral.

Uma vez na UBS, se a criança tiver 11 anos e 12 meses é atendida por um pediatra e acima dos 13 anos é atendida por clínico-geral. Quando se verifica a necessidade de atendimento psiquiátrico ou psicológico (ou ambos) ela é encaminhada para o Caps infantil ou para o ambulatório de saúde mental (ASMI), sendo que este último é a porta de entrada para o serviço em saúde mental e atende pacientes até os 18 anos de idade de Marília e muitas cidades da região.

O enfoque desta pesquisa era realizar a primeira escuta do usuário em busca de atendimento em saúde mental, razão pela qual preferimos o ambulatório, cuja demanda é grande e generalista ao invés do Caps-infantil, que além de estar em fase de implementação, atende a um número menor de usuários e a casos mais específicos.

O ASMI do hospital São Francisco conta com uma equipe atual de 2 psiquiatras e 4 residentes em psiquiatria, sendo que os primeiros são professores tutores e os últimos, alunos que, depois dos anos de residência, não permanecerão no hospital, vindo outros para ocupar seus lugares. Existe também uma psicóloga e uma assistente social, porém elas não fazem parte da equipe que presta os primeiros atendimentos ao paciente. O trabalho delas começa caso haja o encaminhamento realizado pelos psiquiatras.

Nesta instituição, existe um dia da semana em que os casos iniciais são ouvidos pelos residentes em psiquiatria infantil e assim triados. Feita esta primeira triagem, o paciente passa a ser atendido semanalmente de acordo com seu diagnóstico, que vai desde transtornos de conduta até queixas de ansiedade e depressão. No entanto, não existe acompanhamento psicológico a princípio, apenas psiquiátrico. Em conversa com a psiquiatra-tutora, foi-me dito que a classificação geral dos transtornos que chegam ao conhecimento do ambulatório pode ser assim compreendida: 0-3 anos: autismo, 3-5 anos: transtornos da primeira infância, angústia de separação, 5-12 anos: hiperatividade, transtorno opositor e 12 anos em diante: psicose e transtornos de conduta.

A estrutura física do ambulatório não contava com salas em que eu pudesse me instalar para realizar as entrevistas, sendo que cada psiquiatra utilizava determinada sala em seu turno, mas não possuía uso exclusivo dela. Nos períodos de atendimento, todos os psiquiatras residentes atendiam ao mesmo tempo e muitas vezes eu precisei aguardar a disponibilidade da sala, o que fazia com que os pacientes não esperassem para uma “segunda” consulta, indo embora.

Assim, o que eu propus para a equipe e também junto à plataforma Brasil foi realizar a escuta da família de forma paralela ao atendimento que a instituição já oferecia. A criança chegava com seu cuidador (a) para ser atendido pelo psiquiatra e eu pedia para que ele conversasse comigo também, antes ou depois de sua consulta. No termo de consentimento lido nestas ocasiões, ficava claro que a não adesão do paciente à entrevista comigo não acarretava nenhum tipo de dano ou prejuízo ao tratamento.

Outro ponto observado foi o trabalho individualizado em cada setor, sendo que cada profissional era responsável por seu atendimento e acompanhamento de caso, não havendo troca de experiências e saberes entre equipe médica e os profissionais de outras formações, como a Psicologia por exemplo. O movimento era desarticulado e departamentalizado. Além do intenso fluxo de pacientes que chegavam para primeiro atendimento e a insuficiência de equipe para atendê-los, gerando uma lista de espera de meses.

As dificuldades encontradas neste campo também devem ser mencionadas, pois de alguma forma, superficial ou não, se fazem presente nesta pesquisa. Uma das principais questões sobre a realização das entrevistas teve a ver com a dificuldade de encontrar salas disponíveis em que eu pudesse ouvir a criança e seu responsável, uma vez que não havia salas de atendimento suficientes. Muitas vezes me sentia “intrusa” no trabalho dos residentes, de maneira que durante o tempo da realização das entrevistas o contato que tive com eles foi mínimo.

1.4.2. Instrumentos e técnicas

Foram duas as técnicas utilizadas nesta pesquisa: entrevista conjunta, com os pais e a criança que buscavam atendimento psiquiátrico no ambulatório de saúde mental infantil e, posteriormente, a escrita desta entrevista no formato de narrativas integrativas.

De início, quando a criança chegava (acompanhada por um responsável), eu explicava meu objetivo ali e logo eram oferecidos à criança alguns materiais de desenho (folha de sulfite, lápis de cor, giz de cera) e também massa de modelar. Para ter acesso à criança, a pesquisa foi previamente aceita pelo comitê de ética e apresentada ao corpo médico do ambulatório que concordou com a coleta de dados. Assim, depois da consulta psiquiátrica, eu realizava a entrevista psicológica. Em todos os casos foi lido o termo de consentimento e assentimento livre e esclarecido e uma cópia foi entregue para o adulto que acompanhava a criança no atendimento.

Aos pais (ou responsável) era realizada uma pergunta inicial, que consistia em “O que te traz aqui”, ou mais propriamente, “O que tem acontecido com seu filho (a) que te fez sentir necessidade de buscar ajuda neste serviço?”, e desta forma, a conversa tinha início.

Foram realizadas 10 entrevistas no período de três meses, uma vez que a maior demanda do ambulatório é de indivíduos acima de 12 anos de idade, e por isso, ficaram de fora desta pesquisa. Para todas as crianças, o material lúdico foi oferecido, sendo que das 10, 5 aceitaram fazer algum desenho e deixá-lo para a pesquisadora. Apenas 1 criança levou seu desenho, as demais brincaram de massa de modelar enquanto acontecia a entrevista.

As entrevistas realizadas aconteciam uma vez por semana, sempre às quintas-feiras no período da manhã, que era o dia em que o ambulatório recebia pacientes pela primeira vez, o que não significava que era a primeira vez que eram atendidos. Muitas crianças já vinham de acompanhamentos em serviços como APAE, consultório particular, sala de recursos na escola regular e até mesmo internações psiquiátricas em outras instituições. Como havia somente 3 psiquiatras para atender, havia semanalmente entre três e cinco pacientes novos por semana, dos quais eu me limitava a entrevistar aqueles que se encaixavam no recorte desta pesquisa, a saber, crianças de até 12 anos de idade.

Segundo Soler e cols (2012), a escuta das crianças se difere da dos adultos também por conta do método empregado, pois com as crianças a associação livre não é possível, por isso utiliza-se o método da conversação, desenho e brinquedo.

Dolto foi uma psicanalista que se tornou especialista na análise de crianças e compreendia que a criança adoece do inconsciente dos pais, por este motivo, a interrogação inicial deve ser feita não somente para o sintoma da criança, mas para a dinâmica familiar. A autora realizava entrevistas preliminares com os pais na presença da criança, utilizando-se do discurso familiar para compreender o universo infantil.

Soler e cols (2012) descrevem que a primeira entrevista deve ser realizada com os pais, acompanhados da criança; a orientação é de que a criança faça um desenho ou algum outro trabalho, instalada numa mesa, e o analista (pesquisador), ao interrogar o adulto, preste atenção na maneira como a criança se comporta. Após a devolutiva com os pais, a criança fica a sós com a analista que utiliza o método do brinquedo, conversação e desenho. O papel do analista é ativo, no sentido de questionar e elucidar conteúdos, visando a reorganização psíquica.

Temos em Dolto a inspiração para a técnica da entrevista conjunta, pois

Segundo Dolto (1988), no atendimento psicanalítico à criança, a primeira entrevista deve ser realizada primeiramente com a mãe ou com os pais, acompanhados da criança. Esta entrevista com os pais não deve ser realizada depois da conversa privada com a criança. A orientação é de que a criança faça um desenho ou outro trabalho, instalada em uma mesa, e ao se falar com os adultos, preste-se atenção ao modo como a criança reage. (SOLER E COLS, 2012, p.210)

Assim, eu entregava para a criança lápis de cor e massa de modelar para que ela própria pudesse construir suas projeções e não apenas projetar em algum brinquedo já existente. No entanto, não houve o momento em que eu ficasse a sós com a criança ou pudesse dar a ela qualquer tipo de devolutiva. Limitei-me à escuta da queixa e à história de vida da criança, relatada pelo responsável que a acompanhava. Nesta técnica, o importante não era brincar ou não brincar mas ouvir o que está sendo dito.

Segundo Prizskulnik (1995) é imprescindível escutar os pais, pois eles estão envolvidos nos sintomas dos filhos. Isso não significa realizar o tratamento deles, mas ajudá-los a se situarem em suas próprias histórias. É inegável que foi possível perceber no relato da história de vida de alguns pais a repetição dramática que faz com que a queixa trazida pela criança remeta a gerações anteriores da produção da mesma queixa. Esse fato ocorreu principalmente nas histórias de rejeição paterna ou materna às crianças, uma vez que os pais também foram rejeitados ao nascer. Também aparece esta repetição nas queixas de agressividade da criança, remetendo a algum tipo de reação de trauma que tem a etiologia na ruptura da dinâmica familiar.

Para Silva (2013), a entrevista como produtora de conhecimento e subjetividade faz com que o entrevistado precise escolher palavras a serem ditas, levando-se em consideração o papel que ocupa o pesquisador e o contexto geral em que ambos estão inseridos. Nas entrevistas que foram realizadas, foi lido o termo de consentimento à pesquisa, esclarecendo que ela não era obrigatória, mas parte de uma investigação sobre o sofrimento infantil na atualidade, buscando-se assim maior profundidade no diálogo.

O engajamento dos (as) entrevistados (as) à pesquisa se dá por livre disponibilidade e, na medida do possível, busca-se um aprofundamento das questões. Em um estudo de caso psicanalítico, as questões éticas estão na pauta das preocupações, as participantes são informadas do termo de consentimento pós-informado, do sigilo acerca de seu nome. (p.40)

Para Bergeret (1983), a entrevista psicológica é um processo em que o paciente assume a postura ativa de organizador de seu próprio modo de comunicação com o entrevistador, sendo que este último funciona como um receptor, uma testemunha, dentro de uma dimensão transferencial e, portanto, intersubjetiva. A entrevista não é um interrogatório, mas uma escuta que deve prezar pela liberdade e confiança do paciente em expressar espontaneamente seu modo de expressão relacional, seu tipo de angústia e até mesmo seu sintoma, da maneira que lhe for possível. A caça de informações assegura o autor, deve ser evitada.

Durante a entrevista, não foram tomadas notas integrais, seguindo a indicação freudiana de que os registros provocariam uma seleção prejudicial do material enquanto estivessem sendo escritos, pois parte da atividade mental do pesquisador estaria presa, quando estaria sendo mais bem empregada na interpretação do que se ouviu.

As entrevistas realizadas eram posteriormente transcritas por mim no formato de narrativas integrativas privilegiando alguns focos da história de vida da família e da criança que, transferencialmente, chamaram minha atenção, despertaram interesse ou curiosidade e articularam o diálogo conseguido. A transcrição, a partir das minhas impressões, associações e sentimentos advindos da contratransferência, tinha como finalidade a possibilidade de refletir e avaliar o conteúdo do que foi dito e de forma mais criteriosa lançar um olhar analítico para a queixa, que é o objetivo deste estudo.

Muito interessadamente, ao realizar supervisões e durante o trabalho de escrita desta tese, me dei conta que eu quis fazer a entrevista conjunta de Dolto, em que eu entrevistava o responsável enquanto a criança realizava alguma tarefa como desenhar ou brincar de massinha, no mesmo ambiente. No entanto, o que quis fazer não foi totalmente o que foi feito, percebo atualmente. Devido à falta de manejo da técnica da entrevista e muitas vezes intimidada pelo contexto ambulatorial, algumas questões surgiram.

Apoio-me em Winnicott quando este relata a situação de alguns de seus atendimentos, em que a criança estava sentada à mesa desenhando enquanto ele e a mãe tentavam organizar peça a peça, a história de seu desenvolvimento para averiguar em que momento as coisas começaram a falhar. Ele relata que a criança ficava de ouvido atento para se assegurar que não estavam tramando alguma maldade, e ao mesmo tempo, percebia uma comunicação sem fala, através dos desenhos que ele vez ou outra ia espiar a criança fazendo.

Em algum nível me identifico com esta passagem, porque de fato eu não recontava para a criança sua história como fazia Dolto ao interpretar a fala da mãe para o filho. Afinal, tratava-se de uma entrevista inicial e não um tratamento e, por mais que fosse terapêutica, não teria a continuidade adequada ao *setting* interpretativo. Dessa forma, a transferência ocorreu

na medida do possível, com todas as resistências e contratransferências inerentes à relação ali estabelecida. Isso será retomado na interpretação das narrativas.

Para Mélega (2017), o fluxo associativo da criança é expresso no brincar e desenhar. Para autora, quando o desenho não for apenas usado como uma defesa ao contato, ele poderá ser visto como uma manifestação da fantasia, da sua experiência emocional ao estar com o analista. Ele então “será visto na situação transferencial” (p.12). Das dez crianças, cinco delas desenharam. Algumas preferiram simplesmente ouvir, outras andavam pela sala mexendo em tudo e chamando a atenção da mãe. Os desenhos em algum ponto são ininteligíveis. A meu ver se assemelham a rabiscos que fazemos quando estamos ansiosos de posse de uma caneta ou lápis. Um deles me impactou, contudo, que foi o de um menino de 6 anos que desenhou um rosto com a boca muito grande e vermelha. Ele me disse que era um monstro no final. Ele havia sofrido uma tentativa de abuso sexual pelo pai.

Para Aiello-Vaisberg (2011), a psicanálise sempre fez uso das narrativas para expressar os dramas humanos no *setting* analítico. Mais atualmente, as narrativas têm sido utilizadas como forma de comunicação de experiências clínicas às comunidades científicas. Existe, para a autora, uma aproximação fidedigna daquilo que é narrado e do acontecer dramático, que permite acessar a experiência emocional e com isso produzir conhecimento. A narrativa é um recurso potencial e coerente com a perspectiva psicanalítica, pois carrega em si o acontecer clínico intersubjetivo entre o pesquisador e o pesquisado. Neste estudo, o uso da narrativa tem a finalidade da interpretação do material e de enfatizar os aspectos que surgem na contratransferência, que são relevantes para a compreensão da entrevista.

Ainda segundo a autora, a narrativa favorece a comunicação, a troca de sentidos e a interlocução entre os membros da comunidade científica, tornando-se um lugar privilegiado para a produção do conhecimento nas áreas de humanidades.

A narrativa faz sentido num contexto epistemológico que não considera a presença do observador como um ruído inevitável, que distorce o verdadeiro e o real. Ao contrário, pensamos que a presença, a personalidade do pesquisador é a via de acesso pela qual podemos chegar a produzir conhecimento psicológico sobre a dramática existencial humana. Deste modo, é importante frisar que o processo de elaboração da narrativa parte da ideia de que a personalidade do pesquisador é parte constitutiva do acontecer clínico. (AIELLO-VAISBERG, MACHADO, 2005, p8).

A proposta metodológica da narrativa realizada pela autora pressupõe que este recurso seja capaz de comunicar o que foi vivenciado no encontro para produzir conhecimento a partir do olhar da psicanálise. A narrativa aqui é vista como uma estratégia, um instrumento de

acesso ao mundo interno e também como forma de investigar e analisar as experiências originadas dos afetos e emoções.

Numa investigação psicanalítica como a que propomos não poderíamos nos furtar ao desafio de criar um procedimento que fizesse jus ao potencial elaborativo do narrar e preservasse maximamente a característica dialógica do encontro humano. Assim chegamos às narrativas interativas, procedimento que privilegia a interlocução entre pesquisador e pesquisado na produção de um conhecimento que se assente sobre a dramática humana. (AIELLO-VAISBERG, 2011, p.160)

Esta possibilidade de contar a história tal qual ela foi capaz de nos tocar é reconhecer a dinâmica do interlocutor para além do emissor, ou seja, reconhecer que o encontro é bem mais significativo do que uma entrevista de perguntas e respostas. Penso que esta liberdade trazida por esta metodologia afasta irreversivelmente a ideia do pesquisador neutro e aproxima a visão do pesquisador atuante, o pesquisador analítico, aberto ao que o campo está disposto a oferecer e que se envolve qualitativamente com seu trabalho. Este é o esforço da psicanálise fora do contexto clínico individual, o que procuramos demonstrar neste estudo.

1.4.3. Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa 10 crianças menores de 12 anos de idade, de ambos os sexos, cujas famílias procuraram o serviço ambulatorial, pois elas estavam passando por algum tipo de sofrimento psíquico. A criança era acompanhada por um adulto responsável, que podia ser a mãe, a avó e em alguns casos ambos (pais ou avós). Em nenhum caso a criança estava acompanhada pelo responsável homem apenas, o que nos remete a esta ligação entre o cuidado da criança e o feminino.

A coleta de dados no ambulatório aconteceu num período de quatro meses aproximadamente, de julho a outubro de 2016, uma vez por semana, que era o dia em que casos novos chegam para a triagem.

Os casos que se encaixavam na amostragem (crianças de até 12 anos de idade) eram selecionados para a entrevista depois da triagem psiquiátrica e o relato realizado posteriormente ao final da conversa, já na ausência da criança e familiares.

Das dez crianças entrevistadas, sete eram do sexo masculino e três do sexo feminino. Em quatro casos, a mãe biológica estava acompanhando a consulta e nos demais, os

acompanhantes eram as avós ou profissionais de algum serviço, como conselho tutelar ou orfanato. As queixas mais comuns eram de mudança brusca de comportamento da criança, incluindo agressividade, ansiedade e como consequência, baixo rendimento escolar. Algumas crianças já possuíam um diagnóstico anterior, por serem casos mais graves, como autismo, psicose e retardo mental. Neste caso, vinham para acompanhamento psiquiátrico no ambulatório, embora já tivessem experiência anterior no serviço de saúde mental.

O desenho da pesquisa pode ser assim compreendido:

TOTAL DE CRIANÇAS ATENDIDAS

Sexo, idade	Acompanhada por	Queixa
P, Masculino, 4 anos *	Mãe	Agressividade, ansiedade
T, Masculino, 2 anos	Avó	Autismo
H, Feminino, 4 anos	Conselho tutelar, mãe	Suspeita de abuso sexual
I, Feminino, 7 anos	Avó	Retardo mental
K, Masculino, 11 anos*	Enfermeira	Psicose
A, Masculino, 6 anos	Mãe	Agressividade, ansiedade
E, Masculino, 9 anos *	Mãe	Autismo
S, Feminino, 8 anos* ⁴	Mãe	Tentativa de suicídio
D, Masculino, 7 anos	Avó	Tentativa de suicídio
JG, Masculino, 10 anos	Pais adotivos	Agressividade, ansiedade

Uma vez que meu objetivo é desenvolver narrativas referentes a alguns destes casos, neste momento ofereço uma breve panorâmica geral dos participantes, com informações que vieram das entrevistas por mim realizadas e também dos prontuários aos quais tive acesso no ambulatório. Selecionei quatro entrevistas para transformá-las em narrativas baseadas nos casos que causaram maior impacto, provavelmente pela quantidade de informações obtidas e também por questões transferenciais, fatos que me possibilitaram reunir mais elementos, tanto ao narrá-los quanto em sua posterior análise. Desta forma, o relato ganha a forma da experiência e permite sua propagação enquanto criador de conhecimento. Por este motivo, das dez entrevistas apenas quatro se tornaram narrativas, já que foram selecionadas na tentativa de simbolizar os atravessamentos do sofrimento que se encontram estas crianças. Elas demonstram além de tudo o ambiente possível na qual a vida familiar se desenrola, o aspecto familiar da tentativa de reparação ao buscar cuidado mesmo quando fica tão difícil exercê-lo.

⁴ * Crianças cujas histórias estão analisadas neste trabalho.

A primeira criança P, 4 anos, sexo masculino. Veio ao ambulatório acompanhado da mãe e com a queixa de inquietação, hiperatividade, comportamentos ansiosos. Como marco importante, tem-se o fato de que o pai de P não o assumiu quando ele nasceu e a mãe encontrou outro companheiro, com quem teve outro filho. Este relacionamento acabou quando a mãe de P sofreu violência física deste homem na presença de P. Depois deste episódio, eles se mudaram de casa e passaram a viver com a tia de P, seus filhos e seu irmão mais novo, filho de outro pai. O pensamento da mãe em relação à P é de que ela está assustada em relação à mudança de comportamento do filho. Disse ter pesquisado na internet e pode ser que P tenha TDAH. Relatou que na escola (onde existem regras e ambiente organizado) P nunca deu qualquer tipo de trabalho, mas na casa de sua irmã ele não consegue ficar, demonstrando ansiedade na maior parte do tempo e brigando com as demais crianças. Percebe que o fato de P tê-la visto apanhar o “deixou em pânico”. Sobre as relações familiares, os avós de P moram em outra cidade. Sua mãe teve um relacionamento fugaz com seu pai, que, após seu nascimento a deixou. A mãe mora com os irmãos, e sua irmã teve o mesmo trajeto (envolveu-se com um homem que a deixou depois da gravidez). Ambas tem outro filho de outros homens. Durante a entrevista, P se mostrou silencioso, concentrado, fez um desenho e escreveu muitas vezes a letra P.

A segunda criança, T, 4 anos, sexo feminino. Veio ao ambulatório acompanhada da mãe e de duas conselheiras tutelares do município de origem, pois, a consulta de T era compulsória, sendo requisito de um processo de abuso sexual que corria em justiça. Segundo as conselheiras, a escola realizou uma denúncia de um suposto abuso sexual ocorrido com T pelo seu padrasto, que morava até então, com a mãe e seus 5 irmãos, filhos de outros homens. Foi percebida uma vermelhidão na área genital de T, assim como comportamentos “sexualizados”, que teriam motivado a denúncia. Na ocasião, a mãe estava grávida deste homem, padrasto de T que teria abusado dela. Como marco importante, a conselheira relatou que T teria supostamente visto a relação sexual da mãe e do companheiro mais de uma vez e passou a imitar este ato com objetos e com os irmãos menores, causando uma série de complicações para a família. A mãe se mostrou extremamente afetuosa com T, preocupada com todo o processo que estava acontecendo, apesar de não compreender muito bem e não ser capaz de se posicionar. Limitou-se a negar que o abuso tivesse acontecido porque disse que não deixa os filhos sozinhos em nenhum momento. As relações familiares de T consistem na vida com os cinco irmãos, a mãe e o padrasto. Este declaradamente não gosta dela porque teria medo de ser preso em função da denúncia. A mãe é analfabeta, tem problemas de dicção,

o que torna sua fala e compreensão muito difíceis. O padrasto é alcólatra e usuário do Capsad, e por este motivo recebe auxílio financeiro. A família mora numa casa de dois cômodos cedida pela prefeitura, fator que inviabiliza a privacidade do casal. T estava em processo terapêutico e a psicóloga descartou o abuso sexual. Em seu relatório constatou que se tratava de fantasias sobre a sexualidade e que provavelmente ela teria presenciado o ato sexual dos adultos. Durante a entrevista, T se mostrou carinhosa, feliz pela gravidez da mãe, desenhou a mãe grávida e falou com muito carinho de seus irmãos. É uma menina esperta, falante e vivaz.

A terceira criança, H, 6 anos, sexo masculino. Veio ao ambulatório acompanhado da mãe e da assistente social. A queixa era de agressividade e brigas na escola. A criança é frequentadora da APAE no contra turno, faz acompanhamento com fonoaudióloga porque fala com dificuldade. Toma três medicações para TDAH. Como marco importante está o fato de que, o pai de H, que teria abandonado sua mãe grávida de 3 meses (ele queria que ela abortasse), havia reaparecido e passou a se fazer presente na vida do menino, visitando-o aos finais de semana. Numa dessas idas à casa do pai no final de semana, H voltou dizendo que ele passou o pênis em sua boca e mandou ele não contar para ninguém. Sem entender, o menino contou para a irmã. Quando a situação se tornou pública, o pai foi até a casa que H morava com a mãe, a avó, tios e dois irmãos e ameaçou matá-lo. A avó o defendeu e apanhou. H presenciou tudo. A mãe diz que foi depois disso que H mudou de comportamento. Suas relações familiares consistem nas pessoas que moram com ele, acima descritas. A mãe não trabalha e recebe bolsa família. Teve dois filhos (gêmeos) com outro homem que a abandonou. O pai está indiciado por abuso sexual e não tem mais contato com H. Durante a entrevista, H se mostrou atento ao que falávamos dele e também comunicativo, apesar de que a maioria de seus sons não eram palavras, mas sons guturais. Ele desenhou um monstro com a boca grande e vermelha.

A quarta criança I, 8 anos, sexo feminino. Veio ao ambulatório acompanhada da mãe por estar em depressão e ter cometido uma tentativa de suicídio ingerindo uma caixa de lorazepam da avó. Como marco importante, há o fato de que o pai de I havia morrido um ano antes por acidente de carro, portanto algo inesperado. I era muito ligada ao pai e em seu relato diz não se recuperar da morte dele. A partir disso, suas notas caíram, seu comportamento mudou e ela se tornou agressiva. A mãe relata que ela frequentemente dá início a atividades que não consegue terminar, que não sabe mais o que fazer para ajudar. Mostrou-se preocupada com a situação da extrema tristeza em que a filha se encontra e reconhece que a morte do marido mexeu com a estrutura familiar de forma ampla. Por exemplo, ela e o filho mais velho passaram a trabalhar. As relações familiares de I consistem na mãe que trabalha à

noite e o irmão mais velho que trabalha e estuda. Tem avós. Durante a entrevista, I se mostrou tímida, olhando pra baixo na maioria do tempo, introspectiva e muito triste, repetindo várias vezes que não consegue entender por que o pai havia morrido. Não quis desenhar.

A quinta criança, K, 7 anos, sexo masculino. Veio acompanhado da avó porque havia sido internado um tempo antes na emergência psiquiátrica do ambulatório por tentativa de suicídio por enforcamento. Sofre de epilepsia e desde os 4 anos é agitado e agressivo. Não usa medicação e foi classificado como outros transtornos mistos, de acordo como DSM. Como marco importante, ele havia sido acusado de roubo pelos colegas da escola e sua ansiedade começou a aumentar a partir daí. Ele diz que tem que morrer e para isso, já havia se jogado na frente de uma ambulância na intenção de ser atropelado, havia pulado de um lugar alto e por ultimo se trancou no quarto com uma corda. Foi quando a avó o encontrou e o internou. A avó que cuida de K diz que ele muda muito de humor, é agitado, rebelde, tem baixo rendimento escolar e sofre de alucinações visuais. Ele diz que vê um homem de preto dizendo que ele tem que se matar. Suas relações familiares consistem na vida com a avó, pois sua mãe o agredia fisicamente e acabou perdendo a guarda judicial. O pai havia abandonado a mãe. Durante a entrevista ele permaneceu em silêncio desenhando. Não quis me dizer o que foi que ele desenhou.

A sexta criança, A, 10 anos, sexo masculino. Veio acompanhado de pai e mãe adotivos. A queixa era de comportamento agressivo. A mãe relata que ele bate, grita e xinga os colegas, não obedece a professora e que este comportamento piorou quando aconteceu uma mudança de diretora na escola. A é surdo, mas não mudo e frequenta a escola regular a qual não acompanha. A família aguarda uma vaga numa escola especial. A expectativa da família seria conseguir que ele fosse medicado para TDAH para melhorar o comportamento e seguir na escola em que está. Para os pais, A é impulsivo, desobediente, agressivo na escola e ao mesmo tempo consegue ser carinhoso e obediente em casa. A. foi adotado com seis anos de idade, pois seus pais biológicos perderam sua guarda legal por uso de drogas. Ele morou um tempo no orfanato e foi adotado pelo casal com quem vive agora a quase dois anos. Eles têm outros dois filhos adotados, com quem A se dá bem. Julgam a relação familiar positiva e amorosa. Há certa diferença na forma como A trata sua mãe e seu pai. Durante a entrevista pude perceber que, pelo fato do pai falar com A em libras, eles se entendem melhor e ele obedece mais o pai. A mãe permanece centrada no discurso e quando A não a entende, ela aumenta o tom de voz, o que o distancia e o deixa ansioso. Ele ficou agitado e andou pela sala durante nosso encontro, fazendo com que os pais, por diversas vezes, dessem bronca sobre seu comportamento.

A sétima criança, E, 2 anos, sexo masculino. Veio ao ambulatório acompanhado pela avó que cuida. Diagnosticado com autismo, não fala, ainda usa fraldas, frequenta a escola regular, mas tem uma cuidadora que o acompanha. Ele estava medicado, mas a avó foi em busca de outros tratamentos e acompanhamento. Como marco importante, existe o fato de que mãe apanhou do pai de E durante a gravidez, tentou abortar e não conseguindo, rejeitou o filho ao nascer. Deixou o filho para sua mãe cuidar. Engravidou novamente do mesmo homem e teve uma menina, com a qual resolveu ficar. Aos 30 dias de vida desta, este homem morreu de infarto. Um fato curioso é que a avó de E havia tido 5 filhos de homens diferentes e nenhuma dessas relações deu certo, pois ela apanhava destes homens. Deixou os filhos com sua mãe para poder trabalhar e quando esta se recusou a continuar cuidando deles, ela os deixou num orfanato. Passados vinte anos, ela é procurada pela filha, grávida, em situação de violência doméstica, que deixa E para viver com ela. Em suas palavras, ela queria ter um bebê para cuidar, já que seus filhos ela teve que dar. Durante a entrevista, E colocou todos os lápis de cor no chão e permaneceu mexendo e olhando para eles.

A oitava criança, S, 7 anos, sexo feminino. Veio acompanhada pela avó que se mostrou agressiva e de difícil comunicação. Disse que S não gosta da mãe, somente do pai. S é diagnosticada com retardo mental e frequenta a APAE. A avó diz que sua tomografia mostrou “manchas” no cérebro, sendo que sua mãe também possuía tais manchas. A menina fala com dificuldade, repete o que é dito, não conseguindo exercer um diálogo propriamente dito. Já fez uso de ritalina. Na ocasião da entrevista, tomava “vitamina” para o cérebro, segundo a avó. Ela possui dois irmãos mais novos que não apresentam nenhum problema de saúde. Ela é a mais velha. A avó diz que sua mãe fez uso abusivo de drogas durante sua gestação e por este motivo perdeu a guarda legal dos três filhos, sendo que esta ficou para ela. A mãe estava presa e o pai aparecia para ver as crianças de vez em quando. Durante a entrevista S misturou todas as massinhas, fazendo um bolo com elas de uma única cor. Desenhou a si mesma.

A nona criança, D, 11 anos, sexo masculino. Veio acompanhado por uma enfermeira do orfanato em que ele mora em outra cidade. Possui um diagnóstico de psicose. Foi abandonado pela família e entregue ao orfanato. Pouco se sabe de sua história de vida anterior, ninguém o visita, e está interno desde muito cedo. Frequenta a APAE. Durante a entrevista, ele brincou com a massinha, cheirou, quase comeu, espetou lápis de cor nas bolinhas que fez com a massinha. Fez um bolo com papel. Andou e correu pela sala. Não falava, mas demonstrou muita ansiedade.

A décima criança, JG, 9 anos, sexo masculino. Veio acompanhado pela mãe e possui diagnóstico de autismo com déficit cognitivo. Frequenta a APAE. Teve duas convulsões (8 meses e 1 ano) e a mãe afirma que seu comportamento de andar e falar foi abalado depois disso. Até a ocasião da entrevista ele não falava. Tem movimentos repetitivos e estereotipados; quando está nervoso, grita e se balança. Faz uso de risperidona, que passou a tomar porque não se adaptou à ritalina. O medicamento, porém, causou ganho de peso e por isso a mãe foi ao ambulatório pedir a troca. Ela relata que ele não tem malícia, não tem noção do perigo. Ela teve uma gravidez tumultuada porque o marido não aceitou a mesma. O casal rompeu, mas voltou a se relacionar antes do nascimento de JG. Tem dois irmãos (12 e 4 anos) que ajudam a cuidar dele. Eles não apresentam problemas de saúde, mas existem casos de doença mental na família. Durante a entrevista, JG permaneceu agitado, andando por toda a sala. Quase comeu a massinha que eu ofereci para que ele brincasse. Demonstrou carinho, me abraçando duas vezes.

2. INFÂNCIA E AMBIENTE: A FAMÍLIA E A FALTA DELA

Estátuas e cofres e paredes pintadas, ninguém sabe o que aconteceu. (Legião Urbana)

Neste capítulo, pretendemos traçar o conceito de infância, a partir de sua noção clássica até suas atuais definições, pois se entende que existe uma transformação do papel social da infância, que acompanha as diferentes concepções de família e sociedade. Sendo este período da vida marcado pela sociabilidade advinda do núcleo familiar, mais do que qualquer outro, pensar o contexto familiar que propicia para as crianças seu crescimento e desenvolvimento é essencial neste percurso. Pensaremos na constituição familiar contemporânea, privilegiando aquela que aparece na pesquisa a partir dos sujeitos entrevistados, que é aquela constituição familiar monoparental, de famílias chefiadas por mulheres mães solteiras ou avós.

Outro aspecto relevante é a constituição econômica social, que está circunscrita no âmbito da vulnerabilidade, marcada pela ausência paterna e fragilização de vínculos afetivos. Estas são as marcas constitutivas exteriores que delineam o cenário externo das famílias das crianças ouvidas e é a partir deste contexto que buscaremos lançar luz à suas queixas e diagnósticos. Com isso, buscamos analisar a ampla dimensão do conceito de ambiente de Winnicott, pois esta nos oferece uma possibilidade de pensar que o meio ambiente é tanto interno quanto externo, ele é constitucional e físico, marca basilar do ser humano em seu contato com a cultura.

2.1. O CONCEITO DE INFÂNCIA DOS PRIMÓRDIOS À CONTEMPORANEIDADE

A infância é mais uma categoria social em transição na atualidade. Esta ideia tem se tornado cada vez mais hegemônica, principalmente a partir dos primeiros anos do século XXI, quando mudanças qualitativas no cenário político-econômico mundial acarretam reconfigurações no laço social que alteraram as antigas formas de viver. A subjetividade vem sendo transformada como parte integrante das bases materiais da sociedade e ligada a ela numa relação dialética.

A noção de infância clássica inaugurada por Ariès (1975) afirma a existência de um mundo inocente e frágil relacionado às crianças, e segundo esta ideia, alguns autores postulam que a infância estaria desaparecendo. Entre eles, Postman (1999) é um dos autores fundamentais a defender a ideia de que a mudança nos meios de comunicação alterou profundamente a divisão entre o mundo infantil e o do adulto, apontando para o fim da infância. A tese de Postman (1999) tem sentido embora não aponte somente para o desaparecimento da infância, mas para aquilo que abre caminho para pensarmos na transformação da mesma.

Deste modo, segundo o autor, a mudança dos meios de comunicação, informação e educação trazem ao universo infantil certos abalos. Pensamos que, antes do extermínio da infância preconizado por Postman, presenciamos também possibilidades de reestruturação. Sendo assim, neste trabalho partiremos da ideia de que a infância é capaz de criar conhecimento e saber sobre si mesma e que para compreendê-la na contemporaneidade, é preciso captar a imanência que ela carrega em si.

Segundo Zanetti e Gomes (2011) são três determinantes principais que devemos utilizar para pensar um fenômeno de forma dinâmica: os históricos, os socioculturais e os econômicos. Uma vez que nosso foco é pensar a infância, a discussão destes elementos será feita justamente a partir das transformações que nos permitem problematizar o conceito de infância. A partir do determinante histórico, temos que o conceito de infância não é algo em si, composto a priori, mas antes, construído socialmente. Ariès (1975) foi pioneiro em justificar que a infância não é algo natural, mas criada numa fase quando a sociedade passa a separar adulto e criança. Da mesma forma, para Postman (1999), a história da infância também se altera quando avanços tecnológicos passam a democratizar as informações e romper com a antiga divisão entre adultos e crianças. Sendo assim, pensar o determinante histórico do conceito de infância é levar em consideração que cada tempo cria e sustenta suas formas de vida e que isso vai ao encontro das necessidades específicas de cada contexto.

Os determinantes socioculturais levam em consideração o avanço das ciências que, ao se debruçar sobre a infância, buscam discursos especializados e colocam a criança no centro das atenções, um ser cujo cuidado necessita ser realizado a partir do plano ideal das conexões entre saúde, educação, relação pais e filhos etc. Na visão das autoras, o tiro saiu pela culatra: em um primeiro momento, o que os especialistas tentaram, foi a tomada de atenção dos pais para as necessidades da criança. O que se operou, no entanto, foi a explosão de sentimentos de desautorização dos pais em relação aos filhos e a criança tomou o lugar de protagonismo e de decisão acerca do próprio futuro.

Para Lebrun (2004) citado por Zanetti e Gomes (2011), a ciência se opôs a autoridade da igreja e tomou seu lugar no centro da vida social de maneira que o social contrariou a educação, antes de posse exclusiva dos pais. “Nossa sociedade assumiu a ciência no lugar da função paterna”. (p.496). As autoras proclamam que estamos diante, no plano sociocultural, de discursos inconsistentes sobre o “ser pai”, de mudanças rápidas na noção familiar e de crianças tratadas como sujeitos de direitos e não de deveres, o que na fase adulta, facilmente se torna característica de seres pautados no individualismo e não em aspirações de cunho coletivo, justamente o que presenciamos atualmente.

Sobre os determinantes econômicos, Zanetti e Gomes (2011) delineam um cenário capitalista com a realidade de classes obnubilada por violências simbólicas e ideologia individualista, uma cultura narcisista (Lasch) com seu mundo exterior cada vez menos saudável já que as associações humanas estão, dia a dia, mais problemáticas. A culpabilização do indivíduo - enquanto umas das estratégias do poder- paralisa a todos, e principalmente os pais, diante do medo de ressentimento dos filhos. A isso a cultura responde com um sonoro “consuma”, como se a quantidade de objetos a serem presenteados pudesse tampar o enorme abismo presente nas relações contemporâneas, principalmente entre adultos e crianças.

Para Roudinesco (2003), “A família contemporânea assemelha-se a uma rede assexuada, fraterna, sem hierarquia nem autoridade, na qual cada um se sente autônomo ou funcionalizado.” (p. 155)

Pensamos que, em síntese, todas estas mudanças podem ser entendidas como efeitos de uma sociedade pouco compromissada com o próximo. Diante deste cenário de relações, cabe-nos pormenorizar estes determinantes para compreender de que maneira a infância é tratada atualmente, principalmente a partir da mudança também na relação entre crianças e adultos.

2.1.1. A infância clássica.

Foi Àries (1975) quem pela primeira vez nos conduziu à compreensão da infância através dos tempos e dada sua importância ímpar para o tema do nosso estudo, vamos recapitular seu trajeto.

Segundo o autor, o conceito de infância não existia até aproximadamente o século XVII. Nas antigas sociedades tradicionais (século XII), a criança era criada misturada com

adultos e não passava por etapas da vida tais como a juventude, já que ela imitava o adulto e quando chegasse ao seu tamanho físico, tornava-se um deles. Não existia um sentimento de infância, ou seja, a consciência da particularidade infantil que distingue criança de adulto. O que acontecia era literalmente a passagem do colo à sociedade de adultos. Os registros antigos sobre infantes se baseavam em anjos retratados com graciosidade e pinturas de crianças nuas, fortemente inspiradas em ícones religiosos como o menino Jesus.

O autor pontua que durante o século XV, dois registros da infância ficariam famosos: o retrato e o *putto*. O retrato se referia às pinturas de crianças mortas, ou seja, significava uma forma de lembrar a criança falecida, fixar seus traços e marcar seu lugar no seio da família. Estas pinturas refletiam a ideia corrente da época de que não era possível se apegar às crianças porque elas morriam cedo; a taxa de mortalidade infantil era alta, assim como a de natalidade e a crença das famílias era de que era necessário ter muitos filhos para, quem sabe, preservarem alguns até a idade adulta. A morte prematura das crianças passou a fazer com que a família desejasse conservá-las, cuidar delas e também representá-las em retratos. No século XVIII, as pinturas mostravam crianças no centro da composição e, frequentemente apareciam separadas de seus pais, representadas sozinhas. O segundo registro era o *putto*, ou seja, retratos de criancinhas nuas, ligados ao gosto artístico pela nudez clássica. O *putto* fazia referência à criança mitológica e ornamental, não à criança real e histórica. Eles eram representados brincando e com feição angelical.

De acordo com Àries (1975), o contexto histórico do século XVII (reforma dos costumes religiosos e morais) transforma radicalmente a ideia socialmente aceita de infância. Até esse momento, existiam práticas familiares que associavam as crianças à brincadeiras sexuais dos adultos sem chocar o senso comum e que eram tidas como extremamente naturais. Os adultos usavam linguagem grosseira e as crianças podiam ouvir e ver situações escabrosas do mundo adulto que iam desde bebedeiras extremas até cenas sexuais. Esta era a mentalidade da época que se baseava em duas ideias principais: a primeira de que a criança impúbere (antes da puberdade) era alheia à sexualidade, o que fazia com que os gestos sexuais dos adultos fossem totalmente neutralizados e segundo, não existia a noção de inocência infantil, logo, os assuntos sexuais adultos não poderiam macular uma inocência que não havia.

Assim, continua o autor, é no bojo das transformações do século XVII, em que estavam ideias advindas do final da Idade Média que, de cunho religioso, propagavam o ideal moral da supressão da masturbação infantil a partir da oração e da implantação de um sentimento de culpa. Mudanças no campo da educação levaram ao estabelecimento de um novo comportamento em relação às crianças de modo que o adulto deveria falar com elas com

palavras castas, evitar que elas se tocassem e se beijassem, enfim, ele era encarregado de preservar a infância.

Donzelot (1986) alega que as primeiras literaturas sobre a conservação das crianças surgem no século XVIII, a partir da discussão de vários autores sobre os costumes educativos da época, como a prática de hospícios de menores abandonados, criação dos filhos por amas de leite e a educação “artificial” das crianças ricas. Todas estas práticas implicavam em abandono e altos índices de mortalidade. É desse período a crença de que os filhos de homens bons, nutridos por amas de leite, poderiam se tornar adultos degenerados. Dessa maneira então, a preocupação com a educação e a conservação das crianças tinha inclusive o objetivo de garantir adultos “de bem”, não contraventores.

Conservar as crianças significará pôr fim aos malefícios da criadagem, promover novas condições de educação que, por um lado, possam fazer frente à nocividade de seus efeitos sobre as crianças que lhes são confiadas e, por outro lado, fazer com que todos os indivíduos que têm tendência a entregar seus filhos à solicitude do Estado ou à indústria mortífera das nutrizes voltem a educá-los. (DONZELOT, 1986, p.21)

A educação que passa a ser pensada a partir deste período, na visão do autor, estava organizada em torno de dois pólos principais: a difusão da medicina doméstica (classes burguesas retirando os filhos dos cuidados de serviçais) e a economia social - baseada em filantropia, no planejamento da vida dos pobres com a finalidade de diminuição dos gastos sociais com sua reprodução - além de obter um número desejado de trabalhadores.

O autor aponta que as principais transformações deste período foram: a ligação próxima e orgânica entre o médico e a família (surge a figura do médico de família), elaboração de livros médicos para as famílias burguesas sobre a criação, educação e medicação das crianças, o fechamento das famílias para as influências negativas do antigo meio educacional que era composto por serviçais e amas de leite, aliança do médico com a mãe enquanto uma figura reconhecida por ele por sua utilidade educativa. Tudo isso compôs o cenário que levou a predominância do saber médico no cuidado com a criança, para além dos conselhos populares das comadres e dos antigos tradicionalismos.

Ao majorar a autoridade civil da mãe, o médico lhe fornece um status social. É essa promoção da mulher como mãe, como educadora auxiliar médica, que servirá como ponto de apoio para as principais correntes feministas do século XIX. (DONZELOT, 1986, p.25-26)

Donzelot (1986) analisa que, nesse cenário, duas verdades despontaram e passaram a coexistir. Para as famílias abastadas, os cuidados com a conservação das crianças vinham de livros e da aliança com a medicina, numa tentativa tácita de retrain o controle da educação dos filhos a partir do contato com os serviços. A aproximação da medicina atuou para o empoderamento da mulher em seu papel de mãe e na liberação das crianças para serem crianças; agora havia uma espécie de cordão sanitário delimitador do campo do desenvolvimento infantil e nessa liberação protegida, os pequenos cresciam como seres de direito.

Em contrapartida, nas famílias populares imperava o analfabetismo e a preocupação com a conservação das crianças passava pela economia do estado, que, com métodos higienistas, estabelecia vigilância direta às famílias pobres, travestida de proteção discreta. De qualquer modo, a partir do que aponta o autor, penso que nasce um sentimento familiar, uma necessidade e responsabilidade de proteger as crianças inclusive das interferências externas. Podemos notar um “clima doméstico”, uma formação do que depois ficou conhecido como família nuclear.

O estado, segundo Donzelot (1986), tratou de coibir a reprodução e baixar a taxa de natalidade a partir de práticas tais como entravar os abandonos infantis disfarçados de internação em hospícios, e para as nutrizes, controlar uniões livres (concubinato), impedir a vagabundagem e a mendicância. Na análise do autor, o que perturba a família é o imoral, mas o que perturba o estado é o desperdício de força viva e o sustento dos ditos inúteis (não trabalhadores). Para conter os avanços populacionais das classes baixas, aumenta-se o controle médico sobre a criação de filhos e o surgimento das primeiras sociedades protetoras da infância na França, com a finalidade de inspecionar crianças colocadas pelos pais em nutrizes, aperfeiçoar o sistema de educação, ampliar os métodos de higiene e vigiar as classes pobres em suas práticas de vida. Assim, para as famílias populares restou a liberdade vigiada e a seus infantes o lugar de seres de dever.

Muito interessante este desenho criado por Donzelot porque aponta que existem dois limites circunscritos para a aceitação nesta sociedade: há um círculo para as preocupações familiares em gerar crianças saudáveis que mais tarde se tornarão homens de bens e há um círculo para o Estado, cuja primazia está na obtenção de mão de obra dócil e abundante, sem ter ônus com políticas que viabilizem isso, por exemplo. A grande questão que se denuncia é: o que acontece com as crianças da intersecção, aquelas que não são desejadas pela família e também não servem de mão de obra para o Estado. Certamente são um problema, um gasto, um obstáculo.

Badinter (1985) faz uma importante contribuição acerca do pensamento sobre a infância quando reflete que a aceitação da criança pela família e o sentimento de maternagem não são questões intrínsecas, biológicas, sentidas pela mulher no decorrer da gravidez apenas.

O objetivo dela é a compreensão histórica do amor materno, para além da atribuição biológica universal dada a este fato. A autora afirma que até o século XVIII as imagens das crianças eram negativas. Durante anos vigorou a ideia do pecado original, em que a criança seria um ser pagão, símbolo do mal, dotado de vaidades, corrompida e caprichosa. Somente depois de muito trabalho e castigo físico é que ela seria corrigível. Nos séculos anteriores, a autora sublinha também a imagem da criança como estorvo ou desgraça. Ela infere esta ideia de fatos como a negação do seio à criança, o aleitamento mercenário, abandono e infanticídio como práticas comuns, enfim, situações que se estendiam desde as mulheres pobres até as aristocratas e burguesas.

A autora historiciza que, durante o século XVIII, na França principalmente, ainda persistia o desprezo pela criança. Os cuidados, a atenção e a fadiga advindos do recém-nascido ainda representavam transtorno para os pais e a vida doméstica. Por isso, era comum o hábito de contratar amas de leite. Este processo era realizado sem nenhum critério e a mortalidade infantil era alta neste período. As inferências realizadas por Badinter (1985) se baseiam na criança como brinquedo, a criança máquina cujo funcionamento seria simples de modificar, a inexistência do interesse médico pelas crianças e a ausência de menção a elas na literatura. Assim, o desprezo aos infantes demonstra a tese da autora, de que o amor materno é algo construído historicamente e não um dado absoluto.

Para Àries (1975), os moralistas e educadores do século XVII inspiraram a formação de um sentimento sobre a infância que prevaleceu na educação até o século XX, o sentimento de apego à infância através do interesse psicológico e da preocupação moral: era necessário conhecer a leviandade da infância para melhor corrigi-la. “Tentava-se penetrar na mentalidade das crianças para melhor adaptar a seu nível os métodos de educação”. (p.104)

O autor sugere que a partir disso, surge o sentimento da exasperação, fora do ambiente familiar, provindo dos eclesiásticos e homens da lei preocupados com a disciplina e a racionalidade dos costumes. Era necessário preservar e disciplinar a infância e como parte do movimento educacional, a escola tomava lugar de destaque na infância, separava a criança do adulto e a enclausurava no processo de escolarização.

Ele aponta que, teve início assim, o respeito pela infância e a produção de farta literatura moral e pedagógica, práticas de devoção religiosa, noção de inocência infantil e a comparação das crianças a anjos. Este amor e benevolência dos adultos dedicados às crianças

nos primeiros anos de vida surgem no seio familiar e recebem o nome de paparicação com base na afeição pela fragilidade e debilidade das crianças, na associação da fraqueza infantil à inocência e pureza divina e na concepção de que os infantes não possuíam paixão nem vícios.

São bem conhecidos estes dois sentimentos da infância, paparicação e exasperação, na obra de Àries. Isso porque representam a mudança na forma da sociedade enxergar e tratar as crianças, bem como contém em si alguns princípios constitutivos, tais como: a necessidade de amar as crianças e vencer a repugnância que elas inspiram no homem racional, corrigir as crianças desde cedo, habituando-as à seriedade, recato do comportamento, preocupação com a decência, inserção das crianças em jogos educativos, separação das crianças e dos adultos e uso de linguagem formal para falar com as crianças.

O sentido da inocência infantil resultou numa dupla atitude moral com relação à infância: preservá-la da sujeira da vida e especialmente da sexualidade tolerada, quando não aprovada, entre os adultos, e fortalecê-la, desenvolvendo o caráter e razão. (ÀRIES, 1975, p.91)

Para o pensamento do século XVII não era contraditória a ideia de inocência versus razão, tanto que a comunhão tornou-se a manifestação mais visível do sentimento da infância, pois celebrava a inocência e também a apreciação racional dos mistérios/dogmas religiosos sagrados. Desse modo, até o século XVIII a infância estava ligada à ideia de dependência, ou seja, só se saía da infância ao sair da dependência. O conceito de infância inventado a partir do século XVII era de que a criança seria inocente e frágil, devendo ser protegida pelo adulto e paulatinamente introduzida na sociedade a partir de uma educação ajuizada e gradativa. Em outros termos, a infância passa a ser o terreno da profilaxia de todos os males. A sociedade começa a pensar de forma global, desde a família até o Estado, passando pela educação, que garantir crianças saudáveis, garantirá adultos trabalhadores e livres de transtornos (mentais, por exemplo). Como se o desenvolvimento humano fosse retilíneo e uniforme.

2.1.2. A infância moderna.

Postman (1999) afirma que a ideia da infância é uma das maiores invenções do século XVII e ele considera que pensar a infância só se torna possível quando socialmente se passa a pensar na noção de indivíduo atrelada a de classe social. Para ele, a ideia da infância nasce com a classe média porque seria esta classe burguesa a primeira a manifestar interesse em sustentar tanto a infância quanto sua ideia.

O argumento em que o autor se baseia para pensar a infância é a invenção da impressão com caracteres móveis, a tipografia. Para ele, durante a Idade Média, desaparece a capacidade de ler e escrever da maioria da população, sendo a vida comum baseada nas narrativas orais. Na Europa, havia desaparecido a capacidade do leitor para interpretar o que estava escrito por causa de uma caligrafia somente decifrável por poucas pessoas, geralmente padres ou nobres. O modo medieval de transmissão de conhecimento era de fato a oralidade e a alfabetização social era diferente da alfabetização formal, corporativa. Dominar a escrita e a leitura eram privilégios reservados para poucos indivíduos.

No mundo medieval não havia nenhuma concepção de desenvolvimento infantil, nenhuma concepção de pré-requisitos de aprendizagem sequencial, nenhuma concepção de escolarização como preparação para o mundo adulto. (POSTMAN, 1999, p.29)

Para o autor, a falta de alfabetização, a inexistência de um conceito de educação e da noção de vergonha eram as razões pelas quais não havia infância no mundo medieval. A criança era invisível no sentido de possuir alguma particularidade, era simplesmente um adulto em tamanho menor. Somente em meados do século XV, quando a prensa tipográfica surgiu é que mudanças significativas aconteceram. A prensa disseminou a leitura a partir da publicação massiva de livros e propagou o hábito de ler como algo individualizado, particular, que cada um poderia fazer por si só.

Postman (1999) defende a tese de que a noção de infância nasce a partir da ideia de cada indivíduo ser importante em si e a mente humana ser mais importante que a noção de comunidade. Penso que uma ideia individualista e amplamente burguesa, segundo o próprio pensamento do autor de que preocupar-se com as crianças somente poderia ser uma preocupação da burguesia.

Além disso, Postman (1999) enfatiza a diferença entre quem sabia ou não ler causou uma divisão na transmissão da informação. A tradição oral vigente passou a ser considerada informal e, portanto inválida. Era necessário aprender a partir dos livros e para isso, era preciso separar os adultos das crianças, já que a fase adulta e emancipada deveria ser conquistada a partir do domínio da leitura e, não apenas da evolução biológica. Para adquirir conhecimento a criança deveria ir à escola, e desta maneira, esta instituição foi reinventada como local onde a instrução era valorizada e as crianças deveriam frequentá-la para obter a realização simbólica de, um dia, tornar-se adulto. Com isso, a criança passou a ser respeitada como uma criatura especial, separada e protegida do mundo adulto.

Deste modo, continua o autor, o modelo de infância e o de família se adequam devido à invenção e expansão da escolarização formal. A família seria a encarregada de uma série de funções educadoras e moralizantes. A criação do currículo seriado fez com que a criança precisasse atingir metas para ser considerada adulta. Precisaria então demonstrar capacidade de pensamento lógico, postergação, autocontrole.

A crítica de Postman (1999) a esse tipo de educação seriada e baseada em *standarts* se refere ao fato de que a aprendizagem por meio de livros seria antinatural, uma vez que exigiria da criança alto grau de concentração e disciplina, características impróprias a esta fase da vida. Mesmo antes da separação da infância dos demais ciclos da vida, era perceptível a diferença entre adultos e crianças. Antes das escolas, a inquietação infantil tinha um vasto campo para se expressar. Isso precisou ser modificado num mundo em que o aprendizado acontecia por meio dos livros.

Quietude, imobilidade, contemplação, precisa regulação das funções corporais tornaram-se extremamente valorizadas (...) pais e professores começaram a impor uma disciplina bastante rigorosa às crianças. (POSTMAN, 1999, p.60-61)

Tornar-se adulto era sinônimo de controlar e superar a própria natureza. O autor menciona que quando o livro e a escola criaram a criança, criaram também o moderno conceito de adulto. E para, além disso, talvez também tenham criado juntamente com a noção de escolarização e extrema disciplina, algumas patologias infantis vinculadas à não adaptação aos padrões vigentes.

A ideia que norteava a infância nesse período era a da proteção e educação, ou como quer Àries, da exasperação e da paparicação. Neste sentido, a sociedade, a partir de seus intelectuais, governantes e grupos familiares precisava produzir conhecimento para desenvolver e cuidar da infância. Duas correntes filosóficas principais foram utilizadas pelas ciências humanas com a finalidade de compreender o universo infantil durante o século XIX e XX: a lockiana (J. Locke) e a rousseuniana (J.J Rousseau).

A primeira faz referência à criança como um ser amorfo, como uma tábua rasa, que a partir da alfabetização e educação desenvolve o auto-controle e a vergonha, e assim pode se tornar um adulto civilizado. A segunda pensa que é o adulto (e não a criança) quem está deformado. A criança é pura porque está mais próxima de seu estado de natureza e ela tem como virtude a sinceridade, a compreensão, a curiosidade e a espontaneidade que se perdem justamente com a educação, autocontrole, vergonha e razão. Deste modo, o universo intelectual se vê diante de um paradoxo da infância: ao mesmo tempo em que necessita do

adulto, a criança também é detentora de seu próprio universo. Precisa ser protegida e introduzida na sociedade de forma sequencial, a partir do ciclo de seu desenvolvimento, mas carrega consigo a particularidade do universo infantil.

Penso que estas ideias apontam para uma dimensão dialética no que se refere ao fato de que a infância não é algo em si, apartado nem do mundo externo nem do ciclo de desenvolvimento humano. A afirmação de Postman denuncia um pouco disso: a criança precisa aprender e ser protegida, mas o aprendizado formal e a proteção institucionalizada são antinaturais, porque à criança cabe a liberdade. No entanto, em estado de liberdade ela não seria criança. Estaria mais para um selvagem, segundo a educação formal.

De acordo com Castro (2002), os teóricos que anunciam a destruição da infância trabalham com um conceito de infância ideal, inocente e frágil que já não existe mais, pois a ficção universalizante que se criou a partir da Modernidade coloca a criança no papel de ir à escola, brincar, não ter responsabilidades, sem a necessidade de trabalhar. Portanto, diante deste estatuto de inocência e fragilidade, não existiria mais infância.

A infância moderna figurada como inocente, frágil, imatura e dependente se tornou um índice da trajetória civilizatória universal a se realizar apoteoticamente no adulto, branco, independente, individualizado, senhor da vontade e da razão. (p.51)

A criação destes marcos rígidos para a infância nos permite entender que o infante precisa ser educado pelo adulto para assim poder ter acesso à idade da razão e ao pleno gozo de sua cidadania. A criança nesta visão é concebida como um ser que deve ser tutelado e a quem a sociedade deve proteger e preservar a qualquer custo. Seria um tipo de pensamento ligado à visão lockiana de infância, ou seja, da criança como um ser puro a ser protegido, para não se tornar um adulto degenerado.

Postmann (1999) construiu uma tese sobre o desaparecimento da infância na modernidade baseada na entrada dos meios de comunicação de massa no universo infantil, de modo que a televisão, principalmente, rompeu a fronteira entre a criança e o adulto. Segundo ele, crianças são um grupo de pessoas desconhecedoras de certas coisas que os adultos sabem. Na Idade Média, não havia crianças porque não havia adultos de posse de informações exclusivas. Com a invenção da prensa tipográfica, essa mediação surge e faz a infância emergir enquanto fase da vida. Na era da televisão esse elemento volta a se dissolver e como consequência, a infância desaparece.

A televisão destrói a linha divisória entre infância e idade adulta de três maneiras, todas relacionadas com sua acessibilidade indiferenciada: primeiro porque não requer treinamento para apreender sua forma, segundo porque não faz exigências complexas nem à mente nem ao comportamento e terceiro porque não segrega seu público. (p.94)

Para Postman (1999), quando desaparece a sequência comunicativa que introduzia paulatinamente a criança no universo do adulto desaparece o segredo divisor desses dois mundos. Então, a banalização dos valores empreendida pelos meios de comunicação seria capaz de fazer desaparecer a infância. Ou seja, em seu ponto de vista, o autor atribui esta “extinção” à mudança do contexto informativo e da sequência da aprendizagem, pois, até alguns anos atrás, havia a crença da proteção necessária para evitar que saber de algumas questões adultas pudesse roubar-lhes a inocência (principalmente o conhecimento a respeito da sexualidade) e a crença pedagógica do aprendizado estava calcada na noção da passagem do simples para o complexo, do fácil para o difícil, do particular para o geral.

Neste sentido, Postman (1999) afirma que não raro em alguns adultos, as capacidades intelectuais e emocionais não se realizaram e, sendo assim, não são diferentes daquelas associadas às crianças.

Em uma sociedade em que os pais têm pouco tempo para os filhos, a TV não se ausenta, não se cala, não se nega. A TV não frustra, não permite a dúvida nem a angústia. Faz cessar tensões internas, faz sonhar.” (KEHL, 1991 citado por PONTES, 2007, p.215)

A tese de Postman (1999) é certamente muito interessante e fundamental para seguirmos a epistemologia da infância, porém está muito ligada ao universo do consumo, de crianças que possuem algum acesso e poder decisório em suas famílias. A tecnologia é dominada indubitavelmente por crianças menores de dez anos com uma desenvoltura que falta aos adultos. Para fins deste estudo, porém, estas questões não foram observadas. As dez crianças e famílias entrevistadas apresentavam questões mais urgentes e mais fixadas em situações concretas, como abandonos reais, rompimentos familiares, falta de acesso a bens de consumo e violências várias. A tecnologia enquanto algo capaz de destituir seu lugar de criança se encontra num plano terciário, pois a vulnerabilidade a que estão expostas toma o plano central.

2.1.3. A infância contemporânea.

A discussão contemporânea sobre as injunções constitutivas da infância tem início a partir de mudanças conjecturais no plano econômico, político e social. Seu marco é o período da 2ª. Guerra Mundial, quando principalmente, a partir da ida da maioria dos homens para o front de batalha restou às mulheres o acúmulo de inúmeras funções e inclusive a necessidade de vender sua força de trabalho para sobreviver e assim criar seus filhos.

Segundo Abrão (2012), com a ida das mulheres para o mercado de trabalho e a multiplicação de seus papéis sociais, vieram também os movimentos de emancipação feminina que levaram a mudanças permanentes na organização familiar até então dominante. Esses também acarretaram uma série de transformações, principalmente porque, a partir desse momento, a mulher não era mais a única a ter de cuidar das crianças e esta função passou a ser dividida com outras figuras da relação familiar e com instituições. Além disso, a partir da segunda metade do século XX, o poder paterno se reconfigura num contexto de relações sociais/familiares mais igualitárias e não mais centradas na figura de um homem provedor. Entre as novas narrativas sobre a infância, está o reconhecimento desta como estruturante dos processos sociais na cadeia geracional.

Segundo Castro (2002), “crianças e adultos são parceiros na construção do mundo em que vivemos”. (p.52) Além de que, a partir dos novos estudos sociais sobre a infância de Prout (2005), temos que:

As mudanças que se processam nas representações da infância acompanham as transformações que ocorrem no mundo globalizado, fazendo com que a criança seja reconhecida como mais ativa e mais participante e, simultaneamente como um indivíduo menos dócil e bem mais difícil de lidar. (p.28)

Concordamos com as ideias de Prout (2005), que critica a maneira desenvolvimentista de tratar a infância, pois essa carrega a imagem de que a fase infantil é universal e biológica e não fruto de trocas sociais inerentes ao humano. Aliás, temos visto tanto com Àries quanto com Postman que é impossível desconectar a infância de seu contexto histórico. Compreendemos este período da vida como parte de um processo cultural e social maior que gera seres ativos em seu processo de desenvolvimento.

Para o autor, a infância é heterogênea, composta por materiais diversos como o discurso, a cultura, o natural, o tecnológico, além dos recursos humanos e não humanos. A essa visão, Prout (2005) dá o nome de “novos estudos sociais da infância”. É uma teoria

interessante e extremamente profícua porque nos dá elementos inclusive para a problematização da tese do seu desaparecimento. Segundo o autor, existiu uma tendência histórica nos séculos XIX e XX de separar seus os aspectos socioculturais e biológicos, o que dificultou a percepção de que as diversas mudanças sociais e contextuais que enfraqueceram as barreiras entre as fases infantil e adulta não necessariamente destruíram a infância.

Ou seja, o autor quer dizer que ora pensamos na infância de forma biológica, enquanto faixa etária (0 a 12 anos para os manuais de desenvolvimento, 0 a 18 anos para a lei), ora pensamos em sua descrição sociocultural: ser independente, autônomo, responsável, trabalhador etc. Neste último caso, nos deparamos com fenômenos como os *kidults* ou a Síndrome de Peter Pan, que designam crianças adultas, ou seja, indivíduos de mais de 20 anos que socialmente se encaixam no rótulo infantil (moram ou dependem financeiramente dos pais, não assumem compromissos de longo prazo, não tomam responsabilidades em diversas áreas da vida, etc). Por isso, pensar a infância como fenômeno é levar em conta os atravessamentos deste tempo histórico, para além das expressões intrínsecas do ciclo vital. Para Díaz (2010)

Reconhecer a infância como uma construção social e cultural historicamente localizável implica entender que ela é uma noção que corresponde a determinada forma de pensamento e, portanto, a determinados conhecimentos e saberes. (DÍAZ, 2010, p.198)

Na concepção contemporânea coabitam as ideias clássica e moderna e com isso produzem imagens paradoxais que envolvem nossas formas de pensar nela, já que atravessadas tanto pelas nossas experiências cotidianas com as crianças como pelas discussões e debates acadêmicos, políticos e econômicos atuais.

Segundo Prout (2005), a infância é uma categoria em transformação, parte de um processo social e cultural, dotada de senso histórico, mas seu sentido se reconstrói constantemente e serve como mostruário da inserção humana contemporânea a partir do processo de aculturação de pequenos seres num mundo também em transformação. O laço social possível no contexto atual pode ser fecundamente percebido se observarmos a infância e como as crianças, enquanto seres em desenvolvimento, constroem e são construídas por este universo em transformação.

O contemporâneo não está nem na divisa do triunfalismo do fim da história (...) nem na sua versão apocalíptica de que o que é bom está ameaçado. O

contemporâneo não parece nem melhor nem pior do que qualquer outro momento da história humana. (CASTRO, 2002, p.48)

Neste sentido, as transformações na família e na relação entre os pais abrem campo para a discussão da fragilização das suas funções, já que os pais contemporâneos, estes seres inseridos num mundo globalizado, padecem de culpa, dúvida e insegurança quanto ao seu desempenho, e é justamente aí que entra o discurso dos especialistas.

Para Zanetti e Gomes (2011), historicamente, a ideia de infância e de educação caminham juntas. Desde o século XV, a noção de que as crianças não podiam ser apresentadas a uma liberdade sem limites, sem que isso lhes causasse dano, é paradigmática. A educação deveria ser composta de hierarquia e disciplina, caso contrário, a sociedade sofreria a consequência de adultos degenerados.

Porém, segundo as autoras, o discurso dos especialistas acabou por fazer foi desqualificar o saber natural dos pais e retirar deles sua autoridade. A sociedade colocou a ciência no lugar da função paterna e dificultou a eles a chance de dizer “não”, já que o social não os ratificava neste quesito.

A preocupação maior destes discursos especializados estava em buscar sensibilizar os pais acerca da necessidade de maiores cuidados em relação a seus filhos, mas acabaram por provocar um sentimento exacerbado em que, atualmente, a criança é colocada no lugar de protagonista e de quem decide sobre seu futuro. (ZANETTI E GOMES, 2011, p.495)

Na visão das autoras, as crianças atuais são seres empoderados, sabidos, conectados, chamados a crescer, amadurecer e preparar-se para um futuro repleto de responsabilidades e desafios. A grande questão é: qual o laço social possível para as crianças no contemporâneo? E afinal, a qual criança nos referimos?

Alguns autores defenderão a tese de que a criança passa a ocupar um lugar social diferenciado, justamente sustentado por uma administração simbólica da categoria infância (SARMENTO, 2004), como por exemplo, a participação da criança na economia (trabalho infantil ou pelo viés do marketing publicitário), inúmeros modelos familiares e instrumentos reguladores para a infância, como leis e estatutos específicos. Para este autor, o lugar da criança atualmente é o lugar das “culturas da infância” e isto representa um paradoxo, pois ao mesmo tempo, ela é exposta e protegida, pois se desenvolve em meio a discursos de liberdade trazidos pela globalização e sanções legais previstas em lei como as estruturas de controle institucional.

Então, analisamos que contemporaneamente, por ainda ser considerada inocente, frágil, imatura e dependente, as práticas de proteção e controle à infância se alavancaram de tal maneira, que cabe a análise proposta por Castro (2002) de que ser criança não significa ter infância, justamente porque se pensarmos em classes sociais mais pobres, teremos a questão do trabalho infantil, enquanto que em classes mais abastadas, o consumismo exacerbado. Desse modo, as visões da sociedade sobre a infância baseiam-se em: o menor como futuro trabalhador, a criança como consumidora (inclusive competindo com os adultos) e a busca pela compreensão de novos sentidos para a infância. Note-se inclusive que, ao analisarmos as diferentes infâncias atuais, perceberemos que a categoria “menor” designa as crianças pobres e marginalizadas, cumpridoras (ou transgressoras) de deveres, enquanto que o estatuto da criança ainda permanece para as brancas e bem nascidas, potenciais consumidoras e detentoras de direitos.

Na realidade brasileira, esta diferença é gritante e o paradoxo muito nítido. Calligaris (2000) analisa que a criança é rei em um país com reputação no exterior de ser um lugar que abandona legiões de crianças na rua.

Desta maneira, entre os discursos contemporâneos sustentadores da infância, somente nos cabe buscar aqueles que visam à compreensão de novos sentidos para ela; devemos antes compreender que a criança atual carrega em si as marcas históricas e sociais manifestadas a partir dos hábitos de vida, das relações familiares, das angústias pessoais e do sofrimento psíquico que perpassam a infância contemporânea.

Buckingham (2012) pontua que o enfraquecimento das fronteiras entre o mundo adulto e o infantil, a transformação da organização familiar, o déficit das estruturas e organizações governamentais, as novas formas de comunicação e informação são vitais para a transformação da compreensão sobre a infância e subjetividade das crianças na contemporaneidade.

Segundo Díaz (2010), o advento da mídia diminuiu grandemente a letra impressa enquanto veículo de informação. A escola como lugar idealizado para a transmissão do conhecimento era baseada na disciplina e atenção como garantia de aprendizado. Ou seja, a disciplina (silêncio e extrema obediência) significava normalidade e sinônimo de desenvolvimento saudável. Atualmente, os aplicativos para celular, que vão desde redes sociais até jogos, competem com a forma clássica e tradicional de ensino, e em inúmeras ocasiões as mídias levam vantagem.

À escola resta individualizar os alunos a partir de diagnósticos de TDAH, déficits de aprendizagem, deficiência intelectual e tratamento medicamentoso, caso contrário iria se

deparar com o fato de que os tempos mudaram e obediência e disciplina não significam alto índice de aprendizagem. As formas clássicas de ensino não se alteraram. Mas o público se alterou. As vicissitudes enfrentadas pela instituição escolar denunciam a falência das formas clássicas de reprodução do *status quo* social. É impressionante como o estudo sobre a infância contemporânea se aloca nestas duas polaridades: minhas pesquisas apontam para questões referentes ao ambiente escolar e questões referentes à sociedade de consumo. A produção massiva dos materiais refere-se a esta dupla. Por isso, é válido algum conhecimento sobre crianças e consumo. Embora não seja o tema principal deste trabalho.

Para Pontes (2007), o que atualmente a criança vivencia é menos educação, mais ócio controlado por tecnologias, mais exposição ao meio midiático e televisivo, o que faz com que o lúdico e a brincadeira saiam de cena e marquem a infância a partir da eletrônica, em que cada criança enclausurada nos limites de sua casa se desenvolva a partir do consumo da TV, videogame e internet. Estes, enquanto veículos de comunicação são intencionalmente criados para um “uso democrático”, ou seja, para não existir diferenças entre adultos e crianças. Eles não têm a intenção de segregar o público, não fazem exigências complexas ou necessitam de alta intelectualidade. Eles são meramente consumíveis com o objetivo de entretenimento.

As imagens audiovisuais, a internet, os jogos de computador/celular devem ser considerados - para alguns autores que buscam compreender a infância contemporânea - como elementos-chave para fortalecer o processo ensino-aprendizagem infantil. Atualmente, não há mais divisão clara entre o mundo adulto e o mundo da criança: ambos participam ativamente no processo de dominar novas tecnologias, e frequentemente, as crianças levam a melhor. Existem nichos de mercado em que ela é o consumidor principal.

As corporações, utilizando-se da noção de inocência acabam por constituir a criança em um alvo privilegiado, passando a ser submetida, explorada e manipulada em favor de interesses meramente comerciais, como a produção massiva de brinquedos, filmes e outros produtos aparentemente inocentes, mas imbuídos de fortes conteúdos ideológicos. (DÍAZ, 2010, p.204)

Pelo fato de que nossa vida social está organizada a partir do consumo, incluímos a criança neste universo também. Não consumir, ou seja, não ter acesso a bens, à mercadorias, é gerador de sofrimento para as crianças mais pobres, que destituídas de condições financeiras, ficam excluídas e marginalizadas das trocas sociais.

Enfim, escola e consumo: eis os dois universos que majoritariamente se entende que atravessam a infância. No entanto, a instituição de ensino e a sociedade como um todo são

posteriores a um primeiro grupo fundamental da vida de qualquer indivíduo, cuja ausência, falência ou presença marcam a subjetividade de forma basilar. Este grupo é a família.

2.2. A CONSTITUIÇÃO DAS FAMÍLIAS CONTEMPORÂNEAS

Família pode ser definida como um conjunto de pessoas aparentadas, que vivem na mesma casa, possuem o mesmo sangue, ascendência, linhagem, estirpe. Um grupo formado por indivíduos que são ou se consideram consanguíneos, que possuem um tronco comum ou são admitidos por adoção. (Aurélio, 1988). De forma conceitual, família é uma sociedade natural formada por indivíduos que podem estar unidos por laço de sangue ou de afinidade. Os laços de sangue resultam de descendência. A afinidade se dá com a entrada dos cônjuges e seus parentes, que se agregam à entidade familiar pelo casamento. (Nogueira, 2007)

Para Winnicott (1999), “a família é o primeiro agrupamento, e de todos os agrupamentos é o que está mais próximo de ser um agrupamento dentro da unidade da personalidade” (p.125). Ele afirma que o pai pode estar presente ou ausente, assim como a mãe, e isso determinará muito o significado que a criança dará à palavra família. Portanto, trata-se de uma relação dinâmica e construída no cotidiano.

Nesta pesquisa, foram entrevistadas dez crianças que, juntamente com seus responsáveis procuraram o serviço de saúde mental infantil. Pretendemos aqui propor um aprofundamento das questões que tangem estas famílias, principalmente a partir dos conceitos de: vulnerabilidade social, família monoparental e ausência paterna. Desse modo, conseguimos avançar para a compreensão do ambiente. Para uma melhor compreensão do desenho deste estudo, segue uma tabela.

TABELA FAMILIAR SOCIAL

PARTICIPANTES: 7 meninos

3 meninas

Crianças cuidadas somente pela avó	03
Crianças cuidadas somente pela mãe	04
Crianças cuidadas pelos pais (biológico e adotivo)	02
Crianças cuidadas por instituição	01

Frequentadores de APAE e Conselho Tutelar	06
Família que vive de auxílio financeiro (Bolsa família, auxílio da prefeitura ou ongs, aposentadoria, pensão alimentícia)	07

2.2.1. Famílias vulneráveis: monoparentalidade e ausência paterna

Weissmann (2013) aponta que as famílias contemporâneas são estruturadas de novas formas, possuem arranjos familiares diferentes da família nuclear, modelo europeu constituído a partir de pai e mãe casados na igreja e somente depois, capazes de gerar e criar seus filhos. Mas isso não necessariamente nos permite pensar que são famílias desestruturadas. A autora pensa que “a família contemporânea é uma instituição democrática, horizontal, na qual o poder está descentralizado e repartido entre seus membros”. (p.77)

Para Moreira e cols (2011), o início da mudança no contexto familiar brasileiro ocorre a partir dos anos 60 e tem como marcos o advento da pílula anticoncepcional, um maior nível de escolarização das mulheres e sua consequente afirmação no mundo do trabalho. Para as autoras, porém, este cenário reflete um paradoxo, pois estas conquistas arrastaram consigo algumas problemáticas femininas como a dupla jornada de trabalho, as dificuldades em articular o novo papel feminino nas relações amorosas e no casamento. Com isso, a separação passa a ser uma opção cada vez mais frequente, principalmente quando se torna legal no final dos anos 70. A partir da constituição de 88 também ocorre a formalização da união estável. Esta constituição também abole o termo “chefe de família”, tornando social e conjugalmente, homens e mulheres iguais em direitos e deveres.

As leis refletiram então, a meu ver, o clima social e as mudanças cotidianas das relações humanas num momento em que a industrialização e o mundo do trabalho reconfiguravam os vínculos, pois a antiga fórmula de homem provedor da casa já não encontrava respaldo nas relações que se formavam. Mas não diminuiu a cultura do machismo, pois mesmo mulheres sendo iguais em direitos, ainda são menos remuneradas e em casos de gravidez fora de relacionamentos, são praticamente as únicas a arcarem com as responsabilidades. A situação de ser mãe solteira e trabalhadora traz um grande sofrimento a

estas mulheres, tais como as quatro presentes neste estudo. O acúmulo das funções e a falta de apoio familiar resultam nesta fragilidade das famílias chefiadas por mulheres, tal como iremos aqui discutir. Somado a isso temos a falta de dinheiro, desemprego e situação financeira instável, o que configura a vulnerabilidade social destas famílias.

Dividida entre um ideal imaginário de família nuclear e as várias configurações de famílias (monoparentais, reconstituídas, homoparentais), a família contemporânea sofre um processo contínuo de reinvenção de si mesma, embora persista como o centro de referência para a delimitação da subjetividade e também como alvo prioritário de cuidado das políticas públicas. (MOREIRA E COLS, 2011, p.164)

Então, diante da mudança social do papel exercido pelas mulheres, como fica a figura do homem?

Weissmann (2013) analisa que existe um enfraquecimento da função paterna, que foi perdendo sua capacidade simbólica de transmitir cultura com o passar dos anos. Legalmente, o pai não é isento de suas obrigações. O ECA⁵ (1990) retira a diferenciação entre filhos legítimos e ilegítimos (gerados dentro ou fora do casamento). Torna as crianças e adolescentes alvos privilegiados da proteção integral. Este estatuto dispõe que a criança tem o direito de conviver com sua família. Mesmo que não more com seu pai biológico, ela tem o direito de conhecê-lo e ele tem obrigações para com ela. Na prática, as coisas ocorrem de forma bem diferente. Os homens não buscam o lugar de pai, não se encarregam do filho que geraram. Isso cabe somente à mãe, que tem sua figura ampliada, fortalecida e, muitas vezes, exclusiva na tarefa de deter o controle da procriação, pois cabe somente à mulher a decisão de ter um filho, desde a opção da inseminação artificial até o aborto.

Das dez crianças entrevistadas, sete são cuidadas por mulheres (mãe e avós). Sabemos que, numa sociedade machista e classista como a nossa, esta tarefa está intimamente ligada ao gênero feminino. São elas que acolhem os filhos e os netos quando todos os outros vínculos foram rompidos. A esta configuração familiar dá-se o nome de monoparental.

Segundo Weissmann (2013), este conceito surge por volta de 1975 com a socióloga feminista Andrée Michel, acompanhado do termo “mãe solteira”. A família monoparental é aquela que designa famílias irregulares em que o poder é exercido pela mulher- mãe, única figura de autoridade. No Brasil, segundo censo do IBGE de 2015, são 11.6 milhões de famílias com arranjos monoparentais femininos.

⁵ Estatuto da criança e do adolescente.

A autora reflete sobre dois grupos principais de mulheres: o primeiro seria aquele que busca somente o filho e tem condições materiais de arcar financeiramente com as custas disso, seja a partir da realização de inseminação, barriga de aluguel ou adoção, seja por encontros sexuais com o propósito de engravidar. Estas famílias monoparentais têm início com a lucidez e o desejo da mulher em ter o filho somente para si.

Já o segundo grupo é analisado pela autora a partir da busca amorosa da mulher por um homem que, com ela, deseje formar uma família. Seria o caso de mulheres que buscam o homem, mas deste encontro surge a gravidez, a conseqüente crise na relação e a opção pelo filho, realizada pela mulher. São em sua maioria pertencentes às classes sociais mais baixas. Desta maneira, a monoparentalidade não é uma opção, mas o único caminho possível. É o caso das mulheres deste estudo.

A busca remete ao desejo sexual, à procura de um parceiro sexual e a parentalidade surge depois, como acaso. Nesse momento, essas mulheres-mães decidem assumir o encargo do filho na hora em que esses homens-pais se desentendem de seu lugar parental, conformando-se, assim, a família monoparental por decisão materna. (WEISSMANN, 2013, p.81)

Das sete famílias monoparentais deste estudo, quatro são compostas por crianças que são cuidadas somente pelas mães. Neste cenário, uma criança recebe pensão alimentícia, duas possuem bolsa família e em uma, a mãe e os irmãos mais velhos trabalham (o pai havia falecido há pouco tempo). As três que são cuidadas pelas avós vivem da aposentadoria desta, pois os pais biológicos perderam sua guarda por negligência. Voltaremos neste ponto.

Refletindo que a monoparentalidade aqui presenciada aconteceu após um abandono paterno, pensamos também em vulnerabilidade social por parte destas famílias.

As famílias monoparentais femininas têm sido consideradas em situação de vulnerabilidade e, tanto pela situação de pobreza, uma vez que a mulher não conta com a figura de um provedor que divida com ela os encargos do cuidado das crianças e dos adolescentes, quanto pela situação de fragilidade dos laços afetivos e de referências de autoridade. (MOREIRA E COLS, 2011, p.168)

Para esclarecer o termo vulnerabilidade é necessário diferenciá-lo de outras nomenclaturas utilizadas pela assistência social.

Segundo Cronemberger e Teixeira (2013), o termo exclusão social começa a ser discutido no fim do século XX devido às mudanças tecnológicas ocorridas, à reestruturação econômica mundial pós-guerras e o fim do estado do bem estar social. Estar excluído, ou

mais propriamente, o estado de exclusão designa a falta de acesso aos meios de vida tais como a falta de emprego, de propriedades, de condições de moradia, de acesso ao consumo, acesso à educação, a bens e serviços públicos básicos. Inclui também questões relacionadas à identidade cultural, gênero, raça e posição econômica e social. Em última instância, a exclusão social relaciona-se à perda de vínculos sociais como consequência das negligências quanto ao direito.

As autoras refletem que, no âmbito da vida social, o termo exclusão se relaciona a uma parcela da população que está com direitos violados, em situação de miséria e pobreza declarada. Mas não dá conta de outra parte das pessoas, que são aquelas que não estão completamente excluídas do processo social. Assim, elas afirmam que outros estudos nasceram a fim de englobar este campo populacional e, com isso, surgiu o termo vulnerabilidade social, mais ligado ao mundo do trabalho. Este termo é capaz de captar “situações intermediárias de risco, localizadas entre situações extremas de inclusão e exclusão, dando um sentido dinâmico para o estudo das desigualdades.” (CRONEMBERGER E TEIXEIRA, 2013, p.18). Este risco é compreendido por elas como a fragilidade diante de situações de precariedade (desemprego, trabalho, pobreza, falta de proteção social, ruptura de vínculos, gravidez precoce), não apenas de renda.

Penso que, certamente esta gama de questões que englobam a vulnerabilidade se manifesta em maior escala naquelas famílias já marginalizadas pelo processo social, pois, apenas um destes fatores não seria suficiente para caracterizar a vulnerabilidade. São complexidades que aparecem em conjunto. E como reforçam Cronemberger e Teixeira (2013), “a questão da família pobre aparece como a face mais cruel da disparidade econômica e da desigualdade social”. (p.21)

Neste sentido, analisa-se que mesmo que existam políticas públicas cujo foco é a família, estas medidas ainda não são capazes de eliminar a vulnerabilidade social, uma vez que estão ligadas à burocracias e políticas administrativas que, muito frequentemente, não executam a lei.

Segundo o PNAS/2004 e NOB-SUAS/2005⁶, a família é o foco de intervenção, não apenas após o risco, mas como prevenção, a partir da proteção social básica. Esta proteção atua em três eixos: proteção das fragilidades de cada ciclo de vida (infância, adolescência e idosos), proteção na convivência familiar e proteção à dignidade humana e suas violações.

⁶ Plano nacional da assistência social e Normas operacionais básicas do sistema único da assistência social

As crianças deste estudo transitam entre os riscos objetivos e subjetivos. Segundo Moreira e cols (2011), os primeiros referem-se a ausência de moradia, renda, família com condições mínimas de sobrevivência e os subjetivos como a ausência de recursos individuais, o uso de drogas, o sofrimento mental e a presença de agressores. Exemplo disso são as três crianças cuidadas pelas avós por negligências dos pais que perderam sua guarda legal. Sobre elas, teremos que realizar uma breve discussão a respeito de famílias substitutivas, pois, apesar de terem continuado em suas famílias de origem, sendo estas chefiadas por mulheres e se encaixando no título de monoparental, temos um agravante nesta situação, que é o fato de que os pais biológicos perderam a guarda legal da criança. A perda do direito legal de criar os filhos configura a situação de violação de direitos da criança por parte dos pais, por isso a tutela, que, segundo o ECA, é o direito pelo qual se confere a um indivíduo a autoridade de zelar por menores, foi passada para os avós. Nos três casos isso ocorreu ou por uso de drogas por parte da mãe da criança ou por maus tratos físicos.

Isso ocorre em consonância com o PNCFC ⁷ que atesta que é fundamental refletir sobre as situações caracterizadas como violação de direitos de crianças e adolescentes no contexto familiar, com o impacto sobre os vínculos e as formas de atendimento devidas em cada caso. E em caso de impossibilidade dos pais biológicos de criar o filho, a guarda é concedida a outrem.

Em suma, estamos diante de uma amostragem em que se destaca a falência de vínculos paternos, e em alguns casos maternos também, associada à falta de acesso financeiro, que impossibilita muitas vezes a estas famílias gozarem de melhores condições de vida e de saúde, pois sabemos que as bases materiais estão intimamente ligadas às condições psíquicas do ser humano. Por fim,

Destaca-se ainda que muitas dessas novas formas de organização familiar, como as famílias chefiadas por mulheres, as monoparentais, a de um único provedor em situação de trabalho precário e irregular, acumulam pobreza, vulnerabilidades, impossibilidades de cuidados aos membros dependentes no seu interior. (CRONEMBERGER E TEIXEIRA, 2013, p,24)

Sendo a infância um momento em que a família tem uma importância vital e o mundo externo assume a responsabilidade de oferecer contornos reais e continência possível à angústia da criança, a ausência paterna se revela uma marca importante na vida destas crianças, algo que faz-se presente em suas subjetividades e as funda enquanto sujeitos da cultura. A configuração familiar delas se sustenta na falta de uma figura fundamental, que

⁷ Plano nacional de convivência familiar e comunitária

além de um ser de deveres ou legalmente implicado na situação familiar, é também necessário para a constituição do afeto, da lei, dos limites, da alteridade, enfim, da cultura. Estamos nos referindo ao pai.

2.2.2. A (falta da) figura paterna segundo a Psicanálise

As dez crianças participantes deste estudo passam por questões relacionadas à figura paterna. Seis delas foram deliberadamente rejeitadas pelos pais biológicos. Estão sendo criadas pelas avós ou pela mãe apenas, e nesta rejeição incluem-se casos em que o homem pediu ou mesmo ordenou à mulher que cometesse aborto durante a gestação. Destes, nos casos de crianças criadas por avós maternas (três casos), a mãe teve envolvimento com drogas, motivo pelo qual perdeu a guarda da criança judicialmente. Nos outros quatro casos, existe um panorama diferente: o primeiro é de uma menina de oito anos que é cuidada somente pela mãe, porém por motivo de falecimento recente do pai. Inclusive, devido a seu grande apego a ele, ela passava por um episódio de depressão e havia tentado suicídio, tomando uma caixa de lorazepam da avó. O segundo é de um menino de nove anos, cujo pai rejeitou a mãe durante sua gestação, chegou a abandonar a família, mas reatou a relação um mês antes dele nascer. O terceiro é de um menino de 10 anos, que foi adotado com 6 anos, e vive bem com sua família adotiva. E o último é de um menino de 11 anos, gravemente psicótico que vive num orfanato e não tem histórico familiar, mas também podemos pensar em algum nível de rejeição neste caso, já que ninguém nunca havia buscado por ele em anos.

De qualquer forma, a figura paterna parece ser uma lacuna grande na vida destas crianças. O pai é um fantasma, alguém misterioso do qual pouco se fala ou quando isso acontece sua imagem é atravessada por violência, rejeição, abuso e medo, tanto para as crianças (como no caso da criança abusada pelo pai), quanto das mães (mulheres abandonadas pelos companheiros durante a gravidez). A falha nesta função faz com que a presença marcada pelo pai seja a ausência sentida durante o processo de desenvolvimento. Estas crianças não podem contar com o pai biológico e apenas naqueles três casos (o de uma criança que foi adotada, de outra cujo pai reatou a relação com a mãe antes de seu nascimento e daquela que havia ficado órfã recentemente) esta figura tem alguma chance de se reconstituir a ponto da família se reorganizar para dar acolhimento a estas crianças. Infelizmente, elas podem depender pouco da estruturação familiar que se formou ao redor delas; suas fantasias de solidão e de destruição se apoiam nos abandonos e traumas reais.

Segundo a Psicanálise, a presença paterna na vida de todos os indivíduos é importante e fundamental para sua constituição psíquica e social. “A criança que entra na relação com o pai experimenta não ser onipotente, experimenta estar vinculada à regras, às vezes penosas, que deve respeitar.” (RISÉ, 2007,p.22)

A marca do pai é a marca da ferida narcísica que livra da onipotência e atesta um limite, o da castração, em que a criança não pode ter tudo o que deseja, devendo internalizar a lei da cultura para se inserir no meio social que a circunda. Assim, o princípio de autoridade simbolizado pela função paterna é constitutivo da personalidade e condição para seu desenvolvimento. (RISÉ, 2007).

Em interessante estudo, Damiani e Colossi (2015) realizaram entrevistas com adultos que haviam sido criados sem a presença paterna a fim de analisar a percepção destes em relação à ausência física e afetiva do pai. Puderam concluir que esta marca acarreta consequências na vida do adulto, que estão ligadas a conflitos no desenvolvimento psicológico e cognitivo desde a infância, além de transtornos comportamentais. Os entrevistados apontaram que os problemas comportamentais já se apresentavam na pré-escola e se mantiveram ao longo da vida escolar, revelando resultados como baixo rendimento, ausência nas aulas, risco aumentado de envolvimento com drogas, relacionamentos amorosos frágeis, depressão, ansiedade e dificuldades emocionais em geral. Na percepção destes adultos, a marca da ausência se faz presente de forma fundante de suas personalidades.

Souza (1995) aponta que, o início da vida é marcado pela relação íntima entre mãe e bebê, num vínculo simbiótico em que cabe a esta, a responsabilidade de nutriz, cuidadora e continente deste ser recém-nascido que depende dela completamente para viver.

Assim, a mãe como objeto primeiro e fundamental de identificação, precisa também desta outra figura, a do pai, para que juntos possam oferecer à criança as condições de acolhimento necessárias para que seu desenvolvimento possa ir ocorrendo ao longo da infância (e da vida) de maneira amorosa e profícua. Cabe ao pai retirar o filho da simbiose narcísica estabelecida com a mãe desde o nascimento e introduzi-lo em outros vínculos, com outras pessoas e assim, apresentar à criança as primeiras experiências de frustração. O pai e a mãe são as primeiras figuras de identificação para a criança. Neste sentido, é importante que os pais possam reforçar sua união para oferecer ao filho “um casal” como fonte de identificação, imagem social e comunitária. (SOUZA, 1995)

Souza (1995) afirma que o ser humano necessita de família de maneira imprescindível. Ela é a estrutura na qual ele nasce, cresce, evolui e morre. “Toda criança precisa de uma mãe

ou um pai para, junto com eles, poder elaborar suas pulsões e transformá-las em sublimações.” (p.36)

A autora enfatiza que a família carrega a importância de colaborar com a criança no sentido de que ela seja capaz de ir compreendendo o mundo a sua volta, superar os desafios de cada fase de desenvolvimento e também superar a onipotência narcísica dos primeiros meses de vida. Para a autora, a família é o meio que propicia a ela entender sua limitação e desenvolver o princípio de realidade para utilizar-se de sua capacidade pensante para se relacionar com o mundo externo. (SOUZA, 1995)

Dolto (1999) compreendia as relações familiares também de uma forma vital para o desenvolvimento do indivíduo. Para ela, não existia uma forma familiar perfeita ou ideal. O ideal era de fato que toda criança pudesse nascer dentro de uma família. Ela afirmava que os pais estruturam a criança e que este fato não seria nem positivo nem negativo *a priori*. Esta estruturação é efetiva, dinâmica, vitalizante ou mesmo desvitalizante, pois toda a comunicação (consciente ou inconsciente) entre pais e filhos é também intersíquica. A autora pensava que para uma criança “tudo é linguagem significativa, tudo que se passa à sua volta e que ela observa. Ela reflete sobre essas coisas.” (DOLTO, 1999, p.10)

Então, muito diferente do que o senso comum pensa e do que pôde ser percebido a partir dos participantes deste estudo, as crianças não são seres passivos, assexuados ou incapazes de compreender o que se passa ao redor delas. Ao contrário, a comunicação e o desejo de compreender o que se constrói externamente é tão forte que em muitos casos marcou a criança antes mesmo do nascimento, como os quatro casos mais graves: dois de autismo, um retardo e uma psicose infantil. Eles compartilham a rejeição de ambos os genitores, o uso de drogas por parte da mãe durante a gravidez e a violência física impingida a ela pelo homem. Sobre este ponto, afirma Dolto (1999):

O ser humano é marcado pelos contatos verdadeiros que manteve com o consciente e o inconsciente das pessoas que viviam à sua volta, a mãe em primeiro lugar, o pai e as primeiras pessoas que faziam o papel do outro de sua mãe. (p.30)

Não nos cabe aqui categorizar estas famílias como desestruturadas ou problemáticas, uma vez que a discussão se estende para além dos papéis familiares previamente estabelecidos (pai, mãe, filho primogênito, filho caçula). Trata-se antes da função familiar, justamente a capacidade deste grupo em fornecer cuidado e amparo àquele que vem ao mundo desvalido e frágil para que, paulatinamente ele se torne membro da cultura, capaz de viver a própria vida.

Para Soifer (1982), a desorganização/doença dos filhos aponta para a impossibilidade dos pais em transmitir aprendizagem psicológica, pois nem mesmo eles puderam incorporá-la em grau suficiente na própria vida. O papel do genitor é o papel da autoridade: impor limites, fornecer a noção da realidade, conter impulsos destrutivos, ajudar a criança a discernir fantasia e realidade, em suma, auxiliar na formação do universo simbólico.

A formação familiar das crianças desta pesquisa mais se aproxima da imagem de um mosaico. Muitos borrões, interposições e informações que formam o desenho destas famílias vulneráveis, com dificuldades financeiras e simbólicas de auxiliar no processo de desenvolvimento proveitoso destas crianças, mas que ainda assim, na medida daquilo que lhes é possível oferecem para a criança alguma escolta afetiva e real, depositando nelas alguma esperança de que cresçam adultos saudáveis.

Neste sentido, Souza (1995) analisa que

Esses pais são incapazes de dar continência a suas crianças. Envolvidos em suas próprias angústias, são incapazes do nível de doação necessária para o acolhimento de uma criança e suas angústias no seio de uma família para assim ajudá-la a crescer e diferenciar-se. (p.98)

Sete crianças deste estudo compartilham a ausência paterna marcando suas vidas e é a partir desta lacuna, desta falta que suas subjetividades estão se desenvolvendo, sendo ainda que algumas delas foram deliberadamente abandonadas pelo pai. Em alguns casos, houve a tentativa de impor o aborto para a mulher como forma de coerção e de interromper uma situação indesejada. Três crianças vivem sob os cuidados das avós, mulheres idosas e pouco instruídas que buscaram o ambulatório como forma de solucionar o problema dos netos, como se este pertencesse apenas a eles.

Apenas três crianças de fato possuíam a marca paterna de forma mais nítida: uma criança que havia sido adotada e cujos pais (presentes na entrevista) demonstravam zelo e preocupação com seu bem estar, a criança que vive com os pais e o caso da criança que havia ficado órfã, cuja lembrança da proteção de outrora e a dor imensurável de ter perdido recentemente seu pai em um acidente a colocavam em estado de melancolia. Esta criança particularmente lutava para compreender a morte, para enlutar-se. Se todas as demais crianças demonstrassem a dor e o desespero que esta demonstrou, ficaria muito clara, para o adulto, a importância desta função e desta figura na vida de todas elas. Afinal, é inevitável refletir se a dor maior está em perder o pai que se ama tanto ou em se defrontar cotidianamente com o vazio deixado por ele, um ilustre desconhecido, do qual se fala ao redor da criança enquanto se supõe que ela “nada entende”.

Neste sentido, podemos ampliar a questão para além da figura física do pai, ou seja, para a existência de uma função paterna, sendo esta compreendida, segundo Silva (2017) como aquele que “aquele que promove a alteridade, o encontro com o outro. Alteridade referida a algo externo a mim. Este processo é fundamental para a constituição do sujeito.” (p.02).

Muito conhecido por seus estudos a respeito da relação materna, Winnicott (2014) pode contribuir com estas reflexões, pois em alguns de seus textos, a figura paterna ganha o protagonismo e nos oferece luz neste momento. Para o autor, o papel fundamental exercido pela figura paterna é auxiliar na construção da autonomia do sujeito, pois, principalmente na resolução dos conflitos edípicos, o pai é visto como aquele que imprime a lei. A figura do pai é necessária para estabelecer o self, pois proporciona ao bebê o rompimento de sua dependência total com a mãe. Neste contexto, o pai é o protetor da dupla, aquele que contém a díade.

A terceira pessoa parece-me desempenhar um papel muito importante. O pai pode ou não funcionar como mãe substituta, mas em algum momento seu papel é percebido como diferente, e é aqui, a meu ver, que o bebê poderá fazer uso do pai como um diagrama para a sua própria integração, ao chegar o tempo de tornar-se uma unidade. Se o pai não está lá, o bebê terá de realizar o mesmo desenvolvimento, mas de um modo mais trabalhoso, ou então utilizando algum relacionamento bastante estável com uma pessoa inteira. Desse modo, podemos imaginar que o pai talvez seja, para a criança, um primeiro vislumbre de integração e do que é uma pessoa inteira. (NEWMAN, 2003, p.319)

Segundo Ferreira e Aiello-Vaisberg (2006), num contexto mais amplo, o autor tratou a questão do pai para além de ser somente a figura que provê cuidados práticos para a família. Ele atribuiu ao pai a mesma condição de espelho (inicialmente assumida pela mãe), segundo a qual a criança poderá reconhecer-se como ser real, alcançando maturidade emocional. É necessário um terceiro que interfira na dupla mãe-bebê, dando condições a este último de desenvolver seu próprio self. O pai pode ou não alcançar êxito nesta tarefa e isto está ligado tanto a sua própria história emocional, quanto a sua história com a mãe de seu bebê. Roudinesco (2003) assinala que:

Winnicott restabelecia de fato um equilíbrio entre os dois polos do materno e do paterno ao assinalar que o pai é “necessário para dar à mãe um apoio moral, para sustentá-la em sua autoridade, para ser a encarnação da lei e da ordem que a mãe introduz na vida da criança.” Ele pensava em prol da ideia de uma partilha da autoridade simbólica. (p.108)

Para Winnicott (1983), cabe ao pai oferecer suporte moral à mãe e enriquecer o universo da criança com seu conhecimento. O homem na sua função de pai pode e deve proporcionar um ambiente favorável à dupla mãe-bebê. O autor enfatiza a importância do pai como apoio moral para a mãe, alguém que sustenta a autoridade que ela introduz na vida criança. Para ele, o pai não precisa estar o tempo todo presente, mas precisa aparecer “de vez em quando”, para que a criança sinta o que é ter um pai vivo e real. E mais importante ainda, para que ela possa separar fantasia e realidade. Uma coisa é sonhar com o pai atropelado, acordar e ver este pai sentado na mesa do café da manhã, outra é sonhar com um pai atropelado que na realidade, não se sabe onde está, nem se existe. Muito difícil é a realidade para a criança que experencia a ausência paterna, pois suas fantasias destrutivas podem se tornar reais a qualquer tempo, não existe proteção.

A primeira coisa que quero dizer é que o pai é preciso em casa para ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito (...). A segunda coisa é o pai ser necessário para dar à mãe apoio moral, ser um esteio de autoridade, um ser humano que sustenta a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança. (WINNICOTT, 1982, p.129)

Ferreira e Aiello-Vaisberg (2006) pontuam que, em relação à figura do pai, a Psicanálise a compreende como fundamental e destacada, uma vez que cabe a esta proporcionar a integração da personalidade da criança. Quando o pai não está presente, o bebê terá uma árdua tarefa ao longo do seu desenvolvimento rumo à integração. A criança precisará de alternativas, de outros caminhos, de “algum outro relacionamento que seja bastante estável com uma pessoa total” (WINNICOTT, 1969, p.188). Para Winnicott (1982), “as crianças formam seus ideais pelo menos em parte, com base no que vêem ou pensam que vêem, quando olham para o pai.” (p.130)

Segundo a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, à luz das contribuições de Rosa (2017), que, especificamente, pontuou estas fases a partir da ausência paterna, tem-se que a etiologia dos distúrbios emocionais diz respeito ao momento do processo de amadurecimento que ele teve origem bem como à falha ambiental e as consequências da ausência paterna.

De acordo com a autora e a partir da teoria winnicottiana, nos primórdios, existe a fase de dependência absoluta, em que mãe e bebê formam uma unidade e cabe ao pai fornecer à mãe o sentimento de proteção e amparo para que, gradativamente, a desadaptação da criança ao seio e seus primeiros movimentos rumo à autonomia e diferenciação possam ir acontecendo. Neste momento, as falhas paternas são compreendidas como indiretas, pois ele

compõe com a mãe o ambiente, sendo que, muitas vezes, fornece um ambiente de abandono, inveja, disputa, que prejudicam a mãe na sua entrada na preocupação materna primária. Interessantemente cinco crianças deste estudo, aquelas que apresentaram maior comprometimento (autismo, retardo, psicose), foram abandonadas pelo pai, e em alguns casos subsequentemente pela mãe, revelando quão primitiva é a etiologia destes distúrbios.

Seguindo a autora, no estágio de concernimento ocorre a integração entre bom e mau e o cuidado parental é fundamental para a capacidade da reparação da criança. Winnicott (1964) enfatizará como é importante para a criança ter os dois pais, para que um possa ser odiado e o outro amado. Geralmente, cabe ao pai aceitar a agressividade da criança e lhe dar limites. A falha nesta tarefa pode ser a gênese do humor depressivo, que leva a criança a “amortecer a paisagem interna” (ROSA, 2017). Muitas vezes, a ausência do pai permite que as fantasias destrutivas da criança ganhem uma proporção de realidade e inibam a criança em suas atividades criativas, em seu brincar. O caso P, de 4 anos, exemplifica este momento, pois diante da agressão sofrida pela mãe e encarando a ausência paterna, ele entrou numa fase de ansiedade, inquietação e, em alguns momentos, certa inibição. Suas fantasias de destruição poderiam ter sido ativadas diante do acontecimento real de não ter sido capaz de proteger a mãe do agressor, não ter um pai com o qual contar e não poder separar fantasia e realidade, uma vez que ambiente real se mostrara insuficiente, privativo.

Por último, na fase das relações triangulares ocorre a passagem pelo Édipo e o amadurecimento sexual. As relações familiares se mostram fundamentais, pois, representam o ambiente sustentador no qual as relações interpessoais ganham realidade. O complexo de Édipo acontece dentro da família e o pai é significativo porque é integrante desta família, marido da mãe e homem, e não apenas o terceiro interditor. Neste ponto, Winnicott amplia Freud, ao estabelecer que o pai é mais representativo do que o instaurador da lei; ele é amado, admirado, modelo de identificação e possui uma relação especial com a mãe. O terceiro excluído aqui é a criança e, percebendo isso, ela está livre desta relação dual, segura para brincar, sonhar e discriminar entre fantasia e realidade. Senão, o ego fracassa em tolerar as consequências do instinto e se forma a neurose, como resultado das ameaças das fantasias se tornarem realidade. Para Winnicott, não poder sonhar é o verdadeiro drama edipiano. Na ausência de um terceiro, resta à criança ser engolida, ou se afastar violentamente. Em ambos os casos, existe um sofrimento inerente. Neste estudo, penso que a etiologia dos conflitos foram anteriores ao Édipo, mais primitivas e em alguns casos, anteriores mesmo à aquisição da palavra.

Diante da ausência do pai, é necessário que alguém faça esta função de amparo e de continência. Em nossos casos aqui apresentado, este papel é feito pela mãe apenas ou pelas avós. Vale refletir que na estrutura das famílias contemporâneas, existem inúmeras formações que acompanham o desenvolvimento da sociedade e de suas formas de organização. Aqui, temos a relação socialmente construída entre a baixa renda, o abandono paterno e a cultura do machismo, que dispensa os homens de sua função enquanto obriga às mulheres a exercer este cuidado, pois esta seria a ordem natural.

Ferreira e Aiello-Vaisberg (2006) afirmam que a questão do abandono filial é complexa, multicausal, mas que passa também pela escolha individual dos sujeitos. Relembrem o mito do amor materno de Badinter (1985) para discutir que, para alguns, a ideia da existência de uma quantidade transbordante de afeto e dedicação em relação ao filho é algo intrínseco do feminino, quando na verdade, esta relação afetiva depende de circunstâncias específicas que podem ou não favorecer o estabelecimento deste vínculo. Ele não está dado a priori, ou seja, o processo de maternagem não acontece quando da notícia da gravidez de um filho, às vezes nem mesmo depois do nascimento. No entanto, não desejar a criança é visto como monstruoso em relação à mulher, mas parece esquivar os homens do mesmo destino.

Enfim, o que podemos pensar é que as crianças desta pesquisa sintetizam abandonos reais e simbólicos ocorridos por gerações anteriores a seus nascimentos e que neste caso, precisamos pensar em perspectiva, pois a ausência paterna aqui representa uma série de falências, amorosas, sociais, emocionais, sobretudo humanas.

2.2.3. O ambiente na (de) formação da subjetividade

A palavra ambiente não é propriamente um conceito na Psicanálise. A rigor, ambiente significa “aquilo que cerca os seres vivos e as coisas.” (ARAÚJO, 2007, p.04) Alguns autores, como Winnicott, por exemplo, deram para o ambiente um lugar na teoria psicanalítica, pois compreenderam que, para além do aparelho psíquico em si (campo intrapsíquico), existe um universo ao redor que realiza trocas de todas as ordens com o indivíduo (sociais, emocionais, psicológicas). Portanto, o universo intrapsíquico e inter-relacional é de suma importância para a compreensão do desenvolvimento e amadurecimento humano.

Segundo Araújo (2007), a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott enfatiza a história do relacionamento da criança e seu meio ambiente específico (família), busca

compreender a história do crescimento emocional do bebê e da pessoa que cuida deste bebê – a mãe como ambiente suficientemente bom.

Winnicott já verificava que, quando se estuda o adoecimento psíquico de uma pessoa, o desenvolvimento da enfermidade pode ser compreendido como uma expressão das dificuldades próprias da vida. (ARAÚJO, 2007, p.07)

Segundo a autora, Winnicott compreende que, a partir da concepção, o indivíduo urge viver, necessita de um ambiente que sustente e facilite sua vida, de maneira que todas suas tendências inatas são mobilizadas para seu amadurecimento. Penso que este ponto de vista é muito importante por dois motivos. Primeiro, porque enfatiza a ideia de que o humano não nasce com doenças mentais *a priori*, de forma genética, mas que o ambiente é capaz de fomentar a produção social da doença e, segundo, aniquila a ideia de fenômeno psicológico, ou seja, que cada indivíduo isolado é o único responsável pelo sucesso ou fracasso de sua vida. Winnicott nos aponta para o fato de que somos seres relacionais, e é preciso olhar para a relação para se compreender com menos distorção a organização psíquica.

Para ele, a relação meio ambiente – indivíduo pode proporcionar o ambiente perfeito, que seria aquele em que se estabelece uma unidade fusional entre mãe e bebê, a partir da identificação primária. Este ambiente recebe o nome de satisfatório ou facilitador e é aquele em que existem condições favoráveis, tanto físicas quanto psicológicas para sustentar as necessidades do bebê.

Para que os bebês se convertam, finalmente, em adultos saudáveis, em indivíduos independentes, mas socialmente preocupados, dependem totalmente de que lhes seja dado um bom princípio, o qual está assegurado, na natureza, pela existência de um vínculo entre a mãe e o seu bebê: amor é o nome desse vínculo. (WINNICOTT, 1982, p.17)

O autor aponta que, diante da fragilidade do recém-nascido, no início, o ambiente é extremamente importante. O ambiente inicial facilitador precisa ter duas características essenciais: adaptabilidade e qualidade humana.

Para Araújo (2007), o primeiro se refere a um processo dinâmico do ambiente, que deve se adaptar, desadaptar e readaptar as necessidades da criança. Aqui aparece, para além das funções maternas, a figura do pai e da família, pois é o início da introdução do princípio de realidade. O segundo princípio, a qualidade humana é essencial, pois sem ele, as

tendências herdadas permanecem no nível biológico apenas. Sem empatia e dedicação o humano não se torna humano.

Assim, a autora analisa que o ambiente não é externo nem interno na concepção winnicottiana, mas ambos. Ele responde e sustenta a dependência do bebê através da preocupação materna, que permite a ele compreender os cuidados (físicos e psicológicos) para que, assim, ele possa viver a solidão essencial. Segundo Araújo (2007)

Compreende-se que, inicialmente, esse ambiente é a mãe e seu papel tem importância vital. Suas principais características são: simplesmente existir; amar o bebê de uma maneira que este possa compreender o seu amor, ou seja, fornecendo-lhe cuidados físicos (contato, temperatura corporal, movimento, quietude etc.); possibilitar-lhe condições de viver uma calma ou excitar-se; fornecer alimento adequado em tempo também adequado; deixar que o bebê domine inicialmente, ou seja, tenha tudo o que possa ocorrer dentro do âmbito de sua onipotência; apresentar a este o mundo externo, comedido, de acordo com sua capacidade de assimilá-lo; proteger o bebê de coincidências e choques, isto é, tornar os eventos minimamente previsíveis ao bebê; fornecer a este estabilidade: uma continuidade de cuidados que lhe permita sentir, por sua vez, uma continuidade pessoal e interna (p.41).

Dessa forma, o mundo vai sendo apresentado num senso de continuidade externo e interno. Para isso acontecer, a mãe necessita ser sustentada pelo pai já que são estes dois papéis os fundamentais para constituir-se o ambiente favorável.

O ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas, o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial. (WINNICOTT, 1982, p.81)

O bebê necessita absolutamente do meio ambiente ao seu redor no princípio da vida. Mas este (ambiente) pode escolher se adaptar às suas necessidades ou ignorá-las completamente. As falhas ambientais em atender às necessidades prementes da criança tornam-se cumulativas e traumáticas, pois a criança não tem repertório suficiente para lidar com elas, sendo que o bebê pode se tornar enfraquecido e até interromper o amadurecimento de seus recursos. Quando a relação indivíduo – ambiente é levada a contento, então se estabelece a continuidade do ser.

Quando o ambiente-mãe se adapta às necessidades do bebê, o contato com o ambiente se dá pelo gesto espontâneo do bebê e ele pode continuar a ser, formando e fortalecendo o sentimento de si mesmo. (LEJARRAGA, p. 129, 2008)

Se for necessária uma dose de talento e sorte, como diria Freud, as crianças deste estudo necessitarão contar muito mais com o talento. Das dez crianças desta pesquisa, nove possuem histórico de atribulações durante a gestação, violência e falta de acesso em vários sentidos da vida, ou seja, chegaram ao mundo num ambiente nada facilitador para suas necessidades. Muitas delas foram de fato abandonadas ou retiradas do contato com a mãe, além do fato de nunca terem chegado a conhecer o pai. Os quatro casos mais graves (dois de autismo, retardo mental e psicose infantil) além da violência gestacional, também incluem abuso de drogas por parte da mãe, motivo que a levou a perder a guarda da criança, que é criada pela avó ou pelo orfanato.

Araújo (2007) analisa que o ambiente é dinâmico e se adapta de acordo com os momentos do desenvolvimento e amadurecimento do indivíduo.

Contudo, caso essa adaptação não ocorra adequadamente, estabelecem-se dificuldades de relacionamento com a realidade, tanto interna quanto externa, e, segundo Winnicott, será uma questão de sorte o quanto o indivíduo será capaz de se relacionar, como também a qualidade desse relacionamento: a sorte de ter podido contar com um ambiente “cuja adaptação ativa inicial à necessidade foi suficientemente boa” (WINNICOTT, 1988, p. 135, apud ARAÚJO, 2007)

Winnicott (1988) percebeu que, caso o ambiente seja extremamente aflitivo para o bebê, ele não será capaz de criar a ilusão de contato (realidade externa). É esta ilusão que está presente como uma proteção para que o bebê não se angustie. Caso o contato com a realidade se torne uma ideia aversiva, acompanhada pelo sentimento de desintegração de si, o bebê sentirá a ameaça e a sensação da perda da capacidade de se relacionar. Se a ilusão for bem estabelecida, então o bebê poderá seguir adiante com seu desenvolvimento rumo ao sentimento da solidão essencial. Nas palavras do autor:

um bebê que alcança esse estágio poderá dizer: “Eu sei que não há nenhum contato direto entre a realidade externa e eu mesmo, há apenas uma ilusão de contato, um fenômeno intermediário que funciona muito bem para mim quando não estou muito cansado. A mim não importa nem um pouco se aí existe ou não um problema filosófico (WINNICOTT, 1988, p. 135).

O que o autor postula é que para estar só é necessário ter um outro internalizado. Mas e em casos em que este outro não chegou a existir, ou deixar marcas? Ou que o outro representa um agressor, alguém que faz mal e é perigoso? Alvarez (1994) reflete que crianças abusadas, severamente carentes e traumatizadas têm interferências em seu desenvolvimento

psicológico normal, e muitas vezes, precisam se esquecer do trauma para poderem ser capazes de continuar vivendo. É neste contexto que casos graves aparecem. Para Bion (1994), podemos pensar as alucinações como processos de cisão violentos. Ele analisa a “atividade alucinatória como uma tentativa de lidar com partes perigosas de sua personalidade” (p.85). Ainda neste ínterim, Ferenczi (1984) discute que as crianças acolhidas com rudeza e sem carinho, morrem facilmente e de bom grado, sejam por questões orgânicas ou por uma espécie de pessimismo e desgosto pela vida. A partir da análise de material clínico, ele vai pensar que é como se a criança se perguntasse: por que me trouxe ao mundo se não vai me acolher amavelmente? Ele reconhece que a força vital que resiste às dificuldades não está ainda forte no início da vida, elas se reforçam mediante tratamento e educação.

Penso que podemos reunir estas situações sob a alcunha do trauma. Este é definido por Freud como uma fonte de excitação de tamanha intensidade que o psiquismo não é suficientemente capaz de codificar o ocorrido, e daí, decorrem os transtornos. Existem duas concepções de traumatismo em Freud: a primeira que se refere a situações que entram em ressonância com desejos ou temores fantasmáticos da criança e tem origem interna. Assim, traumática é a situação em que o ego teme ficar sem recursos, sendo que a angústia é o alarme e seu papel é o de evitar o trauma. Neste texto (“Inibição, sintoma e angústia”-1926), a concepção do autor é de que o trauma advém de moções pulsionais internas e elas são tão traumáticas quanto as externas, pois a fantasia impera com força de realidade. As fantasias ameaçam a integridade do ego. Winnicott tem um exemplo interessante que ilustra esta visão. Ele analisa que desejar o pai morto na fase edípica é uma fantasia recorrente das crianças. Mas que quando ela fantasia essa morte, acorda e vê o pai tomando café na mesa da cozinha, há o princípio da separação entre fato e fantasia. Do contrário, quando este pai não é conhecido, não existe na vida da criança, há confusão, regressão, seguida de sérias desorganizações.

A segunda concepção de trauma é de acontecimentos externos de intensidade tamanha que ultrapassam as capacidades adaptativas do ego da criança. Esta visão que está em “Além do princípio do prazer”-1920, afirma que nada é mais poderoso que o instinto de sobrevivência, portanto o aparelho psíquico não se atacaria de dentro, devendo o excesso de excitação vir de fora e se ligar à pulsão de morte do indivíduo.

No nosso caso, o trauma que acomete estas crianças, muitas vezes, origina-se durante o processo gestacional e as acompanha em suas breves vidas.

Tomando novamente Winnicott como parâmetro, para o autor o trauma está relacionado ao indivíduo e ao ambiente, ou seja, à teoria do amadurecimento pessoal que se

refere às relações de dependência entre o bebê (que possui uma tendência inata para o amadurecer) e o meio ambiente (que pode ou não ser facilitador). Quando o ambiente falha, o bebê precisa reagir à intrusão, o que causa a perda de sua espontaneidade e a quebra na continuidade do ser. Para o autor, é nisso que constitui a experiência traumática.

O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da “ansiedade impensável” ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego. (WINNICOTT, p. 302, 1975).

Para o autor, o trauma implica em falhas ambientais, que podem ser acontecimentos únicos ou sucessivos e que causam a não adaptação do ambiente às necessidades do bebê. Assim, a ruptura da continuidade é vivida como ameaça de aniquilamento. Essas são as agonias impensáveis e em alguns casos, aparecem as angústias psicóticas como forma de proteger o verdadeiro self do medo do colapso. O autor pensa que a doença psicótica é um tipo de organização defensiva relacionada às agonias impensáveis.

Lejarraga (2008) pontua que, neste cenário, aparece a defesa primária mais básica, que é a cisão (entre o verdadeiro e o falso self). Ela reflete que os indivíduos congelados, suspensos pelo trauma, sentem-se impelidos a revivê-los. Buscam o instante traumático no qual foi quebrada a continuidade da vida e onde surgiram as agonias impensáveis. Isso porque estas vivências não foram assimiladas ou processadas e, portanto, não podem ser esquecidas, superadas. “Os indivíduos têm necessidade de experienciar essas angústias de aniquilamento de não ser, de vazio.” (LEJARRAGA, 2008, p.135).

Dessa maneira, por mais que o desenho desta pesquisa aponte para uma série de desestruturações no ambiente inicial destas crianças, ainda seria possível pensar que elas clamam por ajuda e para serem ouvidas, na medida em que seu adoecimento também pode significar a necessidade de cura e alívio de suas angústias. Talvez seja possível supor que, mesmo sem serem capazes de criar um ambiente facilitador para as crianças, suas avós e mães, ao buscarem ajuda no ambulatório, também sinalizam que precisam reviver os acontecimentos traumáticos para quiçá, repeti-los e elaborá-los. A repetição traumática se estabelece na história de vida de algumas crianças, tal como se verá nas narrativas. E, se o ambiente familiar se mostrou inicialmente infértil, seria possível as políticas de saúde e a sociedade assumirem este lugar da falta e de proteção à nossas crianças?

Dolto (1989), ao se deparar com esta realidade em seu trabalho com crianças institucionalizadas, reflete que:

É, sem dúvida, necessário que a sociedade assuma crianças que são rejeitadas por toda a parte, mas não vejo o que possa haver de analítico no funcionamento institucional de que falam. Nenhuma psicanálise pode acontecer com estas crianças sem a presença de seus pais, porque essas crianças falam de seus pais e, inversamente, elas estão nos seus pais: os seus sintomas são a expressão da impossibilidade para eles, assim como para seus pais, de aceitar a castração das pulsões orais e anais. (DOLTO, 1989, p.58)

Sem dúvida uma opinião polêmica e instigante. Será a psicanálise de crianças uma ferramenta potente quando se trata de pais ausentes ou de famílias que não estão lá?

3. INFÂNCIA, PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE.

O sofrimento quer ser um sintoma, este quer enunciar a verdade.

(Lacan)

O objetivo deste capítulo é refletir acerca do sofrimento psíquico na infância, tendo como base sua vertente psiquiátrica, que, historicamente pensa a infância como o momento de profilaxia dos transtornos mentais do adulto e que, com o passar do tempo, ainda busca a especificidade para o cuidado da criança que sofre. Uma das possibilidades transversais para a ampliação deste cuidado e, para a preocupação com a integralidade, tem sido pensada aqui a partir da contribuição da psicanálise, que, em sua implicação clínica é capaz de oferecer a escuta para além do aparente e enxergar o usuário dos serviços de saúde mental como seres em desenvolvimento e singulares.

A saúde mental infantil é um tema polêmico e carece tanto de fontes de informação quanto de políticas públicas que possam oferecer tratamento/acolhimento à infância que apresenta sofrimento psíquico. Alguns fatores são apontados como responsáveis por esta inclusão tardia da infância na agenda das políticas de saúde, não só do Brasil, mas da maioria dos países do terceiro mundo. Para Couto et al (2008), isso deve-se à alguns fatores, entre eles: a grande quantidade de questões ligadas aos transtornos infantis, que vão desde problemas ligados ao desenvolvimento até causas externas (drogas, abandono), à crença de que quando adultos estas crianças não apresentarão mais a sintomatologia que apresentavam na infância, à dificuldade de comprovar a eficácia das medicações próprias para os transtornos infantis e, por último, à dificuldade de estabelecer uma rede de cuidado. Enfatizam os autores:

Por exemplo, não é incomum que crianças ou adolescentes com problemas de conduta sejam atendidos exclusivamente pelo setor da justiça, sem participação da saúde mental. Da mesma forma, não é raro que problemáticas ligadas à depressão, hiperatividade e outras fiquem restritas ao contexto escolar e não obtenham avaliação e cuidado mais qualificado pela saúde mental (p. 392)

Assim, os autores, que justamente se posicionam a partir da psiquiatria, pensam que é recente as instâncias governamentais reconhecerem que a saúde mental infantil deve ser incluída nas preocupações com a saúde pública e integrar as ações do SUS (sistema único de saúde). Para isso, existe atualmente a construção de uma política de saúde mental para

infância que integra a política geral de saúde mental do SUS e cuja principal finalidade é a constituição de uma rede de cuidados que responda com efetividade às necessidades das crianças e adolescentes.

Couto et al (2008) enfatizam que duas ações principais estão em curso. A primeira é a implantação do CAPSi (centro de atenção psicossocial infanto-juvenil) e a segunda é a construção de estratégias de articulação intersetorial da saúde mental com a assistência à infância e adolescência, cuidados integrais que englobam saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos. A cobertura potencial ao atendimento à infância no Brasil, atualmente, estão assim contemplados:

1) Saúde Mental: dispositivos de base territorial – ambulatórios de saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes tipologias (I, II, III, Infanto-Juvenil e Álcool/ Drogas) –, já que mesmo aqueles não dirigidos especificamente para crianças e adolescentes recebem orientação da política para, nos locais onde não existem outros recursos da saúde mental, responder pela cobertura a esta população quando necessitada de tratamento. 2) Saúde Geral: Atenção Básica/Primária, representada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), ícone da mudança de modelo para assistência em saúde no país, e estratégico para ações de prevenção e detecção precoce de questões ligadas à saúde mental de crianças e adolescentes. 3) Educação: a) Estabelecimentos públicos da educação básica que incluem a educação infantil, ensino fundamental e médio - planejados para cobertura universal da população; b) Instituições filantrópicas com número significativo de estabelecimentos em todas as regiões do país que oferecem ações educacionais e de reabilitação para alunos especiais – representadas pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). 4) Assistência Social: Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), propostos em 2004 pela atual Política Nacional de Assistência Social, sob gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em processo de consolidação no país, e que têm por finalidade o desenvolvimento de ações de proteção em áreas de vulnerabilidade social, sob o princípio da intersetorialidade. 5) Justiça/Defesa de direitos: Conselhos Tutelares (CT), estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, e encarregados de zelar pelo cumprimento dos direitos da população infantil e juvenil.

O recorte desta pesquisa baseia-se na porta de entrada para o serviço, que é ambulatório, ambiente generalista que significa para muitas crianças o primeiro atendimento em saúde mental. A partir desta realidade, lançamos um olhar.

3.1. O início da psiquiatria infantil

Segundo Pessoti (1984), a infância distante dos princípios da normalidade há muito é conhecida pela humanidade. Na Antiguidade, os ideais sociais e culturais de lugares como a Grécia e Esparta faziam com que a criança portadora de deficiência física e mental fosse abandonada à própria sorte, uma vez que não era tratada como ser humano. Durante a Idade Média, o deficiente passou a ser visto como pessoa (e não mais subumano) e também como filho de Deus, “*les enfants du bon Dieu*”, devendo ser tolerado e aceito pela caridade cristã. O cristianismo então fez o deficiente passar de coisa à pessoa (assim como a mulher e o escravo).

Com a difusão do cristianismo na Europa, o deficiente ganhou “alma”, não foi mais eliminado ou abandonado. Passaram a ser acolhidos pela igreja e posteriormente foram titulados de idiotas ou imbecis. Surgem então, no século XIII, as primeiras instituições para abrigar deficientes mentais e as primeiras legislações sobre os cuidados com a sobrevivência destas pessoas.

A ambivalência caridade-castigo é marca definitiva da atitude medieval diante da deficiência mental. Agora a ética cristã reprime a tendência a livrar-se do deficiente através do assassinio ou da exposição, como confortavelmente se procedia na Antiguidade: o deficiente tem que ser mantido e cuidado. (PESSOTI, 1984, p.6-7).

A caridade, no entanto, não livrou alguns deficientes de serem mortos pela inquisição uma vez que eram tidos como castigados por Deus, seres impuros, imperfeitos, presas de entidades malignas e endemoniados. A identidade sobrenatural atribuída aos deficientes vigorou durante a Idade Média como forma de lidar com seres desconhecidos e fora dos padrões físicos, educativos e sociais.

Foi a partir do trabalho de uma autoridade médica de nome Paracelso (1493-1541), que pela primeira vez, a deficiência mental foi anunciada como problema médico, possivelmente resultante de traumatismos e doenças. A ele seguiu o trabalho de um filósofo chamado Jerônimo Cardano (1501-1576), que se preocupava com a instrução e educação do deficiente. O status de vítimas de Deus ou a visão da naturalidade inevitável da deficiência começaram então a ruir como verdade absoluta.

Em 1534, é escrita uma lei, *De praerogativa Regis*. Ela desautorizava as visões supersticiosas da deficiência e da loucura e anunciava ambas como patologias e merecedoras, portanto, de tratamento. Neste sentido, um importante filósofo que contribuiu para a discussão

deste tema foi John Locke (1632-1704) que, em sua obra, *Essay concerning human understanding*, buscava compreender a natureza e as limitações do entendimento humano. Esta opinião passa a fundamentar uma doutrina pedagógica baseada no exercício da razão e em operações da mente que resultam em experiência sensorial e estão presentes em todos os seres humanos. Então, a deficiência mental não poderia ser concebida como “uma lesão irreversível, mas um estágio de carência de ideias e operações intelectuais semelhantes ao do recém-nascido.” (PESSOTI, 1984, p.22)

A mente, na visão lockiana, seria uma página em branco e sem letra. Logo, possível de ser formada para tudo. Aí está a base da didática para o ensino dos deficientes. A educação, segundo Locke, pressupõe uma

Visão naturalista do educando, liberta de preconceitos morais ou religiosos, a ênfase na ordenação da experiência sensorial como fundamento da didática, a afirmação da individualidade do processo de aprender, a insistência sobre a experiência sensorial como condição preliminar dos processos complexos de pensamento, a importância dos objetos concretos na aquisição de noções. (PESSOTI, 1984, p.22)

Isso inaugurou uma verdadeira revolução na práxis educacional, uma vez que ao vislumbrar a educabilidade do deficiente, o *Essay* de Locke lança as bases para o que mais tarde, iria embasar os trabalhos de J. Itard com o jovem Victor de Aveyron. Itard, médico e reeducador de surdos-mudos, realizou uma série de reflexões sobre a causa das doenças mentais e sua consequente curabilidade. Para ele, a avaliação deveria levar em conta a história do desenvolvimento do paciente. Este autor compartilhava da ideia corrente de sua época de que as doenças mentais infantis podiam ser classificadas como as do adulto e seu objetivo terapêutico consistia no emprego de métodos educacionais ou preventivos.

Seus relatórios sobre Victor, em que descreveu o trabalho pedagógico com esta criança dita selvagem por apresentar capacidades intelectuais diminuídas, figura como uma tentativa de levar em conta a história do desenvolvimento do paciente e analisar que, o retardo de Victor seria consequência de carência da experiência intelectual, devido a seu isolamento, e não uma doença incurável como o idiotismo.

O menino era diferente das demais crianças de sua idade por ter sido criado na selva. Ele era, portanto, considerado selvagem (Pinel) e não respondia aos estímulos externos da maneira socialmente esperada, tanto que possuía alta tolerância ao frio e ao calor, não fazendo questão, por exemplo, de usar roupas nessas ocasiões.

Na virada do século XVIII para o XIX, o aparecimento de uma criança com hábitos selvagens nas florestas do Sul da França, desperta imenso interesse entre filósofos, cientistas e cidadãos comuns. Sobre aquele que receberia o nome de Victor, sabe-se que nos primeiros dias do ano de 1800, autoridades do Departamento do Aveyron informaram Paris que havia sido encontrado, nas florestas de La Caune, um menino nu, aparentando ter de 12 a 15 anos, mudo e que parecia surdo. Não fazia mais do que emitir grunhidos e sons estranhos, não reagia às interpelações nem a fortes ruídos, cheirava tudo que levava às mãos. Sua locomoção era mais próxima do galope, andando também de quatro, quando alcançava grande velocidade. (LEITE E GALVÃO, 2000, p.2)

Nos registros de Itard, há relatos que Victor possuía a linguagem da ação, utilizava-se de mímicas para se comunicar, porém para o médico esta linguagem era primitiva e grave obstáculo para o surgimento da fala. A intenção do médico era ensinar o selvagem a falar de acordo com os signos tradicionais e obviamente, socializá-lo.

Houve duas principais fases no trabalho de Itard com Victor: uma primeira em que ele estava influenciado pela natureza da criança, visando compreender suas particularidades de desenvolvimento, e uma segunda em que buscou incorporar esta natureza à teoria pedagógica baseada em Locke.

No entanto, Itard procedia ao ensinamento da linguagem a Victor como se procedesse a um adestramento, pois não acreditava no componente afetivo da educação. Dessa maneira, seus esforços em “educar” Victor fracassaram e o que esta experiência mostrou foi que sem interação social entre aluno e professor, médico e paciente, não surge a afetividade como catalisador da aprendizagem. Nesse sentido, a atribuição dada a Victor, já que ele não aprendia e não se comportava como os demais, foi próxima da patologia ou doença mental. A frustração de Itard consiste em basear sua metodologia na crença de uma medicina moral capaz de reabilitar o paciente doente ou retardado mental. Ele simplesmente desconsiderou o componente afetivo presente no processo e que ficava visível na relação de Victor com a governanta, única pessoa a conseguir dele algum nível de socialização.

A medicina moral era a designação genérica para as atividades da psicologia clínica e da psiquiatria. (...) deficiência é um problema médico, portanto passível de tratamento. (PESSOTI, 1984, p.41)

A deficiência mental chega ao século XX compreendida como de origem orgânica, com sintomas variados e com uma série de distúrbios que iriam desde funções digestivas até as genitais.

De acordo com Marfinati e Abrão (2014), durante os 75 anos iniciais do século XIX a educação, principalmente de crianças retardadas, bem como os movimentos de higiene mental e orientação precoce tiveram grande espaço no contexto da psiquiatria infantil. Esta noção de

profilaxia, ou seja, de ensinar a criança a ser saudável, tinha como finalidade evitar a instalação da doença mental e garantir o funcionamento psíquico dito normal. Foi a partir da década de 1880, que a clínica psiquiátrica infantil teve início, mas ainda assim, o diagnóstico infantil só interessava ao psiquiatra se contivesse um diagnóstico de adulto, pois o interesse era encontrar na criança as síndromes mentais descritas nos adultos. Não havia ainda um campo autônomo para a prática e investigação dos transtornos mentais infantis.

Segundo Marcelli e Cohen (2009), a existência do setor de psiquiatria infantil e juvenil surge progressivamente em trabalhos a partir dos anos de 1960, primeiro explicitando a questão da internação e somente dez anos depois, a organização dos setores de psiquiatria e estruturas de cuidado.

Para Foucault (2006), a psiquiatrização infantil ocorreu por duas vias: a da descoberta da criança louca e a sua concepção como o lugar de origem da doença mental. O autor aponta que a psiquiatria do fim do século XIX, ao realizar a anamnese num adulto doente mental, buscava sinais da hereditariedade da doença. Assim, tal psiquiatrização tinha a ideia de que a causa da doença mental estava na infância, ou seja, sua prática buscava sinais no desenvolvimento de uma fase da vida hipoteticamente comprometida. A busca pela etiologia fez com que a psiquiatria se visse autorizada a intervir em qualquer mal-estar ou comportamento infantil considerado indesejado e nomeá-lo como patologia desembocando na prática atual de tratar os sinais de sofrimento psíquico a partir do diagnóstico médico e dos psicofármacos.

Tenório e Rocha (2006) analisam que o campo da Psiquiatria, que é oriundo da Medicina e da tradição clínica, é marcado por duas principais tendências: a Psiquiatria biológica, cuja visão compreende a doença mental manifestada como transtornos de funcionamento cerebral e que devem ser tratados por medicalização, fármacos e psicoterapias do tipo cognitivo e a vertente da atenção psicossocial que está ligada às políticas públicas e se propõe ao tratamento da doença mental grave a partir da preservação e resgate dos laços sociais do paciente. Além da Psiquiatria, muitas outras áreas do saber tem se ocupado dos problemas infantis, tais como a neurologia, a psicologia, a psicanálise, a psicopedagogia, a psicomotricidade, a fonoaudiologia. No entanto, isso gera um tipo de assistência fragmentada, médica e predominantemente patologizante.

Assim, ainda é intenso o modelo médico biologicista, fortemente calcado no diagnóstico e na medicalização quando o assunto é sofrimento psíquico, pois este é invariavelmente tratado como patologia, como desvio da norma. Por outro lado, há também a

iniciativa de outras áreas do saber, que buscam, a partir de uma visão global do ser humano, traçar diálogos a partir do psíquico e do social.

Foi a partir da década de 1930, que as ideias psicanalíticas na clínica infantil, juntamente com o desenvolvimento do modelo psicossomático na psiquiatria infantil, fundou a chamada pedopsiquiatria. Ainda assim, existia pouco interesse dos médicos neste tema, pouca literatura sobre os transtornos mentais infantis e fatores como os emocionais, intelectuais e ambientais eram ignorados deste campo do saber.

Jerusalinsky (1998) afirma que, ao contrário do diagnóstico, a escuta psicanalítica busca responder à questão: “qual é a minha verdade?”, e que a grande revolução freudiana esteve em admitir que, não só adultos, mas também as crianças se perguntavam isso.

Freud nos propõe que o infantil do sujeito é legível na sua infância, e que no adulto, essa infantilidade ou essas formações infantis persistem não sob a forma de acontecimentos inexoráveis, mas sob a forma de um tecido lógico que permite a esse sujeito ser ou não participe de certa posição e acontecimentos sociais. (p.155)

Para Abrão (2001), a condição básica da psicanálise é a descoberta da sobrevivência do infantil no universo mental do adulto. Ao formular e admitir a existência de uma sexualidade infantil, Freud a considera como polimorfa perversa, ou seja, sem objeto definido para sua satisfação, ou mais propriamente, ela tem como alvo de sua satisfação diferentes zonas do corpo.

Freud compreendeu que a sexualidade humana não era algo simplesmente biológico ou instintivo (no sentido de ser fixo, pré-formado, com objeto e objetivo definidos). O sujeito busca o prazer e a satisfação por meio das marcas que vivencia em sua história de vida. Nas crianças, a sexualidade polimorfo perversa faz com que as fantasias sexuais sejam dirigidas a um objeto e a gratificação sexual obtida no próprio corpo.

Segundo Zornig (2008), Freud privilegia uma noção singular sobre a sexualidade infantil na medida em que se refere à construção da subjetividade a partir da representação psíquica da relação corpo a corpo e estruturante pelas marcas relacionais determinantes das escolhas de objetos (amorosos/afetivos) posteriormente.

Zavaroni et al (2007) afirmam que o infantil é um conceito metapsicológico presente no discurso e na maneira como o paciente se coloca em análise, tanto que para Freud nos primórdios de sua clínica, importava tanto a infância recordada quanto a esquecida, o infantil recalçado. A noção de infantil assumida pelo psicanalista é a de buscar na fala de seu paciente o modo como o psiquismo gravou acontecimentos a partir de sua realidade psíquica. Ele então

admite a existência da fantasia no infantil, ou seja, a verdade psíquica do sujeito introjetada nos primórdios de sua constituição psíquica. Enquanto a infância se refere a um tempo de realidade da vida do sujeito, o infantil é atemporal, imerso em pulsão, recalque e inconsciente.

Pensar o infantil como um conceito psicanalítico passa pela compreensão de uma infância que desliza da simples cronologia e das experiências passíveis de narração à realidade psíquica e da fantasia como um elemento irrevogável da constituição do psiquismo. (ZAVARONI ET AL., 2007, P.66)

A noção de infantil extrapola a própria noção de infância para a Psicanálise. Lajonquière (2006) analisa que a infância aparece como um tempo de travessia entre o estrangeiro para o familiar, entre o campo da palavra e da linguagem, pois a criança não possui infância sob seu próprio ponto de vista, somente o adulto pode “ter uma infância” enquanto algo perdido. A infância seria uma condição *après coup*.

Neste sentido, Zornig (2008) enfatiza que nós a apagamos quando olhamos para ela a partir da perspectiva do mundo adulto e que atualmente, para acatar o desejo dos pais em busca de cumprir seu ideal de felicidade para o filho, a criança frequentemente apazigua sua angústia ao negar sua própria infância.

Em suma, pensar a subjetividade infantil contemporaneamente se torna um campo profícuo de análise, pois, da criança mítica e romantizada àquela com referência do mundo adulto mercantilizado, a infância se mostra capaz de produzir saber sobre si mesma. Como afirma Zornig (2008)

Mesmo sendo bombardeada por um excesso de tecnologia e informação, a criança desafia a razão lógica ao construir sua própria verdade em seu próprio tempo lógico e não cronológico. (p.77)

Sendo, portanto a preocupação com a infância uma das tônicas do pensamento atual é necessária uma análise dos discursos especializados sobre esta fase, principalmente a partir das suas patologias. Muito frequentemente, a infância só se torna objeto de interesse quando está atrelada a psicopatologias, problemas de desenvolvimento ou novas síndromes. Não podemos perder o processo histórico que culmina na medicalização da infância contemporânea. Neste sentido, é necessário discutir as várias noções de psicopatologia, e o que elas acrescentam à infância ou a prejudicam.

3.2. Contribuições da psicanálise: a visão da psicopatologia geral

Para Cecarelli (2005), a psicopatologia é um discurso sobre um saber da mente, o conhecimento sobre o padecer psíquico. É uma palavra composta por três raízes gregas: *psyche*, psiquismo, alma; *pathos*, excesso, sofrimento e *logos*, lógica, conhecimento. Assim, a gama de conhecimento que compõe a psicopatologia visa decompor o sofrimento para estudá-lo, entendê-lo, classificá-lo e neste sentido, cada contexto histórico-político teve suas particularidades nessa tentativa.

No século XVIII, eram utilizadas categorias filosóficas (platônicas) para explicar a loucura. No seguinte, a noção de psicopatologia era desordenada, com uma nosografia confusa e critérios imprecisos.

No século XIX, a partir da obra de Pinel “Tratado médico filosófico sobre a alienação mental”, a visão de loucura mudou e inaugurou-se a psiquiatria com seu nome agora conhecido. Neste período, a psiquiatria estava preocupada com a observação como forma de evitar distorções do diagnóstico. Esquirol, discípulo de Pinel, postulou que a loucura consistia em distúrbios das funções racionais.

Desta forma, até o fim do século XIX a preocupação era a doença, a sintomatologia, “conhecer para classificar” (CECARELLI, 2005, p.373). Foi com Karl Jaspers em seu livro “Psicopatologia geral” que a psicopatologia foi inaugurada para descrever e classificar doenças mentais.

Segundo Dalgalarondo (2008), a psicopatologia é um ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental, suas causas, mudanças estruturais e funcionais, bem como suas formas de manifestação. De maneira mais ampla, é o conjunto de conhecimentos acerca do adoecimento mental do ser humano. Uma área que tem se esforçado para ser sistemática, elucidativa e desmistificante.

Para o médico, existem limites que a psicopatologia enquanto área da ciência não deve transpor - tal qual já enunciado anteriormente por Karl Jaspers (1883-1969), que defendia a ideia de que nunca se deve reduzir o indivíduo a conceitos psicopatológicos, ou seja, o “homem em sua enfermidade”. O que a psicopatologia deveria então fazer, seria focar dois aspectos principais na condução do diagnóstico para a doença mental: a forma do sintoma (como ele se apresenta, delírios, alucinações, somatizações) e o conteúdo dos mesmos (temas centrais da existência humana como sobrevivência, segurança, e que são organizados individualmente em cada psiquismo).

Sem dúvida, a postura atual de Dalgarrondo nos parece interessante tanto por romper com algumas noções clássicas da psiquiatria tradicional, como também por buscar aquilo que foi relegado pela própria ciência psicopatológica nos seus primórdios, a saber, o não reducionismo e a concepção de humanidade que deve se estabelecer no cuidado à doença mental. Quando transportamos esta discussão para a psicopatologia infantil, defrontamos - nos com dois fatores principais relacionados ao diagnóstico mental atualmente.

Para Gauy e Rocha (2014), são eles: a heterogeneidade das manifestações clínicas e a classificação diagnóstica baseada principalmente em manuais de psicopatologia. O primeiro fator: para um mesmo diagnóstico clínico existe uma diversidade de manifestações comportamentais, bem como de comorbidades, que acrescentam diferentes respostas emocionais. Isso tudo abre a discussão para o fato de que, é provável que a psicopatologia precise enquadrar esta criança na doença mais parecida com seus sintomas, porém este encaixe se torna pouco acurado e preciso. Segundo pesquisas dos autores, desde 2014 as principais manifestações patológicas são a depressão infantil, o TDAH, o transtorno de conduta e o transtorno opositor desafiante.

O segundo fator: a classificação diagnóstica baseada em manuais - principalmente o CID 10 e o DSM 5 - feita a partir de sintomas e síndromes. A versão mais atual do DSM ampliou os critérios diagnósticos para o caso de algumas patologias infantis, e isso pode gerar aumento nas taxas de prevalência de diferentes quadros clínicos. A nova versão propõe novos critérios para o transtorno de desregulação do humor e os muda para os transtornos invasivos do desenvolvimento, agora agrupados sob o nome de TEA (transtornos de espectro autista).

Entre as críticas possíveis ao DSM e ao CID está o fato de que eles não levam em conta a subjetividade, nem daquele que classifica, nem do que é classificado. “O olhar de quem olha não é imune à sua própria organização subjetiva”. (CECARELLI, 2005, p.373)

O diagnóstico deveria ser usado como um recurso para orientar a escuta e não algo definidor da estrutura onde o sujeito está encaixado. No entanto, contemporaneamente, a busca pela eliminação do sofrimento mental a qualquer custo, e cada vez mais cedo, elimina a possibilidade destas dores existenciais poderem colocar o sujeito em contato consigo mesmo.

Para Travaglia (2014), uma das preocupações contemporâneas é a promoção da saúde mental. No entanto, muitas vezes esta ambição é ideológica e esconde o imperativo de ordem silenciador do mal-estar de cada indivíduo e o seu discurso, tanto para si mesmo quanto para o social que o cerca.

Se tratando de infância é necessário compreender como que um referencial de saúde mental parece conceber a “criança saudável” como aquela que poderá ser o adulto que o sistema pede, passivo e produtivo, concentrado. (p. 40)

Assim, usa-se o DSM como uma linguagem única, uma referência empírica e prática, porém “a forma como se consegue tal consenso e unificação é à custa de recortar o sujeito para ficar do tamanho que a nomenclatura permite.” (TRAVAGLIA, 2014, p.44).

A utilidade do discurso diagnóstico dominante seria justamente a de ajudar o indivíduo a se apresentar, ser reconhecido pelo médico e falar de si. No entanto, aquilo que falta, porque ainda não tem nome, é justamente o que o diagnóstico não consegue alcançar.

Travaglia (2014) afirma ser neste momento que a escuta analítica pode operar, pois ela dá ouvidos ao inconsciente em sua singularidade e diferença, e se opõe à padronização provinda dos manuais diagnósticos.

Scivoletto (2010) aponta que os transtornos psiquiátricos da infância afligem 10 a 15% da população, e suas principais manifestações são as alterações de comportamento (incluindo comportamentos suicidas) e depressão.

Neste sentido, para abarcar estas demandas, as classificações são utilizadas para esclarecer, facilitar e viabilizar uma comunicação clara, além de melhorar a predição e estimular a busca por explicações de causas das doenças psíquicas. No entanto, a dificuldade para se alcançar a integralidade do atendimento são inúmeras, pois, na realidade brasileira, a implantação dos serviços de saúde ainda está em transito. Por isso, careceremos de equipes multiprofissionais e de qualificação para ser possível compreender a realidade de forma singular, privilegiando o usuário, neste caso, a criança. Confesso que este é um treino para um olhar e escuta específicos, e que, muitas vezes, durante a coleta de dados pude experimentar toda a dificuldade de encarar a criança, muitas vezes assustada que estava na minha frente. Por isso, muitas vezes os médicos buscam a descrição sintomatológica com os pais, adultos que falam sua língua com rapidez.

Sendo assim, como um modelo básico e facilitador, o DSM, como já mencionado, é um dos manuais mais importantes para a psiquiatria. Teve sua primeira publicação em 1952 e passou por cinco mudanças até a versão atual de 2013, o DSM-V. As atualizações têm como foco a maior especificidade dos atributos de cada síndrome e visam maior acerto no diagnóstico. A corrente versão traz algumas mudanças em relação a anterior, como por exemplo, o agrupamento por distúrbios com bases etiológicas comuns, uma abordagem desenvolvimentista (distúrbios iniciados na infância e adolescência) e novos diagnósticos, tais

como os transtornos de acumulação, de compulsão alimentar periódica e o transtorno disfórico pré-menstrual.

A perspectiva desenvolvimentista presente no DSM-V reconhece que um grande número de transtornos mentais tem raízes na infância e, por isso, a necessidade da mudança no diagnóstico para incorporar também esta fase. Assim, no eixo “transtornos do neurodesenvolvimento” estão as doenças caracterizadas por atraso ou desvio do cérebro que influenciam características fenotípicas como, por exemplo, o TDAH, aprendizagem, retardo mental e transtornos do espectro autista (TEA). Este último inclui também a síndrome de Asperger e o transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado.

Atualmente, até o mais leve sinal de sofrimento psíquico é rotulado como uma patologia, e seu tratamento se dá com psicofármacos e a psiquiatrização da vida social na maioria das vezes. Não temos ainda uma cultura terapêutica, da cura pela palavra. Ao contrário, a sociedade (pais) anseia por rapidez no processo e eliminação do sofrimento mental.

Fundar uma prática de diagnóstico com base no consenso estatístico de termos relativos a transtornos – que, por conseguinte, devem ser eliminados com medicamentos - é abandonar a clínica feita de sinais e sintomas que se liguem a uma estrutura clínica, ou seja, a estrutura do próprio sujeito. (QUINET, 2001, p.75)

Estamos diante de questões culturais, mais do que de práticas de saúde, pois é culturalmente que justificamos a hegemonia da psiquiatria tradicional como sendo a maior detentora dos saberes. A explicação histórica é relegada em favor da primazia da prática medicamentosa. Então, é importante salientar, segundo orienta Donzelot (1986) que

O nascimento da psiquiatria infantil deve ser compreendido a partir da procura de uma convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais. Assim, a psiquiatria infantil não estaria inicialmente ligada à descoberta de um objeto próprio, de uma patologia mental especificamente infantil, mas sim à necessidade da psiquiatria de designar um possível objeto de intervenção para uma prática que não pretende mais limitar-se a gerir os reclusos, mas sim presidir à inclusão social. (DONZELOT, 1986, p.120-121)

De acordo com Guarido (2007), no caso da infância, a medicalização e utilização dos parâmetros da clínica adulta para a infantil tiveram três momentos principais. No primeiro, esteve presente a pedagogia do século XVIII e XIX (aquela da obediência e disciplina). Em

seguida, a Psicologia progride a partir das preocupações com o desenvolvimento e, finalmente, acontece a entrada da psicanálise para a clínica infantil.

No século XX, os médicos buscam na pedagogia as formas de tratamento para as crianças, que para o discurso social moderno está baseado na vida escolar. A preocupação sobre as desordens infantis consistia na crença de que se tornariam adultos plenos no exercício de suas funções intelectuais e morais. É deste período a experiência pedagógica de Itard, explanada anteriormente, cuja aproximação entre medicina e psicologia resultaria no conhecimento que fundamentou a psiquiatria infantil e a educação especial.

Entre 1930 e 1980, a psicanálise influenciou fortemente o campo de investigação clínica. Quanto à psiquiatria, neste período estava baseada em institucionalização e segregação. A discussão recaía sobre o conceito de retardamento mental e idiotia, como observado por Esquirol. Discutia-se o grau de irreversibilidade do retardamento mental e duas opiniões se contrapunham: de um lado, os médicos, para os quais o déficit era global e definitivo e de outro lado, os educadores, que consideravam o déficit parcial e reversível, se utilizado métodos educacionais especiais.

Segundo Cirino (2015), considerava-se quase impossível uma criança enlouquecer em função de sua criação ou processo de formação subjetiva. A loucura era considerada genética, herdado no nascimento. Na sequência destas discussões, já no final do século XIX, a psiquiatria passa a procurar na criança as síndromes mentais dos adultos, isso a tornava pequeno objeto de curiosidade, na tentativa de utilizar a infância como um decalque da psicopatologia dos adultos.

A partir de 1930, o universo científico passa a conceber a infância com ordem própria de existência e racionalidade, de modo que “inverte-se a perspectiva: agora a criança é que esclarece o devir do adulto” (CIRINO, 2015, p.23) e não mais os problemas mentais dos adultos são investigados nas crianças na tentativa de detê-los e garantir saúde mental posterior.

Esta mudança ocorre, muito em parte, pela influência das ideias psicanalíticas sobre a clínica psicopatológica infantil. Um destes exemplos é o conceito de transtornos de conduta, que com toda sua amplitude e imprecisão abriram a discussão entre os psiquiatras infantis divididos entre vincular estes transtornos a condutas amplas, desde alimentação até o sono, ou então limitá-los à área da sociabilidade e caracterizá-los pelo padrão repetitivo de conduta antissocial, agressiva e desafiadora.

A grande ruptura epistemológica é feita pela psicologia profunda de Freud. A partir da dimensão do desejo, que submetido às leis da linguagem escapa a qualquer apreensão direta de sua finalidade, Freud postula que o sujeito - louco ou não- sempre que fala, fala do, e a partir, de seu *pathos* (...) como passividade, alienação. Na situação terapêutica, se transformará em percepção, experiência. (CECARELLI, 2005, p.373)

Assim, compreender o nascimento da psiquiatria da infância implica analisar os conflitos, jogos de forças e interesses de dominação, especialmente sobre a criança, para de este modo poder refletir sobre o uso frenético das medicações, dos manuais de classificação e escalas avaliativas e principalmente, do incentivo, por parte das indústrias farmacêuticas, da patologização e medicalização da vida, discurso tão amplamente difundido pelo capitalismo.

Para Cirino (2015)

essa lógica de uma clínica da medicação concede espaço apenas para as teorias comportamentais e cognitivas, excluindo-se a psicanálise como ultrapassada e eficaz. Na lógica dos seres falantes, nunca estará fora de moda a perspectiva ética de que o laço social é o principal remédio para o sofrimento psíquico e que não podemos recusar a busca pelo sentido subjetivo do sintoma. (p.37)

Dunker (2011) discute que a psicopatologia envolve uma racionalidade de interpretar e reinterpretar os modos de sofrimento humano com marcas contextual e temporal. A atual gestão do sofrimento no neoliberalismo recusa a psicopatologia e procura eliminá-la nas vias mais agudas da mercantilização do mal-estar e da medicalização crescente. Eliminar o sintoma então seria garantir crianças saudáveis e adultos felizes, porém é justamente o sintoma a primeira pista para investigarmos, a partir da Psicanálise, o sujeito desejante.

Assim, longe de buscar a compreensão nosológica ou o conjunto de sintomas geradores de um diagnóstico, a psicanálise entra em cena a fim de ampliar a escuta para a queixa e privilegiar a palavra como motor de ação e cura na vida do sujeito.

Para Bernardino (2015), a abordagem psicanalítica permitiu um particular enriquecimento da clínica em relação às psicopatologias, pois produziu um deslocamento do que é escutado.

O diagnóstico que evidentemente não dispensa a apresentação e o modo de contato do sujeito funda-se essencialmente em suas queixas subjetivas, emoções, pulsões, comportamentos que ele descreve. (KAMMERER, p.31 apud BERNARDINO, p.56, 2015)

A escuta interessada pela globalidade do sujeito, sua integralidade, ou como quer Dunker (2011), em se tratando de infância, a escuta que se refere a tempos gerúndios, considera este tempo em que as operações psíquicas da constituição do sujeito ainda não se

efetivaram. Para o autor, merece então um re-batismo o conceito de diagnóstico. Para ele, “a diagnóstica é a leitura que se desdobra em diálogo entre o clínico e a doença.” (p.409, apud BERNARDINO, p.56, 2015) Deste modo, o psicanalista infantil faz uma leitura a partir da sua escuta do andamento do processo de construção da subjetividade da criança e seu diagnóstico estrutural deve se posicionar quanto ao lugar ocupado pela criança.

Bernardino (2015) analisa duas proposições: na primeira, casos quando a criança está em posição de sujeito. Nestes, estamos diante de alguém cujos sintomas apontam para possibilidades de responder ao outro de modo próprio e, no segundo caso, quando a criança está em posição de objeto, então está ligada ao outro numa relação de simbiose/complementaridade e muitas vezes, à margem da linguagem. Para os primeiros casos, mesmo em risco, estaremos nos referindo à clínica das neuroses em que a base da organização defensiva e subjetiva mantém contato com as formas de repressão do princípio de realidade. No segundo caso, entramos no campo das psicoses potenciais, ou psicoses não decididas (BERNARDINO, 2004, 2015). A respeito das crianças à margem da linguagem, a referência mais próxima é o autismo infantil, que, segundo a autora, é a patologia que inaugurou a Psicopatologia Infantil a partir de Kanner, mas que muito interessa e tem sido alvo de estudos para a psicanálise. Neste estudo, estivemos diante as duas classes de transtornos.

Segundo Minerbo (2009), neurose é uma forma subjetiva construída a partir do simbólico, uma “matriz simbólica relativamente fixa a partir da qual o sujeito lê o mundo e reage a essa leitura.” (p.26)

Já a não-neurose, se remete a configurações psíquicas que predominam nos distúrbios narcísicos (investimento libidinal no self) e englobam as compulsões, adições, distúrbios alimentares, patologias do vazio de base melancólica, violências, somatizações, perversões e também psicoses. A não-neurose “é a forma de subjetividade produzida em/por uma cultura cujas instituições estão fragilizadas, como a nossa.” (MINERBO, 2009, p.29)

Na visão relacional da autora, “cada cultura determina formas de subjetividade prevalentes e também as formas de sofrer que lhe são consubstanciais.” (MINERBO, 2009, p.29). Por isso, é necessário pensar a cultura num sentido amplo, a cultura familiar, civilizatória em que, num primeiro momento é o inconsciente materno que oferece os símbolos mediante os quais a criança vai ler o mundo e atribuir-lhe sentido, o que depois passará a ser feito pelas instituições.

Para Janin (2015), este passado cultural se faz presente a partir da transmissão realizada pelos adultos na vida cotidiana da criança. A história de várias gerações se fará

presente em cada criança e, com isso, irá permitir a ela se localizar em determinado contexto. O que acontece é que, quando este contexto está em crise, a criança precisa compreender seu lugar e enfrentar seu desejo em meio a um terremoto.

Segundo a autora, a principal crise da contemporaneidade é a crise ética, em que não existem ideais coletivos em que se considerem o justo ou o injusto, o correto ou incorreto, o bem e o mal e, para ela, isso confunde tanto crianças quanto adultos. Quando os adultos estão em crise, não são capazes de conter a criança, ou seja, não é só a mãe a carente de um outro que a sustente para ela poder sustentar; o contexto social também deve funcionar como sustentação para ambos os pais.

Janin (2015) afirma que os pais devem se sentir vivos, registrar seus esforços para decodificação do mundo para a criança e projetá-lo num futuro em que sua rede de relações possa ajudá-lo na construção de um espaço psíquico. Nas crianças, os estados desconexos, depressivos, a negativa em crescer, as dificuldades de concentração mostram o fracasso em se sentir vivo e vinculado a outros, com história e projetos.

O processo de subjetivação implica a criança internalizar os significados do mundo e assim criar novos símbolos para si e há extrema dinamicidade em tudo isso. Inclusive, advém daí o sofrimento psíquico: da forma como cada criança é capaz de efetuar a leitura de si e do mundo e se organizar (ou não) diante disso.

Assim, Janin (2015) sustenta que a criança ao perceber seu mundo sociocultural, com suas mensagens contraditórias e sem princípios éticos, a sustentação da memória secundária, dos ideais e normas ficam muito dificultadas. A crise contextual vivenciada pela criança atualmente leva a estados de confusão de pensamento e de desfalecimento, tanto no nível ideativo quanto corporal. Para ela, a contradição entre palavras e ações dificulta a constituição de um sistema normativo e de um universo protetor sustentado por regras claras. O mundo passa a ser perigoso, imprevisível e a solidão se instala.

Neste sentido, a psicanálise, ao discutir novas patologias, não as cria, mas reconhece novas formas de sofrimento e as nomeia, tornando-as parte do campo da psicopatologia psicanalítica (MINERBO, 2009).

A psicopatologia psicanalítica implica a singularidade do sujeito, pois por mais semelhantes que sejam seus comportamentos, a causa, o significado e a direção destas subjetividades sempre terão a marca da singularidade (VORCARO, 2015). Assim, a psicanálise busca a escuta, possibilidade que nos situa entre as narrativas (da família, da criança, dos desenhos, dos comportamentos).

Para Bernardino (2015)

Seu primeiro passo é acolher e escutar o drama familiar que ali vai se desdobrar a partir da demanda, dos significantes que aí vão aparecer, dos significados fixados que se vai propor a abrir para associar, evocar, buscar a história, as origens. (p.65)

Para Mariotto (2015), a escuta é o único instrumento possuído pelo psicanalista para pensar a subjetividade do outro. O sintoma pouco pode dizer, a priori, da verdade do sujeito, ele é um artefato a ser colocado pelo inconsciente. A investigação diagnóstica precisa se prolongar para além do sintoma, num espaço em que a palavra possa se articular.

Dunker (2015) afirma que, se no discurso médico diagnosticar exigia uma classificação exaustiva e objetivante do quadro clínico, Freud homogeneizou tratamento e diagnóstico e tratou o paciente como sujeito desejante. Assim, o diagnóstico transforma a ideia de psicopatologia de forma dinâmica. O interesse desta ideia é escutar o lugar da criança relacionado ao desejo, ao ideal dos pais e ao modo como ela se situa nessa história toda (MARIOTTO, 2015).

Nas tentativas de ampliar o olhar da psiquiatria tradicional e utilizar o saber psicanalítico como via de acesso ao sujeito, alguns autores, entre eles, Fédida e Berlinck, nos anos 90, iniciaram discussões com o objetivo de redefinição do campo psicopatológico e propor uma reflexão crítica dos modelos existentes e seus paradigmas adjacentes. Este movimento recebe o nome de Psicopatologia Fundamental e é a busca pela compreensão de modelos teóricos-clínicos que possam ampliar e aprender com aquilo que o sofrimento ensina. Pensar o *pathos* como algo que alarga o pensamento.

Por entender a questão pática, as paixões, como uma dimensão inerente do ser, a psicopatologia fundamental sustenta que se crie uma psicopatologia própria a cada sujeito. (CECARELLI, 2005, 374)

Assim, para Cecarelli (2005), nesta perspectiva, o diagnóstico é entendido como um recurso para orientar a escuta e não algo que define, a priori, a estrutura na qual o sujeito deve ser encaixado. Trata-se de uma visão que não busca contribuir para a cronificação do sofrimento e a discriminação, mas compreende, além de tudo, que o excesso (*pathos*), causa dor, e também cria subjetividade. O desafio contemporâneo é pensar desta forma num mundo onde se busca eliminar a dor e evitar o contato do indivíduo consigo mesmo e com sua interioridade.

Esta é, portanto, a tarefa da psicanálise em seu diálogo com a psiquiatria: escutar a singularidade de cada sujeito humano e perceber o sintoma como apenas algo que se deva perseguir o sentido, a partir da escuta analítica e da palavra como motor de ação.

De acordo com Janin (2015), a clínica psicanalítica infantil não se trata de interpretação, de se colocar ego onde antes havia id, mas da instauração de um espaço interno em que a fantasia seja possível. Para se projetar no futuro, há necessidade de se ter memória, passado, representações: estes três são carências da infância atual.

No ambulatório em que as entrevistas foram feitas havia a ausência da equipe multiprofissional e uma grande demanda de usuários para ser atendida. A lógica do ambulatório então acabou se mostrando a de produção em série, uma vez que a busca pelo diagnóstico deveria ser realizada na primeira escuta para que o usuário continuasse a ser atendido a partir do agrupamento adjacente à sua queixa. Não havia psicólogos que realizassem a primeira escuta. Dependia do encaminhamento do psiquiatra que o usuário pudesse ter acesso à terapia ou acompanhamento psicológico.

Tive oportunidade de acompanhar a entrevista psiquiátrica uma vez, no caso de A. As perguntas e o rumo da investigação psiquiátrica diferem em muito da anamnese psicológica, pois tem como base as questões biológicas, de doenças orgânicas, históricos de adoecimentos familiares, busca pelos quadros congênitos e não se ouve a criança em hipótese nenhuma, na verdade, mesmo estando na sala é como se não estivesse lá.

A investigação feita por mim era paralela a estas consultas psiquiátricas. Eu atendia o usuário depois que ele já tivesse sido atendido pelo psiquiatra. Mesmo diante de muitas dificuldades, era realizado um esforço para estabelecer certo vínculo e perceber as reações da criança quando a história dela era relatada. No entanto, a questão transferencial e a reflexão pós-atendimento tomavam algum tempo. Justamente este tempo de discussão e criação de uma narrativa que o sistema de saúde não permite que os profissionais tenham, dadas as condições materiais. Percebi, contudo que a ampliação do olhar que a escuta psicanaliticamente orientada é capaz de oferecer, poderia ser a possibilidade de acolhimento amplo no ambulatório de saúde mental, tanto para a equipe profissional quanto para o usuário. Cabe à nossa reflexão e ao trabalho cotidiano viabilizar a integralidade do atendimento, mas o cenário do atendimento público ainda está distante disto.

Sobre a posição de Dolto (1989), de que nas instituições as crianças não poderiam beneficiar-se da psicanálise sem a presença dos pais, penso que a experiência de ambulatório mostra, ao mesmo tempo, tantas tentativas e tantas falhas, que pelo fato de que é a criança a herdeira de sua própria história, cabe à ela o cuidado e a chance de receber um atendimento

digno e integral, que signifique para ela, uma falha ética a menos em seu ambiente já tão devastado. Ela deve receber o olhar cuidador do adulto, independentemente de estar na companhia dos pais.

4. AS NARRATIVAS: VOZES DO SOFRIMENTO INFANTIL

Não estou sozinha nesta tribuna: estou cercada de vozes, centenas de vozes, que estão sempre comigo, desde a infância. Eu vivia no campo. Todas nós, crianças, adorávamos brincar na rua.
(Svetlana Aleksievitch)

As histórias aqui apresentadas se baseiam em narrativas, levando-se em consideração, tal qual Benjamin (1994) pontuou que, as narrativas estão ligadas à troca de experiências que passam de pessoa em pessoa: este é o material que o narrador se utiliza. O autor pensa que a narração se vincula a duas características principais: à oralidade e à experiência de vida. Ele afirma que “a verdadeira narrativa tem um caráter utilitário: nela o narrador expressa um ponto de vista, seja num ensinamento moral, seja numa sugestão prática, seja num provérbio ou numa forma de vida” (p.200) A narrativa nunca é individual, ela precisa ser comum ao narrador e ao ouvinte, por isso, deve-se basear na proximidade da experiência vivida. Benjamin aproxima a experiência da narração ao processo artesanal, algo feito com as mãos, dentro de um tempo e sentido único.

Granato et al (2009) afirmam que “O narrar é humano, assim como o imaginar, o pensar, o temer, o desejar. Por que o psicanalista se furtaria a fazer uso de suas narrativas para comunicar o que se passa entre ele e seu paciente?” (p.44) O psicanalista, assim como o narrador, conta uma história, daquilo que viu e ouviu em sua prática clínica, como ficção, já que a história não é verossímil, mas partida da realidade psíquica e da relação entre ele e seu paciente. O objetivo da narrativa psicanalítica é transmitir a experiência e torná-la disponível para seu interlocutor, como conhecimento prático ou forma de questionamento.

Barone (2004) ao refletir sobre um texto de Benjamin argumenta que as narrativas contêm em si as possibilidades interpretativas e curativas, pois alinhavam a realidade, tornando o desconhecido suportável, palpável, por vezes amigável. Ela cita Benjamin (2002), num trecho de um texto pouco conhecido, no qual o autor reflete:

a narração não criaria, muitas vezes, o clima apropriado e a condição mais favorável de uma cura? Não seria toda doença curável se ela se deixasse levar pela correnteza da narração até a foz? (BENJAMIN, 2002, s.p)

Isso porque a organização do mundo feita a partir da história contada semeia um novo sentido tanto para narrador quanto para interlocutor, de forma que, o que antes carecia de significado começa a ganhar contornos e reflexão, advindos da experiência.

Réa (2018) faz uma interessante reflexão sobre as motivações que levam um psicanalista a escrever. Para ela, o psicanalista escreve para elaborar questões da prática clínica, para construir conceitos e também para transformar sua própria angústia.

Ela reflete que Freud inaugura o caso clínico como gênero literário, que se assemelha a um romance policial ou *thriller* psicológico. Ele torna o objeto, sujeito e analisa a psicopatologia do ponto de vista narrativo e não descritivo. É assim seu livro “Estudos sobre histeria” (1895/2016). O psicanalista tornou a escrita psicanalítica um modelo literário e científico. Literário porque o ficcional se apresenta através da transferência e científico porque é uma escrita conceitual e objetiva. Há então, uma mistura entre realidade e ficção no campo da narrativa, que termina somente com o leitor. É ele quem fecha o ciclo transferencial, pois o leitor mostra o que falta, o novo, o desconhecido, o que passou despercebido. Ele é a última ponta da triangulação da escrita da alteridade (autor-paciente-leitor).

Em suma, Réa (2018) pensa que o psicanalista escreve por causa da transferência e também pelo que excede dela, aquilo que não se elimina, aquilo que inquieta. Só é possível escrever bem se se escuta bem. A voz que conta a história busca o leitor. Ela busca sentido, busca ser ouvida.

Retomando Freud ao ouvir Katharina, faço minhas suas palavras: “Reproduzirei a conversa que houve entre nós tal como ficou gravada em minha memória, sem alterar o dialeto da paciente”. (1895/2016, p.181)

Sendo assim, as quatro narrativas que seguem foram escolhidas porque além de terem causado maior impacto, também se destacam por conterem histórias de repetidas falências ambientais e vinculares, o que nos permite pensar além das questões intrapsíquicas, mas também nas inter-relacionais. As demais histórias (tal como brevemente apresentadas anteriormente) se referem a problemas do desenvolvimento, questões adaptacionais ou dificuldades de continência do adulto quanto ao sofrimento da criança. Por este motivo, podem ser simbolizadas pela história de P. As demais narrativas que seguem, refletem questões mais graves e desafiadoras do ponto de vista emocional e teórico.

4.1. P. e o universo do adulto

P tem quatro anos e chega para o atendimento acompanhado da mãe, uma mulher jovem, de aproximadamente 21 anos. Entram na sala e eu ofereço ao menino papel sulfite, lápis de cor, giz de cera e massa de modelar. Explico para ele o que está escrito no termo de consentimento e leio para a mãe o termo de consentimento. Peço para ela assinar. Ele quis desenhar. Sua mãe se sentou e ele ficou de pé desenhando sobre a mesa, ouvindo atentamente o que a mãe dizia.

Quando pergunto o motivo pelo qual buscavam atendimento, ela se queixa de que “de uns tempos pra cá” (sic) P mudou de comportamento, passando a ser uma criança inquieta, hiperativa e ansiosa. Sobre isso, diz ter pesquisado no *google* os sintomas que ela atribui a P e por isso encontrou o termo hiperatividade. Seu pedido é por uma medicação que possa ajudar P a se acalmar e ficar mais doce em casa, pois ele faz birra e a provoca até apanhar, bate no cachorro e no irmão mais novo. Sinto certa raiva desta impessoalidade com que a mãe trata o problema do filho. Para mim, ela demonstrou que ele era um peso que ela não dava conta e precisava buscar a terceirização (*google*, ambulatório).

Eu fico curiosa sobre esta marcação de tempo (“de uns tempos pra cá”), mencionada, mas não explicada, então pergunto sobre isso. Ela me conta que o pai de P não o assumiu quando ele nasceu e ela se viu mãe solteira, tendo que arcar com a gravidez e a mudança de vida sem a ajuda do ex-companheiro, com quem havia se relacionado por um espaço curto de tempo. Então, quando P nasceu (saudável, sem problemas de saúde) a mãe logo encontrou outro companheiro e quando o menino contava com dois anos de idade, ela engravidou novamente do novo companheiro. Na ocasião da entrevista (agosto de 2016), havia um ano que ela tinha decidido entrar na justiça e exigir do pai de P a pensão alimentícia. Como este teve seus bens bloqueados e estava de casamento marcado, pagou a pensão e resolveu se aproximar do menino passando a fazer visitas.

Neste mesmo período, ela, que havia engravidado de um “ficante” e estava morando com ele, descobriu que ele também havia engravidado outra mulher na mesma época, e que, seu filho com um ano de idade possuía uma irmã com o mesmo tempo de vida. Disse que não se conformou e explodiu diante da traição. Tiveram uma briga feia em casa (eles moravam todos juntos, ela, o companheiro, P e o irmão de dois anos). Nesta briga, houve agressão física presenciada pelo menino, a mãe apanhou, houve sangue e a polícia foi chamada. Neste momento, P arregala o olho e encara nós duas, depois, ele volta a desenhar. A mãe então diz que depois disso ele ficou com medo de que alguém pudesse bater nela de novo. Ela diz que

ele sente ciúme dela. Olho para o papel e ele calmamente e com um traço muito fino faz muitas letras P.

A mãe diz que depois desta situação, o relacionamento acabou e quando fala disso, ela transparece muita raiva do ex-companheiro. Conta que tiveram que se mudar pra casa de seus irmãos, cuja irmã tem dois filhos. Diz que a nova realidade é difícil por conta da mudança da rotina e da casa, e também porque lá são quatro crianças (dois filhos dela e dois filhos da irmã). Relata que muitas crianças juntas fazem muita bagunça.

Penso como P deve estar desorganizado diante da mudança contextual que sofreu, e me ocorre a possibilidade de um estresse pós-traumático e que talvez seus comportamentos opostos sejam uma forma dele “encarar” estas mudanças e tentar simbolizar o acontecido. Com isso em mente, pergunto se ela voltou a ver ou falar com o ex. Ela me diz que somente para as coisas relativas ao filho, mas que P tem medo dele, e quando ela chora, ele pergunta se foi o padrasto quem bateu.

P permanece desenhando de pé, muito silencioso, porém atento. Aponta um lápis ao contrário. Desiste. Continua a desenhar a letra de seu nome seguidas vezes no papel, com um traço muito fino e em diferentes cores. Está concentrado nesta tarefa. Pergunto se ele teve medo. Ele acena positivo com a cabeça e continua desenhando.

Penso que a mudança no contexto da moradia e da rotina pode estar sendo muito penosa para ele neste momento. Então pergunto se ele mudou de escola, ao que ela responde que não. Busco saber de seu comportamento no ambiente escolar. Ela relata que na escola o menino nunca deu qualquer tipo de trabalho, mesmo depois destas mudanças relatadas. Ocorre-me então que a escola é um lugar de regras e organização, e que isso não mudou, portanto, pode estar servindo como ambiente de continência para P neste momento tão desorganizado que ele se encontra.

Busco dados da história de vida dele, principalmente partindo da história da relação dela com o pai de P. Ela me conta que seus pais moram em outra cidade e ela morava com os irmãos. Conheceu o pai dele num relacionamento fugaz e ele até pensou em formar uma família com ela. No entanto, depois do nascimento da criança, ele a deixou. Isso porque ela descobriu que era traída. Na mesma época do nascimento de P, ela descobre que outra mulher dá a luz a uma menina, filha de seu companheiro. Diante da traição e desta outra filha, o relacionamento dela acaba, pois como ela mesma disse, não foi possível aguentar.

Conta que sua irmã também passou por isso, tendo engravidado de um homem que a deixou. Atualmente, as duas têm dois filhos de dois homens que não estão com elas. Penso neste momento na repetição dramática das mulheres desta família. Ela parece ser muito frágil

e estar perdida, quase que demonstra que encontrando uma solução para P ela estaria também encontrando uma solução para si própria. Talvez projete no filho a ansiedade que ela mesma sente, na ânsia de encontrar pra ele uma medicação, ou de que algum médico possa lhe dizer o nome daquilo que o filho tem (ela já havia buscado no *google*, estaria querendo uma confirmação?)

Quando conta sua história ela demonstra insegurança, desorganização e ansiedade. Parece estar empenhada em me convencer que é boa mãe e que não está desamparando seus filhos apesar de ter sido desamparada pelos pais deles. Conta por exemplo que dorme com os dois filhos na mesma cama, que não está trabalhando (vive das pensões alimentícias) e quer saber se o que P está vivendo faz parte de alguma fase e vai passar.

Procuro na medida do possível ser empática a ela, reconhecendo suas dificuldades e sofrimento. Ela me diz que sofreu um breve episódio de depressão pós- parto quando P nasceu. Digo que seria importante para ela buscar terapia também, para ajudá-la a passar por este momento. Pergunto se P terminou o desenho e ele afirma que sim. Pergunto se ele pode me dar e ele consente. Antes de finalizar, digo para ela procurar tirar suas dúvidas com os médicos sobre o que está acontecendo com P e pedir encaminhamento terapêutico para ambos, pois não me parece uma questão apenas medicamentosa. Dito isso nos despedimos.

Esta foi minha primeira entrevista. Ao fazer a narrativa posteriormente, percebo que conversei muito pouco com P e não perguntei sobre o desenho dele. Embora a criança estivesse na sala, ouvindo a história de sua queixa, eu estava assustada e inexperiente e deixei a entrevista conjunta como ferramenta passar despercebida.

Fico pensando um tempo no encontro que tivemos ao tomar notas para posterior escrita e com a questão muito forte de que a repetição dramática na vida desta mulher, de ter tido filhos cujos pais não acolheram tem uma força de rejeição para ela. No entanto, fico com a sensação depois desta conversa de que ela parece não se dar conta de que investiu em relacionamentos passageiros. Ela relatou os encontros amorosos de forma tão idealizada que era como se o teste de realidade falhasse a ponto dela realmente acreditar que tinha encontrado o homem de sua vida nas duas vezes. Quando a relação acaba, ela parece não compreender, demonstra estranheza e culpa o parceiro. Existe uma falta de limites, de contornos para o real que provavelmente afligem o menino. Neste sentido, é na escola, lugar de regras, autoridade, rotina, que ele parece se acalmar e se comportar de forma mais tranquila. Na casa que mora atualmente, existe outras duas crianças e dois adultos, um irmão caçula e uma mãe frágil. Onde estaria seu lugar nesta configuração? A quem ele chama com

seus desafios e comportamentos de oposição? A quem ele busca mobilizar com sua ansiedade?

Alguns meses depois, acessei o prontuário de P para obter dados de acompanhamento do caso. Na entrevista psiquiátrica, segundo prontuário, ele estava irritado, puxando a roupa da mãe, parecendo compreender o assunto tratado. Mordia a mão da mãe e chorava. Quando a médica ofereceu um lápis para ele desenhar, ele se acalmou. Foi dito à mãe pelos médicos que seu comportamento atinge diretamente o filho, que reflete toda inquietude e insatisfação que ela demonstra e que ele não possui nenhum transtorno mental. Necessita antes, de proteção, para não ser exposto a situações de violência e falta de segurança. A criança precisa de demonstração de afeto e psicoterapia. A mãe também foi encaminhada pela equipe médica a acompanhamento com assistente social e terapeuta.

É interessante notar que a angústia de P é com o ócio, com o não fazer nada. De certa forma, parece que não fazendo nada alguma coisa ruim pode acontecer. Diante do relato da mãe sobre a história de sua vida, seus sintomas e o rompimento brusco que ela julga ter sido o início de sua mudança de comportamento, P fica ansioso e fisicamente incomodado a ponto de morder, puxar, choramingar. Ao ser dado alguma tarefa (lápis para desenhar), ele se organiza novamente, concentra-se numa ocupação e passa produzir alguma coisa capaz de acalmá-lo.

Na supervisão sobre este caso, foi-me apontado algumas questões interessantes. Por não encontrar um objetivo condizente capaz de permitir a elaboração de sua angústia, ela está sendo atuada por intermédio do comportamento agitado e agressivo, de forma que a atuação substituiu a simbolização de P. A mãe, por sua vez, não consegue absorver a intensidade dessa demanda e busca ajuda, ocasião em que demonstra não conseguir olhar e acolher a dor de P, pois isso denunciaria seu próprio sofrimento.

Eu fico tão impactada com o sofrimento da mãe (afinal, era minha primeira entrevista), que contratransferencialmente, reproduzo o mesmo modelo: escuto mais a mãe do que P, o que fica evidente quando eu pego o desenho e pergunto se posso ficar com ele, mas não converso sobre o mesmo.

4.1.1. Interpretação

A história de P suscita algumas questões que gostaríamos de analisar, iniciando pela questão da contratransferência que causa em mim um sentimento de raiva pela demonstração da impotência da mãe diante do sofrimento do filho. Uma “mãe insegura para manter seu

bebê com vida e um bebê que não consegue introjetar um objeto carregado de angústia” (MÉLEGA, 2017, p.19)

Por identificação projetiva, a mãe faz que eu sinta o que ela sente, mas não dá conta: a raiva de ser abandonada e o desprezo por ter sido deixada sozinha para desempenhar a tarefa de criar duas crianças sem ter se tornado madura o suficiente.

Além disso, há a questão da família da mãe de P, que tem uma repetição dramática a respeito das mulheres que se vêm solitárias a partir do nascimento dos filhos, tendo como marca feminina o abandono causado pelos homens com os quais se relacionaram ao mesmo tempo em que precisam dar conta de uma gravidez e de uma nova vida que surge. Neste caso, a mãe ainda enfrentou um quadro de depressão pós-parto enquanto se via abandonada pelo companheiro e responsável por um recém-nascido. Na vida da mãe de P, este ponto se relaciona com a possibilidade de continência deste novo ser quando nem mesmo ela estava se vendo amparada ou acolhida em seu exercício materno. A vivência da monoparentalidade feminina é vivida como abandono e sobrecarga emocional.

Para a Psicanálise, o conceito de continente foi trabalhado por Bion (1962) e refere-se à “capacidade da mãe de conter as necessidades, angústias e demandas do bebê” (ZIMERMAN, 2001), sendo depositária e também tradutora daquilo que acomete o mundo infantil, mas que a criança não sabe simbolizar, não consegue colocar em palavras para organizar seu universo de representações. Como se a mãe pudesse ser este escudo que filtra os estímulos e protege a criança do excesso traumático que o exterior determina.

No caso de P e sua mãe, qual seria o vínculo existente?

A mãe passara por uma conturbada gestação na medida em que se viu solitária para atravessar esta fase. Na entrevista, ela havia me dito que sua mãe também fora mãe solteira e ela mesma não havia conhecido seu pai. Era como uma repetição reservada às mulheres de sua família (o mesmo havia ocorrido com sua irmã).

Zimerman (2001) aponta que as principais características da depressão pós-parto são a tristeza, a falta de motivação e não ter prazer em relação a tudo que se refere ao bebê, já que a mãe deprimida não quer se ocupar do filho. “Ela não interage com a criança e se reporta a ela de forma mecânica, sem externar prazer ou alegria pelo nascimento do filho. Algumas mães chegam a negligenciar seus bebês.” (p.100) As causas para isso podem ir desde as dificuldades externas como problemas financeiros, falta de apoio familiar, casamento em crise, gravidez indesejada até as psicológicas. No caso da mãe de P todos estes fatores estiveram relacionados. Ainda segundo o autor, diante do acontecimento do nascimento do bebê, a mãe pode ter reativado

o receio inconsciente de que vá se reproduzir o mesmo tipo de relação conflituada que ela teve com sua mãe, ou seja, há uma dupla identificação: a mãe adulta fica identificada introjetivamente com sua sofrida mãe do passado e, ao mesmo tempo, sua parte criança, que imagina ser ávida e cruel, se identifica projetivamente com seu bebê. (ZIMERMAN, 2001,101)

Neste sentido, seus sentimentos em relação à maternidade demonstraram a percepção da solidão em gerir e criar um filho sem ajuda paterna. O sonho de ser mãe acompanha a menina desde suas primeiras brincadeiras de infância, em que ela deseja (ou não) ser mãe de suas bonecas e almeja um dia ter filho real que seja seu. Este sonho certamente passa pela própria relação da menina com sua mãe, sendo, portanto algo que atravessa o sujeito de forma “transgeracional” (BION, CORTIÑAS).

Segundo Zimerman (2007), a capacidade da mãe em acolher as identificações projetivas de seu filho com amor, prestar atenção nele e ajudá-lo a tornar compreensíveis suas emoções e sentimentos foi entendido por Bion (1962) como *rêverie*. Este conceito se refere à condição na qual a mãe se encontra em estado de sonho, sendo capaz de captar o que se passa com seu filho através da intuição, um estado de grande afloramento sensorial. É uma capacidade de ligação inconsciente, que torna a mãe capaz de “traduzir” aquilo que a criança necessita, independente destes conteúdos serem bons ou maus.

Para Bion, o que precipuamente caracteriza o *rêverie* é a retomada de uma unidade funcional com a mãe, unidade esta que vai além de um plano simplesmente físico e fisiológico. Ou seja: não basta o leite materno concreto, mas sim, a forma de como ele é dado, tendo em vista que o leite concreto não impede uma sensação da presença de um seio mau, ausente ou perdido. (ZIMERMAN, 2007, 367-368)

Lisondo (2010) aponta que esta proteção funciona como uma placenta, pois filtra a realidade feia e assustadora e auxilia a criança a equilibrar o real, pois a mãe que contém a criança também a ensina a conter a si mesma posteriormente. A continência está nesta

(...) sensibilidade da mãe na determinação das modulações espontâneas de seu comportamento em resposta às manifestações da vida emocional do bebê. Ela o nutre com experiências expressivas, que estabelecem uma ponte de união entre o mundo interno e o mundo externo. (LISONDO, 2010, p.68)

No caso de P, sua história gestacional é atravessada tanto pela impossibilidade da mãe em sonhar o sonho da gravidez quanto na privação e violência simbólica que ambos sofrem, desde a descoberta desta, passando pelo nascimento e culminando de certa forma na cena

traumática em que P presencia a mãe apanhando de um homem, que não é seu pai, mas que ocupava até então este lugar na dinâmica da família.

Segundo Casanova (2009)

A violência na infância se inscreve no quadro de complexas relações da criança com o seu ambiente, o destino da violência se enlaça na qualidade do encontro intersubjetivo, nos laços emocionais estabelecidos com os adultos próximos, na solidez do assentamento narcísico primário e nos processos de identificação. (p.343-344)

Desta forma, ao qualificar a situação em que a mãe apanha de traumática, busco justamente analisar que esta irrupção que acarreta a mudança de comportamento de P significa muito mais do que o relato é capaz de suscitar. Esta cena provavelmente sintetiza uma série de angústias até então inominadas, vividas tanto por P como pela mãe, de forma consciente e inconsciente. Como se a agressão física pudesse explicitar o quão agredidos internamente eles já estavam, por abandonos e inadequações e também pelo roubo do *rêverie* diante de um real traumático.

Casanova (2009) aponta que, ao longo da infância, a agressividade não é só negativa. Ela desempenha um papel defensivo e de auto conservação; pode ser considerada uma extensão do amor próprio, é uma defesa do indivíduo contra aquilo que é percebido como ameaça à integridade do eu; também volta a ser utilizada em outros momentos para checar, pôr a prova, verificar a consistência do ambiente e em particular dos pais e adultos em geral. Estariam os comportamentos opostos de P buscando verificar se havia um outro disponível para conter sua angústia? Estaria P, a partir de sua agressividade, pedindo socorro para a mãe com o intuito de que ela pudesse conter suas angústias? De certa forma, penso que a pulsão agressiva não tendo destino voltou-se contra ele próprio e naquele momento estava o fazendo adoecer. Isso porque a mãe, depositária de sua angústia e agressividade, também não tinha condições de lhe oferecer *rêverie*, capacidade tradutora e de continência a seus impulsos destrutivos. A mesma autora reflete que

A mente materna, em estado de *rêverie*, cumpre então uma verdadeira função de alfabetização, uma função de transformação da violência fundamental em estados emocionais toleráveis, que podem então ser reintrojados pelo bebê. (CASANOVA, 2009, p.348)

Deste modo, a estabilidade psíquica da criança fica comprometida quando a mãe não é capaz de oferecer *rêverie*, a criança se apresenta aterrorizada frente ao desconhecido. P, diante da falta de *rêverie* se viu perdido, imerso num real violento e desmantelado, um ambiente

hostil e angustiante, que não estava sendo possível de ser simbolizado por ele. Os objetos bons introjetados por P não estavam sendo suficientes para enfrentar os maus, o desprazer e a frustração, pois para Casanova (2009), “o importante é que o bom tenha sido experimentado e que esteja suficientemente presente para que possa ser reencontrado”(p.350). Infelizmente, naquele momento, P não estava conseguindo realizar este processo.

Tendo reencontrado o bom, P não sucumbiria ao desespero. No entanto, como aponta Casanova (2009), quando por alguma razão este processo de internalização de objetos bons encontra-se prejudicada, a emoção rapidamente manifesta-se em atos agressivos; o fantasma torna-se realidade.

A criança se torna cada vez mais irrequieta, a ponto de desafiar incessantemente o mundo dos adultos e da autoridade. Aparentemente, age assim por atrevimento e prepotência, mas, num plano mais profundo, ela na realidade busca desesperadamente receber um limite, uma repreensão, uma regra. Tem necessidade de ouvir que lhe digam “você não deve fazer isso” (RISÉ, 2007, p.22). E procura de qualquer jeito satisfazer sua necessidade de uma Lei.

Outro ponto que me chama atenção é a questão da escola, que no caso de P exerce a função continente, pois é neste ambiente de regras e limites que seu comportamento é tranquilo e calmo, sendo relatado pela mãe, a diferença existente entre sua forma de agir em sua casa e na escola. Diante da falta da capacidade simbólica e da falha de auto continência, P se desorganiza, mas parece se acalmar e ter seu comportamento agressivo apaziguado em ambiente escolar, junto de seus iguais e de limites para suas próprias fantasias de destruição.

Para Casanova (2009), são o amor e a compreensão do ambiente os fornecedores de um mundo estável em que as forças destrutivas e perigosas dentro da criança poderão se confrontar com a resistência e serão controladas pelas tendências boas e satisfatórias.

Penso que a função pedagógica da *rêverie* materna em conter e reparar a violência pulsional de P, e também ensiná-lo a fazer isso por si próprio no decorrer de seu desenvolvimento estava sendo realizada pelo ambiente escolar. E se houve, da parte de P, uma adesão subjetiva a isso, talvez sim, num futuro próximo ele seja capaz de resgatar estes objetos bons que lhe servirão de escudo para conter tanto a violência do adulto, quanto sua própria agressividade.

Quanto ao desenho de P, surge a pergunta feita por Mélega (2017): “Como será que surgiu na imaginação da criança este trabalho?” E também uma primeira hipótese apresentada por ela, que, se o desenho não foi apenas uma defesa utilizada pela criança para se defender de algum contato, então deve ser entendido como uma manifestação de sua fantasia, de sua experiência emocional na situação transferencial.

A mim pareceu que foi a forma que P encontrou para lidar com a ansiedade em estar sendo atendido por psiquiatra e também por mim, psicóloga. A mãe angustiada e insegura que buscava respostas também clamava por um nome. O nome da doença, o nome do que acontecia com P. Ele, sem dar conta de nomear, principiou pela primeira letra do seu próprio nome, diversas vezes, em diversos tons.

4.2. O mundo solitário de E

Chamo para sala um casal aparentemente na casa dos sessenta anos, acompanhado de uma criança do sexo masculino, muito pálido, que balbuciava, andava com o corpo meio torto e dificuldade nas pernas. Entramos na sala e fui procurar saber o que acontecia. Assim, entrego para E o material que tenho: lápis de cor, papel sulfite e massa de modelar. Ele tira os lápis da caixa e espalha pelo chão, senta-se e fica mexendo neles no chão. Ele balbucia e grita. Mesmo assim, continuo e pergunto para a mulher o que os levou até lá e assim ela começa a falar. A mulher, de aproximadamente 60 anos de idade parece não se importar com o comportamento de E. Eu percebo que ela age como se estivesse acostumada com este comportamento. Parece ser a forma de comunicação da criança. Eu apenas observo e não falo nada.

Ela é a avó de E, 5 anos, diagnosticado com autismo desde os 2 anos pela Apae de uma outra cidade. Conta-me que ele esteve medicado algum tempo e atualmente a família busca medicação e atendimento para ele, pois ele frequenta a escola regular e lá tem uma cuidadora. Ele usa fraldas, não fala e frequenta a Apae ainda nos dias de hoje. Ela conta que ela tem o registro legal dele assim como o homem que a acompanha, que foi seu companheiro, mas que hoje estão separados. No entanto, ela faz questão de dizer que para os cuidados com E eles sempre estão juntos, e que ele trata E como filho. Diz que cuida de E desde os 3 dias de vida dele. Eu começo a achar tudo muito confuso, tenho certa dificuldade de compreender o que ela tenta me contar, pois ela fala rápido e sinto que a falta de cronologia na sua fala não me permite entender os dados da história de vida da criança. Então, peço para que ela me ajude, começando a contar a história da mãe de E.

Ela me conta que a mãe de E sofreu abusos físicos do pai biológico dele durante a gestação, apanhou e foi abandonada por ele que não assumiu nada em relação ao bebê. Isso parece ter deixado a mãe de E extremamente desgostosa, pois ela passou a não querer mais a gravidez. A avó então me conta que ela fazia coisas para perder o bebê como pular de barriga na piscina, bater na própria barriga. Mesmo assim, o bebê nasceu e a avó ajudou a cuidar.

Durante a dieta, esta mãe engravidou do mesmo homem que voltou a procurá-la depois do nascimento de E, mas ele morreu de infarto fulminante antes do bebê nascer, que era uma menina. Esta menina a mãe manteve para si e com o passar do tempo, encontrou outro companheiro e ficou com ele e a filha. A avó conta com naturalidade que a mãe ficou com a menina e rejeitou o menino. Chama minha atenção este fato, penso que existe alguma dificuldade específica em permanecer com seu filho homem e talvez por isso tenha o rejeitado com muita força. Tento ser empática ao que ela me conta, mesmo com dificuldade de entender. O homem que a acompanha pouco fala, só concorda e balança a cabeça afirmativamente.

Eu pergunto sobre sua história, como foi para ela ter que cuidar do neto desde os 3 dias de vida. Ela relata que teve cinco filhos, “casou-se” (porque não foi legalmente, só se uniu fisicamente aos homens) muito cedo porque vinha de um lar conflituoso em que o pai batia na mãe. Então teve dois filhos do primeiro homem e se separou por abusos físicos. Teve mais 3 filhos de homens diferentes e relata que sempre acabou os relacionamentos porque apanhava de todos eles. Diz que não cuidou de nenhum de seus filhos, a mãe dela cuidava para que ela pudesse trabalhar. Ela se emociona. A sua filha caçula (mãe de E) foi entregue à justiça com dois anos de idade. Eu pergunto como assim foi dada pra justiça?

Ela diz que quando se separou do último companheiro já não tinha mais condições de ficar com nenhum filho e foi no fórum e disse que precisava dá-los para adoção. E assim o fez. Passados vinte anos deste episódio, a caçula (mãe de E) a reencontra. Ela estava grávida e deixa E para ela cuidar. Ela cuida com felicidade porque sente que nunca pôde cuidar de seus filhos e sempre quis ter um bebê. Neste momento, muito rapidamente vem na minha cabeça a questão de uma possível vingança (ou reparação) desta mãe, mas também a necessidade desta avó de ter um bebê para se redimir e até que ponto ela infantiliza E não permitindo que ele cresça, mas ao contrário, desejando ter um bebê eterno.

Olho para ele no chão mexendo os lápis, não me parece nem uma brincadeira ainda. Ele faz algo anterior ao brincar- me parece - e penso que ela conseguiu um bebê mesmo. Ele tem 5 anos e usa fraldas, não fala, necessita cuidados maternos. Encerramos a entrevista, eu falo com E, mas ele não reage. Ajudo a pegar os lápis do chão e percebo que estão mordidos. Eles se despedem.

Algum tempo depois, pesquiso no prontuário de E os dados de acompanhamento que ficam no ambulatório. Descubro que ele é natural de MG, está medicado e enfrenta problemas com o excesso de sono, que muitas vezes, o fazem perder a hora de ir para a Apae. Também está descrito que ele não fala, somente emite “grunhidos desorganizados”, só brinca sozinho,

fica agitado com aglomerações de pessoas, não faz contato visual. Existe a possibilidade de ter existido o uso de drogas durante sua gestação. E é aposentado e o sustento da casa vem dele, sendo que sua avó recebe bolsa família e bolsa cidadã. O diagnóstico de autismo infantil é mantido.

4.2.1. Intepretação

O cenário familiar de E se insere no das famílias vulneráveis, chefiadas por mulheres e que vivem das políticas públicas da assistência social. Ele, aos 5 anos, já é aposentado e nesta condição, sua renda sustenta a família (ele e a avó).

A violência estrutural se faz presente na vida de E mesmo antes dele nascer. O uso abusivo de drogas durante a gestação, a rejeição paterna, o abandono materno, e até mesmo o diagnóstico precoce de autismo marcam a vida de E profundamente.

A palavra violência tem como raiz *vis* (força em latim), ou seja, ela é uma força arrebatadora que estremece o ambiente interno e externo. Nas palavras de Casanova (2009)

A violência na infância se inscreve no quadro de complexas relações da criança com o seu ambiente, que o destino da violência se enlaça na qualidade e do encontro intersubjetivo, nos laços emocionais estabelecidos com os adultos próximos, na solidez do assentamento narcísico primário e nos processos de identificação. (p.343-344)

As falhas estruturais do ambiente são traumáticas, pois rompem a continuidade do ser e são vividas por E como ameaça de aniquilamento (WINNICOTT, 1975). Assim, quando o ambiente falha, causa a perda da espontaneidade e a doença psicótica aparece como defesa relacionada a agonias impensáveis. Seria possível pensarmos neste diagnóstico de autismo a partir desse abandono real vivido por E?

Alvarez (1994) analisa que o déficit em crianças autistas e psicóticas que sofreram privações é cognitivo e emocional e que no caso do autismo, existe a recusa em conceber certas possibilidades, não porque a criança nasceu sem as necessárias condições, mas porque estas condições não foram estimuladas e realizadas pelo ambiente.

Muitas vezes, o autismo pode começar com alguma disfunção neurológica, mas sua subsequente forma particular de déficit psicológico (...) deve levar em consideração as relações objetais e o estágio de desenvolvimento das relações objetais e a capacidade da criança para comunicação emocional. (ALVAREZ, 1994, p. 195)

Quais as condições que E teve para se desenvolver? Mesmo acolhido pela avó, o que a vida anterior a este fato causou a ele?

A autora pontua que existe uma relação inicial mãe-bebê. Tanto um bebê com uma disfunção neurológica e uma aproximação fraca nascido de uma mãe já deprimida quanto um bebê com dano severo que sobrecarregará uma mãe sadia podem ser apontados como formas deste bebê relutar e desistir de chamar a atenção da mãe com devastadoras consequências para seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Penso que isso que é ponderado pela autora faz todo sentido quando me lembro da solidão daquele menino sentado no chão mexendo nos lápis. Pra mim, aquilo não era nem brincar. Seria este quadro autístico esta desistência em chamar por um outro que não vem?

Mélega (2017) observou que os objetos autísticos não são acompanhados por fantasias, sua manipulação não configura o brincar. Eles se limitam à sensação de contato, numa tentativa de prevenir estados emocionais de aniquilamento. A sensação que tive no diálogo com a avó é de que ela se esforçava em fazer um bom trabalho para manter E limpo, cuidado e na escola. Mas o universo emocional parecia desalinhado.

Alvarez (1994) afirma que nesses casos, o que acontece é que cada um dos parceiros desta relação foram ficando cada vez mais insensíveis aos menores sinais do outro, foram se distanciando emocionalmente, o que causa, no decorrer do tempo graves prejuízos para o desenvolvimento emocional e para a inteligência. Foi esta a ideia que tive da avó, uma máquina de alimentar e trocar, mas não necessariamente alguém afetiva com capacidade de holding. Limitava-se a figura da mãe cuidadora.

No caso de E, penso que é necessário ponderar questões anteriores à primeira infância, ou seja, sua gestação e nascimento. Winnicott nos revela a importância do ambiente para o amadurecimento pessoal e para pensar nas questões relativas ao nascimento, ele lança mão dos estudos de Greenacre (1945) para afirmar que o efeito geral do nascimento seria o de organizar e converter o narcisismo do feto. Nascer estimula o cérebro em determinada medida, promovendo seu desenvolvimento para que este possa começar a assumir o controle sobre o corpo. O autor afirma também que esta experiência contribui para organizar os padrões de ansiedade, implementando a defesa do recém-nascido, marcando-o de forma única e singular. Estas marcas devem ser capazes de se sobrepor à ansiedade geneticamente determinada e aos padrões libidinais do bebê. No entanto, Winnicott ressalva que algumas experiências de nascimento podem ser extremamente traumáticas.

Acredita-se, geralmente, que nos estados psicóticos são rememorados justamente os elementos que, nos estados mais normais ficam fora do alcance da consciência. (WINNICOTT, 2000, p.258)

O autor relaciona as experiências do nascimento que fogem aos limites considerados toleráveis, aos traumas de nascimento, e são imensamente significativas pois marcam o bebê de forma irreversível. Não que ele estabeleça uma relação direta entre o trauma do nascimento e a patologia da vida adulta, mas certamente existe uma relação advinda de um ambiente não facilitador. Para ele, “o bebê perturbado por uma imposição que o faz reagir é empurrado para fora do estado de ser.” (WINNICOTT, 2000, p.267).

O relato da avó sobre a gestação tumultuada da filha e o conseqüente abandono ao nascer são exemplos de que no caso de E, o nascimento foi mais que uma experiência. Foi uma experiência traumática e uma recusa para o estabelecimento da relação mãe-bebê. Neste sentido, nos embasamos em Winnicott mais uma vez para pensar que

Independentemente de chamarmos o autismo de esquizofrenia da infância inicial ou não, devemos esperar resistência à ideia de uma etiologia que aponta para os processos inatos do desenvolvimento emocional do indivíduo no meio ambiente dado. (...) haverá aqueles que preferem encontrar uma causa física, genética, bioquímica ou endócrina, tanto para o autismo como para a esquizofrenia (...). Ideia de uma perturbação na delicada interação dos fatores individuais e ambientais, conforme eles operam nos primeiríssimos estágios do crescimento e desenvolvimento humano. (WINNICOTT, 1997, p.194)

Para o autor, o impulso mais forte no indivíduo é sua busca por sobrevivência, pela decifração da enigmática questão sobre a vida valer a pena ser vivida. Então, para ele, os distúrbios mentais são conciliações entre a imaturidade do indivíduo e as reações ambientais reais, que no caso de E foram retaliadoras de suas necessidades de continência. O ambiente falhou em fornecer as provisões básicas para ele.

Araújo (2003) aponta que a falta ambiental faz surgir uma agonia imensa, impensável, contra a qual o bebê precisa se organizar defensivamente. “No autismo, essa defesa é a invulnerabilidade, que o protege de reviver a agonia.” (p.48)

Podemos pensar que a mãe de E também se encontrava em situação de imenso desamparo, pois diante do abandono e da solidão ao se descobrir grávida, ela cometeu uma série de atentados contra si e seu bebê, talvez numa tentativa de buscar uma solução possível para seu caso. Ambos, mãe e bebê, estavam ligados pelo desamparo.

Araújo (2003) aponta que neste confronto de desamparos, a vivência da mãe aparece de forma remissiva, e ela se conecta ao tempo em que ela também foi bebê. E a mãe de E foi

um bebê abandonado. Se a vivência da mãe como bebê não foi satisfatória em termos de cuidados maternos, qual base servirá de apoio para que ela se veja capaz de cuidar? A insegurança diante da incapacidade de empreender a tarefa da maternagem não permite à mãe regredir a um estado de dependência ambiental (afinal, neste caso não havia), característica da preocupação materna primária.

Winnicott (1982) chama de capa protetora o suporte afetivo que circunda a mãe e a capacita a exercer os cuidados com o filho e a sonhar o sonho da maternidade. O fracasso nessa capa protetora impede a maternagem suficientemente boa. O autor salienta que a possibilidade da mãe se tornar o ambiente favorável para o bebê não é algo exclusivo dela. Ao contrário, está relacionada ao ambiente, à figura paterna, à realidade externa que irá permitir à mulher de forma segura e razoável tornar-se mãe. A mãe de E teve seus vínculos rompidos. Voltou a recorrer à própria mãe biológica, no entanto não para permanecer com ela, mas para dar a ela o filho rejeitado.

Neste sentido, o vínculo que se formou entre a mãe e E pode ter contribuído para a formação de seu autismo. Nos vários casos de autismo observados por Winnicott, os sentimentos de incerteza, solidão e insegurança no ambiente próximo à mãe eram pontos em comum.

Dias (1998) elencou o que poderia fazer surgir o autismo e a defesa da invulnerabilidade e destacou: o ódio inconsciente da mãe pelo bebê, incapacidade de envolvimento total com o bebê mesmo que por um período de tempo e loucura materna que irrompe na vida do bebê. O ódio materno é especialmente destrutivo, pois existem defesas que a mãe utiliza para lidar com ele. No entanto, ele não é o causador do autismo. A autora analisa que o ódio impede que as condições facilitadoras para o amadurecimento da criança aconteçam, pois ele promove estranheza e a quebra na continuidade do ser. Na vida de E, a forma que a mãe encontrou para lidar com seu próprio ódio diante da presença daquele bebê foi abandoná-lo.

Dolto (1989) é enfática ao escrever que se a criança

passou bem pela difícil prova do nascimento, prova que pode deixar algumas crianças psicóticas, deixando-lhes um núcleo que se descobrirá apenas mais tarde, que ética se desenvolve nela? A das pulsões orais, canibais. (p.59-60)

Levar tudo à boca, não ser capaz de falar articuladamente, emitir sons como grunhidos de um bebê recém-nascido, brincar de forma estereotipada, ou nem brincar. Seriam esses exemplos do que Dolto (1989) se referia? Todos estes pontos eram observados em E.

A autora aponta que quadros graves (e aqui tomo a liberdade de incluir este) instalam-se antes mesmo das fases oral e anal. Estão na etiologia da relação dos pais com os próprios pais, de forma complexa. Para ela, em crianças que sofreram traumatismos muito precoces, o significativo avó não representa apenas uma pessoa real. Para alguns, pode representar a “parte que, em mim, engendrou o amor atual que tenho por minha mãe” (DOLTO, 1994, p.64). É uma tentativa de responder à pergunta “como antes eu amava minha mãe ou meu pai”? A avó é um tipo de amor arcaico, primitivo. Representa o amor que a criança que chegou à fase anal tinha pela própria mãe quando era feto. A avó é a mãe da mãe, e por outro lado, representa o ancestral da sua relação com a mãe.

No entanto, penso que a presença da avó como única cuidadora escancara a realidade de que a mãe não está, como se a avó enquanto mãe substituta fosse um fantasma que encarnasse o abandono, a rejeição. Talvez a confusão que eu senti no discurso da avó, contratransferencialmente, remeta à esta confusão de papéis que ela exerce na própria vida e na vida de E. Aliás, são tantos desencontros que a invulnerabilidade daquele menino, sentado no chão sem se comunicar, para mim significava tanto a necessidade que ele tinha de explicação, da presença do outro, que penso que ele nem soube por onde começar. E “preferiu” se fechar em seu universo solitário onde não poderia ser atingido novamente.

4.3. As marcas de S

Recebo uma senhora e uma menina para a entrevista. A senhora é a avó de S, 7 anos, menina negra, bonita e sorridente. Ela fala com dificuldade, é provável que tenha um quadro de retardo de alguma ordem. Entrego para S o material e ela imediatamente mistura todas as cores de massinha num bolo só. Confesso que levo um susto, mas ela continua a apertar todas as massinhas. Eu deixo e inicio a conversa com a avó.

Esta me parece agressiva, na realidade ela é grossa e ríspida. Diz que procura auxílio para S desde que ela tinha 3 anos de idade. Penso que ela deve estar exausta de fazer isso. Também me conta que S frequenta a Apae e que ela veio porque precisa de uma tomografia para saber o que S tem na cabeça porque só conversa e remédio não resolve. Diz que S já tomou ritalina e que não fez bem. Agora toma somente uma “vitamina” para o cérebro. Relata que a mãe de S quando criança também fez uma tomografia e apresentou “manchas” no cérebro, portanto deve ser igual com S já que ela é a primeira filha. Ressalta que ela tem dois

irmãos mais novos sem nenhum problema. Confesso ter me sentido intimidada com a frase “conversa não leva a nada”, mas inevitavelmente preciso perguntar sobre a mãe de S, e é o que eu faço.

A avó me conta que a mãe de S perdeu sua guarda por usar drogas e cometer delitos, sendo que já esteve presa. É enfática ao dizer que S não gosta da mãe, somente do pai, que em algumas ocasiões a visita na casa da avó. Olho para a menina e ela não reage a esta informação. Brinca com as massinhas e logo começa a desenhar. Ela é uma criança estereotipada, repete o final das palavras que ouve, fala com dificuldade (parece ter a língua presa). Eu pergunto para a avó o que ela sabe do uso de drogas da mãe de S. Ela relata que houve o uso de drogas nas três gestações que ela teve, mas somente S nasceu com problemas, os outros dois filhos são “normais”.

A avó parece inquieta, penso que ela realmente quer passar logo pelo psiquiatra para pedir a tomografia e ver o que se passa com S. Não sinto mais que haverá qualquer colaboração. Então eu pergunto para S o que ela desenhou. Ela aponta para si mesma. Eu entendo que ela desenhou a si mesma, mas quando olho para o desenho não consigo discriminar nenhuma coisa, nem objetos, nem paisagens, nem nada. Para mim, foram apenas alguns rabiscos. Mas para ela, interessantemente, era sua imagem. Será que ela entendeu que era diferente dos demais, de tanto que a avó falava disso? Pergunto se posso ficar com o desenho e ela aceita. Despedimo-nos. Fico com a ideia de uma criança afetuosa e até feliz, na medida do possível. Ela sorri espontaneamente, em detrimento da irritação e desapontamento da avó.

Tempos depois, lendo o prontuário de S, obtenho algumas informações: ela mora com a avó, juntamente com seus dois irmãos de 4 e 3 anos, cuja guarda legal a avó também possui. Está relatado que a criança foi vítima de negligência durante os primeiros meses de sua vida, pois sua mãe havia se envolvido com um traficante e estava fazendo uso de crack. Por este motivo, a avó pegou a guarda dela com 1 ano e 3 meses. O prontuário aponta que sua maior dificuldade é a fala e prejuízo no desenvolvimento escolar. Tem boa relação com os irmãos. Não convive com o pai, exceto em raros momentos em que ele a visita.

4.3.1. Intepretação

Assim como a criança anterior, S também passou por violência gestacional, uso de drogas e rejeição seguida de abandono por parte da mãe. Também é cuidada pela avó e possui graves dificuldades de comunicação, déficit cognitivo, comprometimentos emocionais e

vulnerabilidade social. O que gostaria de discutir aqui, para além de todas estas questões, é a crença da avó sobre S possuir “manchas” no cérebro, assim como a mãe dela possui. Neste sentido, ambas apresentam problemas, e a justificativa biológica torna-se o ponto de explicação para mãe e filha. Além disso, as manchas constituem também a herança transgeracional desta família.

Silva (2003) aponta que a transmissão transgeracional é o material psíquico inconsciente que atravessa gerações sem ter sido transformado ou simbolizado. Ele causa lacunas e vazios e impede a integração psíquica.

Uma herança transgeracional é constituída de elementos brutos, transmitidos tal qual, marcados por vivências traumáticas, não ditos, lutos não elaborados. (SILVA, 2003, p.30)

A autora analisa estes fenômenos que são transmitidos de geração em geração como identificações mórbidas, que são aquelas patológicas em si e capazes de adoecer o outro, pois carregam elementos de repetição trágica familiar.

Freud (1914) afirmava que a transmissão psíquica envolve questões do sujeito com sua herança, sendo ela psíquica, social, religiosa e cultural, de forma que, o que se transmite ao outro é um traço inconsciente comum. Em 1914, o autor explicita que os fundamentos narcísicos da transmissão entre gerações se baseia no apoio mútuo entre o narcisismo da criança e o parental. Ele enfatiza que os investimentos que são colocados na criança “podem dar lugar e sentido aos projetos não realizados dos pais, marcando as condições do nascimento psíquico desse filho.” (SILVA, 2003, p.21)

No discurso da avó, a convicção de que as “manchas” no cérebro são as causadoras dos problemas de S e sua mãe, funcionam como um tipo de identificação intrusiva, da qual S fica “impedida de fundar uma estrutura psíquica própria e restaurar sua capacidade egóica para uma percepção real dos objetos e transformar suas relações objetais.” (SILVA, 2003, p.28). A crença é de que ela possui retardo mental devido às manchas, então, o que se pode esperar dela? É um tipo de história transferida por processos inconscientes do tipo intrusivo.

Além disso, Silva (2003) pensa que nos casos dos transtornos emocionais graves, os objetos externos intrusivos parasitaram o *self*, matando a possibilidade de o indivíduo sobreviver psiquicamente ou mesmo impedindo que algum psiquismo possa nascer.

Esses pacientes funcionavam como hospedeiros de uma história inconsciente de outras gerações que não lhes pertencia, apresentando um corpo sem um si mesmo, ausente de si, confuso e enlouquecido. (SILVA, 2003, p.29)

Ela afirma que em situações precoces de patologia, muito frequentemente a criança fora um receptáculo de excessivas projeções, como um *self* sem berço. Não é possível colocar a situação emocional sob o domínio da criatividade, são crianças que não podem sonhar ou brincar.

S desenhou um rabisco para se referir a si mesma, não pôde mostrar que é capaz de brincar. Aliás, a diferenciação das cores das massinhas também não chamou sua atenção, sendo seu primeiro impulso o de misturar todas formando um bolo cinza, indiferenciado. Ao mesmo tempo, ela era tão sorridente e receptiva que fiquei me perguntando se nela habitava de fato algum problema ou patologia. Ou se estava diante de uma criança cuja repetição dramática se fez em sua vida de forma tão ampla e profunda que retirou sua própria forma, sua autoimagem. Pergunto-me, quem roubou seu brincar?

4.4. K e o medo do colapso

K tem sete anos e chega acompanhado por uma senhora, que é sua avó. Seu olhar é muito desesperado, inquieto. Ele respira de forma ofegante, como se alguma coisa o estivesse oprimido. Os dois se sentam e eu ofereço o material a K. Ele pega e começa a rabiscar algo no papel. Então pergunto para a avó o motivo de estarem ali.

Ela relata que ele estava internado na emergência psiquiátrica do ambulatório porque tentou enforcar a si próprio e também porque sofre de epilepsia. Eu estranho profundamente que um menino de sete anos, magro e frágil como aquele que estava na minha frente tenha tentado se enforcar, não consigo nem imaginar a cena. Fico realmente confusa e peço para que ela me explique isso.

A avó então relata que ele é agitado e agressivo desde a idade de quatro anos. E tem os ataques de epilepsia. Então ele grita, fica nervoso e, neste dia da tentativa de suicídio, ela entrou no quarto e ele estava com um cinto ao redor do pescoço puxando-o. Ela ficou nervosa e ligou para o SAMU que o levou para a internação psiquiátrica. Penso na figura do adulto não continente às angústias da criança. Até esta ocasião ele não tomava medicação. Pergunto o que estava acontecendo na vida dele neste momento em que ele tentou se enforcar. Ela diz que na escola, os colegas de sala o acusaram de roubo porque havia sumido alguma coisa de alguém. Ele ficou nervoso, agitado, agrediu um colega de sala e quando chegou em casa foi que pegou o cinto, gritando e dizendo que queria morrer. Depois da internação, ele está usando medicação. A avó diz que ele tentou de novo se matar. Eu pergunto como ele faz isso.

Ela relata que ele tenta fugir dela quando estão na rua, já tentou se jogar na frente da ambulância quando estavam saindo do ambulatório, tentou pular da escadaria da igreja, ficou embaixo de uma empilhadeira e tentou se jogar na frente dos carros também. Eu sinto uma angústia porque imagino que ele sinta que não merece viver, por isso precisa se machucar e, por ser criança e não dominar métodos para ceifar a própria vida, ele acaba tentando causar danos para seu corpo. Ele está rabiscando alguma coisa no papel e seu olhar ainda permanece desesperado.

Pergunto da família dele, se moram apenas os dois. Ela me diz que a mãe de K o agredia fisicamente por isso que ela ficou com a guarda legal, sendo ele ainda bebê. Sobre o pai não me diz nada. Busco investigar quando estes comportamentos “suicidas” começaram. A avó conta que ele tem mudanças de humor, não vai bem na escola, é rebelde e diz ver um vulto preto que fala com ele mandando ele se matar. Esse vulto que manda ele se jogar dos lugares e fazer este tipo de coisa de colocar a vida em risco. Provavelmente uma alucinação auditiva e visual, pois ela diz que ele também relata ver este vulto preto de um homem. O discurso de K é desconexo, não compreendo bem, ele só concorda que esse vulto que ele vê, o manda fazer estas coisas. A avó continua seu relato e menciona que essas visões e comportamentos pioraram há um ano, depois que seu melhor amigo na escola faleceu. K sentiu muito esta morte e seu quadro emocional piorou bastante. No momento da entrevista ele estava medicado, frequentando o psiquiatra e diagnosticado com “outros transtornos mistos” (F928), segundo verifiquei na sequência em seu prontuário.

A avó não quis comentar sobre a filha, não sei se porque ele estava perto, mas não consigo nenhum dado sobre a gestação de K. Apenas fico sabendo das agressões físicas que ele sofria e que mora com a avó desde bebê, sendo que, aos 4 anos, seus comportamentos agressivos e agitados tiveram início. Sendo assim, encerramos a entrevista e ele me deixa um desenho. Assim como o olhar perdido de K, seu desenho também não me comunica muita coisa. Não consegui nenhum contato com ele.

4.4.1. Interpretação

Esta entrevista foi impactante e em determinado ponto traz um sentido desconcertado para a análise desta narrativa, porque é inevitável pensar no que leva uma criança tentar suicídio. Confesso que nunca havia ouvido ou visto nada assim. É um caso em que a ideia da infância como a melhor fase da vida desaparece completamente. Assim como Ana,

protagonista do filme “*Cria Cuervos*”, aqui também a infância parece ser um “longo e interminável período triste, cheio de medo”.

A primeira coisa que me ocorre é a agonia impensável pela qual passa esta criança e que aparece mesmo ali, na sala onde realizamos nossa entrevista. A respiração ofegante, os olhos perdidos, a sensação de opressão que ele transmitia me pareceram defesas contra algo intolerável. Fico com a ideia de que ele não pode existir, não merece viver, precisa infligir danos a si mesmo, a seu corpo.

A avó conta que ele é epilético e que foi internado por tentar se enforcar com um cinto. Depois deste fato, continua dizendo que quer morrer. Relata que vê um vulto e ouve uma voz que manda ele se jogar dos lugares altos e correr por entre os carros na tentativa de concretizar sua morte.

Ferenczi (1984) trabalhou com quadros de epilepsia. Ele relata que na sintomatologia da mesma se expressa o desencadeamento de uma tendência à autodestruição que inibe a vontade de viver. O autor analisa casos em que a crise epilética era seguida de experiências desagradáveis que davam ao paciente a impressão de que não valia a pena viver. Além disso, ele pensa no ataque epilético como manifestação da pulsão de morte, pois neste há uma força dos impulsos para desatarem-se.

Em adultos, ele percebeu que elementos infantis e da história de vida se fazem presentes. Geralmente, quando são hóspedes não queridos em suas famílias, as crianças captam os signos conscientes e inconscientes de aversão ou impaciência da mãe e que a vontade dela de viver foi destroçada. Por motivos fúteis, a criança já seria capaz de manifestar a vontade de morrer, pois os traços de caráter assimilaram o pessimismo e a desconfiança.

No caso de K, a tentativa de enforcamento com o cinto se deu após ele ser acusado de roubo pelos colegas da classe, embora esse fato fosse mentira. A atribuição de malignidade direcionada a ele causou uma reação desastrosa.

Ferenczi (1984) pontua que em crianças mal amadas, a pulsão de morte se torna soberana. Ele afirma que estas crianças se perguntam: por que me trouxe ao mundo se não ia me acolher amorosamente? E nestas condições, crianças acolhidas com frieza e sem carinho morrem facilmente pela própria vontade.

Pensamos, seguindo Winnicott, que as pulsões de vida e os instintos de sobrevivência são a coisa mais importante. Mas a contribuição ferencziana aponta para ambientes e famílias que impossibilitam o mínimo acolhimento e, deste modo, permitem que os impulsos de destruição despertem prontamente. Este autor compreende que as crianças são diferentes dos adultos por estarem mais perto do estágio da não diferenciação. Para elas, o não ser é mais

fácil. A força vital que resiste às dificuldades da vida não é muito forte no momento do nascimento. Aqueles que perdem precocemente o gosto pela vida aparecem como seres carentes da capacidade de adaptação.

Para Faria (2007), os riscos de suicídio estão ligados à vulnerabilidade. O impulso destrutivo, quando aparece na infância, possui relação com um processo de amadurecimento que foi detido, aparecendo aí os gestos destrutivos ao invés do gesto espontâneo. Este último é aquele que marca o verdadeiro self, o impulso pessoal e é “tarefa da mãe-ambiente acolher e alimentar a onipotência do bebê contida em tal gesto.” (p. 25)

A mãe de K o agredia fisicamente, quando ele era ainda bebê, motivo pelo qual perdeu sua guarda legal. O que ele vivenciou foi uma intrusão do ambiente aversivo, não facilitador.

Faria (2007) aponta que quando existe a intrusão do ambiente, a criança jamais poderá criar o mundo, ou ter um futuro como indivíduo. O bebê permanece vivo, mas submetido às pressões ambientais. Assim, para não ser aniquilado, ele permanece isolado do mundo externo, enquanto o falso self impera. No entanto, isso é perigoso, pois o verdadeiro self está impedido de viver.

Quando as condições para a emergência do verdadeiro si mesmo não ocorrem, podem se organizar novas defesas contra a sua expoliação e, se houver dúvida, o resultado poderá ser o suicídio. (FARIA, 2007, p.26)

Para a autora, o suicídio seria o último gesto espontâneo para evitar o aniquilamento do si mesmo e dar fim ao self patológico. Sob a perspectiva winnicottiana, o que existe é uma busca para não cair no vazio, não perder a continuidade do ser e a tentativa de encontrar um sentido para existir.

Em K, foi isso que pôde ser percebido: a presença de um falso si mesmo patológico, uma depressão psicótica, a destrutividade não integrada, a falta de um ambiente sustentador para esta destrutividade e a ausência de condições que pudessem facilitar a reparação.

Por fim, o medo do colapso se relaciona, segundo Winnicott (1963), com experiências passadas e falhas ambientais. O colapso é o fracasso de uma organização de defesa. O autor o descreve como um “impensável estado de coisas subjacentes à organização defensiva.” (p.71) Neste sentido, a enfermidade psicótica é a defesa contra uma agonia primitiva. “O medo do colapso é o medo de um colapso que já foi experienciado, ele é um medo da agonia original”. (WINNICOTT, 1963, p.72)

Penso que a agressão vinda da mãe quando K era ainda bebê, em algum nível, pode tê-lo feito sentir que não merecia a vida e, por isso, busca causar agressões a si mesmo. Como se

ele tivesse internalizado a mãe como um objeto mau. Será que as vozes e vulto que ele vê e ouve se relacionam com um objeto mau persecutório que ele alucina e projeta?

Winnicott (1988) pensa que os elementos persecutórios são intoleráveis para a criança, por isso são projetados, percebidos a partir do mundo externo.

O fenômeno interno mau que não pode ser controlado, contornado o excluído transforma-se num empecilho. Ele se transforma num perseguidor interno e é sentido pela criança como uma ameaça que vem do interior. (p.101)

Este caso é sem dúvida complexo, além de muito triste. A percepção que tenho dele, encontrei-a em Ferenczi (1984), quando o autor postula que é necessário introduzir ternura nessas crianças, numa tentativa de inaugurar pulsões de vida positivas.

Ternura, amor, carinho, diálogo: noções esquecidas ou pensadas *a posteriori*, num universo de violência em que a cura rápida é buscada a partir da medicação e, em muitos casos, mais nada.

5. DISCUSSÃO OU O QUE OUVIMOS DAS VOZES

Meu tema é o escrever imaginativo e como lê-lo: primeiro, como um escritor desenvolve uma voz própria e uma presença na página, a seguir, como o leitor aprende a escutar essa voz e reagir a ela, e, finalmente, como a verdadeira voz e a personalidade pública às vezes entram em choque, se confundem e se contradizem.

(Al Alvarez)

O desenho da pesquisa aponta para um grupo específico de crianças, que é aquele que procura o serviço público, pois na maioria dos casos, dependem das políticas oferecidas pelo governo para serem capazes de ter acesso a serviços como o de saúde mental infantil. Não foi nossa intenção investigar qual a renda destas famílias, no entanto chama a atenção que 70% delas dependem de auxílios para viver, demonstrando baixa renda e falta de acesso financeiro. Outro ponto importante é que também 70% das crianças são cuidadas apenas pelas mães ou avós, denotando a fragilidade e mesmo a ruptura de vínculos, sendo a monoparentalidade a forma constitutiva destas famílias.

O exercício narrativo aqui proposto configura-se como a base na qual esta tese se sustenta, qual seja a de que a criança, melhor do que ninguém é capaz de expressar seu sofrimento de alguma forma. No entanto, essa expressão não se dá de forma articulada e coerente, como se poderia esperar do adulto, que de posse da palavra tenta entoar algumas queixas sobre si mesmo, mesmo que advenham de sintomas e enigmas desconhecidos.

Realizar o objetivo de adentrar o universo infantil a partir da reflexão teórica sobre a queixa que leva a criança e sua família a procurar atendimento no ambulatório de saúde mental, revela-se um esforço para relacionar o tempo histórico, ao qual pertencemos enquanto sociedade, à particularidade do mundo interno, que, atravessado pelo saber inconsciente, funciona de forma singular para cada um de nós.

Logo, a primeira grande tarefa foi buscar na escrita, a forma mais plausível de comunicar a experiência das entrevistas e recontar, a partir também da minha vivência, a história que me foi contada. Muito felizmente, o método psicanalítico por si só é ferramenta fundamental para esta empreitada, uma vez que Freud é reconhecidamente pela área da literatura, um escritor de narrativas que desempenha sua função com maestria. O próprio psicanalista, em seu trabalho “Estudos sobre a histeria”, assim escreveu:

Ainda me surpreende, por ser estranho, o fato de que os casos sobre histeria que escrevi possam ser lidos como contos, e que, como bem podem dizer, falte neles a marca da seriedade da ciência. Devo me consolar com a reflexão de que a natureza do assunto evidentemente é responsável por isso, mais do que qualquer preferência minha. O fato é que as reações ao diagnóstico local e ao prognóstico elétrico não levaram a lugar algum no estudo da histeria, enquanto uma descrição detalhada dos processos mentais, como estamos acostumados a encontrar nas obras de escritores imaginativos, me permite obter, usando algumas fórmulas psicológicas, pelo menos algum tipo de percepção sobre o curso desta enfermidade. (FREUD, 1895/2016, p.373)

O que penso que o autor defende é a primazia do objeto, ou seja, nada deve falar mais do que o objeto de nossa investigação. É a partir dele que articulamos teorias, criamos conhecimentos e comunicamos nossas ideias.

Sobre a comunicação e a escrita, Alvarez (2006) defende a opinião de que o objeto do paciente e do analista é a escuta. A escuta da verdadeira voz do sujeito, escondida entre tantas não autênticas vozes. O objetivo é encontrar essa voz e agarrar-se a ela, com firmeza e comprometimento. Para o autor, foi esse o trabalho desenvolvido por Freud. O paciente contava sua história, sob seu ponto de vista e o analista retribuía, “usando suas interpretações para dar a história um novo formato e um novo significado”. O trabalho de Freud “tem mais a ver com o de um romancista do que com o de um pesquisador, criando forma e significado a partir do caos do inconsciente”. (ALVAREZ, 2006, p.20)

O cenário aqui delineado advém da história de quatro crianças entrevistadas por mim, com a finalidade de ouvir a queixa que as levava a buscar atendimento em saúde mental. Alguns pontos de intersecção se fizeram presentes como invariantes destas histórias e eles têm relação com falhas ambientais. Podemos pensar isso em duas direções: de um lado temos um ambiente não facilitador, agressivo, em que há ausência do pai e da mãe, em que as crianças foram violentadas, agredidas, sofreram maus-tratos e privações. Isso denota uma ordem de invasão ambiental na vida destas crianças, que pode deixar marcas mais severas ou não, dependendo da estrutura de cada um. Nos casos mais graves, provavelmente as marcas são mais profundas. Por outro lado, existe outra condição, de crianças que não sofreram este tipo de agressão tão imponente, mas que não encontram objetos bons no mundo externo capazes de ajudar a elaborar suas angústias. Isso aparece em algumas medidas, como transtornos de hiperatividade e comportamento. São dificuldades de elaboração destas angústias que se manifestam nestes sintomas denotando elementos simbólicos muito precários. Este cenário acarreta dificuldades de simbolização e representação das experiências emocionais com maior ou menor intensidade.

Como exemplos do primeiro universo estão as narrativas de E, S e K. Em E, encontramos aspectos estruturais que advêm de falhas no desenvolvimento, uma junção de transtornos severos acrescidos do ambiente incapaz de acolher estes problemas, o que torna mais acentuada a situação. Ele possui histórico de violência e abandono materno e paterno, sendo criado pela avó.

Em S, existe o mesmo tipo de abandono. Ela sofre com atraso no desenvolvimento e um contexto familiar que não dá conta deste nível de desorganização, além de ser criada por uma avó que pensa em sua condição como algo herdado geneticamente, portanto imutável.

Em K, falta o limite concreto, a continência dos adultos. Criado pela avó, ele está inundado de violência, invisibilidade e abandono. Seu desespero corrobora a ideia das falhas ambientais que o deixam à mercê de si mesmo, de sua pulsão de morte.

Já no segundo cenário encontram-se as demais crianças entrevistadas, sendo a narrativa de P, símbolo destas questões de acolhimento. Assim como as outras crianças entrevistadas, mas cujas narrativas não constam aqui, P apresenta bom nível de desenvolvimento e está numa fase em que necessita aprender como dar conta das angústias advindas de fatores de instabilidade em sua vida. No entanto, falta o adulto continente, ele não encontra figuras capazes de receber estas angústias, pois o adulto está absorvido por si e tem como incômodo a situação do sofrimento da criança, uma vez que ele reflete sua própria angústia.

Nestas histórias de vida estão presentes mulheres que foram abandonadas pelos parceiros e precisaram escolher entre o relacionamento e a gestação. A mãe de P foi capaz de levar a termo sua gestação, mesmo com todas as dificuldades possíveis. Ela desenvolveu uma depressão pós-parto, mas permaneceu na função materna de seu filho. Ainda que angustiada e com muitas limitações, ela cria o filho e se ocupa em pedir ajuda para seu sofrimento, que aparece no comportamento de P como agressividade e inquietação. Já as outras três crianças não tiveram o mesmo destino: foram gestadas a partir da violência, tanto do pai quanto da mãe. Algumas sofreram tentativas de aborto e acabaram abandonadas pelos progenitores, sendo cuidadas pelas avós. A ausência paterna e materna ocorreu num período muito primevo de seu desenvolvimento, marcando-as a partir de graves doenças mentais, como autismo, retardo mental e ataques epiléticos. As famílias monoparentais formadas desta forma, ainda precisam lidar com as dificuldades socioeconômicas, o que as tornam também famílias vulneráveis, sustentadas por custeio governamental e carentes de informação e auxílio.

Ainda neste universo da chefia feminina monoparental, destaca-se a repetição dramática familiar, ou mais propriamente, a herança transgeracional como sinal do outro no

psiquismo destas crianças, algo como uma neurose de destino, que faz com que os membros da família compartilhem do mesmo futuro, de forma imutável.

Em P, as mulheres são abandonadas por seus parceiros assim que engravidam, o que as leva a vários encontros amorosos e a gestações de filhos de pais diferentes. Isso reforça a ideia, para elas, de que não foram destinadas à formação de uma família e de que o papel da mulher é este submisso e sobrecarregado ao mesmo tempo, tendo que arcar sozinha com o fim dos relacionamentos, o abandono e a gestação solitária. Em E, ocorre o abandono dos filhos pelas mães, pois a mãe de E que havia sido abandonada na infância, “abandona” também seu filho, deixando para a mãe cuidar. Existe um bloqueio à maternagem, uma impossibilidade de permanecer narcisicamente com sua cria. Em S, as manchas no cérebro servem como explicação para o desvio de comportamentos e doenças mentais. Elas aparecem como algo que se passa de mãe para filha, como um contágio que leva ao adoecimento, mas que é encarado como natural, como irreversível. Em K, a pulsão de morte impera como símbolo da ligação com a mãe. Foi o banho de linguagem possível e é nele que esta criança encontra-se preso.

A ausência paterna é a tônica da maioria das famílias. As crianças desconhecem o pai como alguém que sequer existiu. Em muitos casos, ele é alguém não mencionado, e mesmo quando se pergunta sobre ele, o assunto é evitado. O pai, representante da lei e dos limites, figura que simboliza aquilo que se quer ser simplesmente não existe. Para a criança, ele é um mistério. Para as avós ou mães, ele é alvo de raiva e desprezo, porque é alguém que abandonou, que pressionou violentamente a parceira para que ela desse fim à gestação, que se desresponsabiliza pela vida do filho e pela mulher com quem mantinha alguma relação. Penso que os pais desta amostra refletem um pensamento machista ainda em voga na nossa sociedade, aquele de que é a mulher a responsável pelo filho e cabe a ela somente a decisão de ter ou não um bebê. Muito frequentemente, a mulher acaba culpabilizada por não ter se prevenido e a gravidez é vista como um ataque ao homem, algo que a mulher faz para prendê-lo, chamar sua atenção, obrigá-lo a alguma coisa.

De certa forma, todas estas questões refletem e são refletidas pelo ambiente não facilitador no qual vivem estas crianças. O ambiente como este espaço que fica na intersecção entre o mundo externo e interno é violento no desenvolvimento das crianças. Suas falhas deixam a criança à mercê de si mesma, de sua pulsão de morte.

Penso que neste cenário, a contribuição que meu pensamento pode oferecer é refletir sobre as questões do ambiente, naquilo que tange ao encontro destes mundos: o interno e o externo. Busco fazer isso a partir de Winnicott, por compreender que este teórico, ao

introduzir a problemática inter psíquica na Psicanálise, permite que esta também seja utilizada para além dos limites do consultório, na forma de uma clínica ampliada e extramuros. O método psicanalítico em contexto institucional pode ser utilizado desde que se preocupe com as questões que estão para além da superfície e preze por seus pilares que são a associação livre e a escuta analiticamente orientada. Além disso, é fundamental ressaltar a figura de um psicólogo-pesquisador não neutro, que está ligado a seu paciente-pesquisado por laços transferenciais e contra transferenciais.

Serralha (2007) aponta que para Winnicott são duas as características essenciais que o ambiente necessita conter para que seja satisfatório: a adaptabilidade (processo dinâmico do ambiente que deve se adaptar, desadaptar e readaptar as necessidades da criança) e qualidade humana (empatia e dedicação que extrapolam o simples cuidado biológico). Para o autor, as falhas ambientais tornam-se traumáticas, pois a criança ainda não possui aparatos suficientes para lidar com estas. E é neste ponto que se insere nossa discussão, uma vez que o ambiente apresentado por estas crianças é violento, falho e opressor. O ambiente, quando acumula uma série de lacunas e não realiza a função de contenção da agressividade, torna-se potencialmente causador de traumas.

Para Winnicott (1984), “amor e ódio constituem os dois principais elementos a partir dos quais se constroem as relações humanas” (p.89). Sendo assim, são impulsos inerentes do bebê, originários e pensados pelo autor em termos de uma “unidade primária”. Portanto, amor e ódio constituem um impulso combinado amor-conflito. Cabe ao ambiente, que no início da vida, na fase da dependência absoluta é representado pela mãe, a contenção e a função de *rêverie* para que a angústia seja traduzida e suportada pelo bebê. A mãe, no ato de amar o bebê de modo que ele compreenda (cuidados físicos que são também psicológicos), permite a ele viver a solidão essencial, fornece alimento adequado, aceita seu exercício de onipotência e, principalmente, propicia um senso de continuidade de cuidados e de continuidade do ser.

Não quero afirmar que o ambiente destas crianças é completamente falho. Sem dúvida, podemos pensar que o próprio ato de buscar ajuda no ambulatório de saúde mental já significa uma tentativa de contenção e compreensão ao sofrimento da criança, demonstrado pelo adulto. O que penso é que o histórico de violência delas é de fato marcante. Para algumas, o nascimento já se mostrou traumatizante. Neste sentido, a violência internalizada se conecta a agressividade e ao ódio, inerente ao humano e aparece na forma de sofrimento psíquico. Assim,

Quando as forças cruéis ou destrutivas ameaçam dominar as forças de amor, o indivíduo tem de fazer alguma coisa para salvar-se, e uma das coisas que ele faz é pôr para fora o seu íntimo, dramatizar exteriormente o mundo interior, representar ele próprio o papel destrutivo e provocar seu controle por uma autoridade externa. (WINNICOTT, 1984, p.93-94)

Esta foi a ideia que tive da história de P. Ressalta-se nela a ausência do pai, representante dos limites, a fragilidade da mãe, que busca realizar sua função materna a duras penas e a agressividade sendo sua queixa. Mais ainda, o fato de que esta não aparece na escola, lugar em que regras e normas imperam e onde a autoridade externa tem a função de controlar de fora suas fantasias de destruição.

Nos outros casos, mais graves e cuja marca traumática se refere à vida anterior ao nascimento, podemos pensar nesta agressividade que ficou internalizada (não projetada), voltada para o si mesmo da criança, como impeditivo, inibidor de seu crescimento e desenvolvimento. O domínio das fantasias de autodestruição quebraram a continuidade do ser, causando prejuízo a estas crianças em sua vida atual e também adulta.

Neste sentido, vale a pena ressaltar que quando Winnicott se refere a um ambiente suficientemente bom ele não está mencionando um ambiente perfeito, em que não há falhas, em que a mãe esteja sempre acompanhada de seu marido e seja capaz de entrar na preocupação materna primária. O autor se refere a um ambiente que seja capaz de conter a angústia da criança e possibilitar sua continuidade de ser. Não podemos afirmar que, para todos os quatro casos, este ambiente existiu. Também necessitamos ponderar que a situação traumática, ocorrida em tempos iniciais do desenvolvimento pode comprometer a vida da criança por completo. O autor aponta que “se a destruição for excessiva e incontrolável, muito pouca reparação é possível e nada podemos fazer para ajudar”. (WINNICOTT, 1984, p.94)

Isso porque ele pensa que o ódio e a frustração do ambiente são sentidos em maior ou menor grau, dependendo do montante de tensão que existe na fantasia inconsciente. Infelizmente, quando pensamos na criança cuja gestação foi violenta, ameaçada de aborto, abandonada ao nascer, precisamos contar muito mais com o auxílio do ambiente externo do que em casos em que isso não acontece. Winnicott defende a ideia de que é necessário existir esperança para que a vida instintiva possa estar ativa, para que o indivíduo possa converter para o bem, na vida real, o dano que era causado na fantasia. Mas ele precisa de amor e ternura. Como pensa Ferenczi (1984), as pulsões de vida precisam ser inauguradas para que estas crianças possam desejar entrar em contato com o enigma: “será que a vida vale a pena ser vivida?”. Grande problema é que esta não é tarefa que se realiza só. É necessário que o outro venha em auxílio. A ajuda das avós, como percebida por mim, me pareceu uma

preocupação com o cuidado e a manutenção da vida. Um tipo de responsabilidade em fazer o que fosse necessário para que as crianças continuassem alimentadas, limpas e estudando. Não havia ali condições para muito além disso.

E, S e K foram crianças “depositadas” na vida das avós devido à rejeição e abandono que sofreram dos progenitores. Qual a possibilidade de *rêverie* quando a vida de uma criança é compulsoriamente destinada a alguém? Esta situação por si só já configuraria um ambiente frágil para recebê-las.

Isso nos leva a um último ponto: a capacidade que tem o sistema de saúde para abrigar, auxiliar e representar um ambiente acolhedor para este público, crianças abandonadas, de baixa renda, cuidada por avós e com histórico de violência.

Da forma como observei, o princípio de integralidade do SUS ainda está em fase de implantação. O ambulatório não conta com equipes multiprofissionais que possam atuar junto ao usuário de forma a ampliar a discussão sobre a necessidade específica de cada caso. Ao contrário, o que existe é um alto fluxo de procura por atendimento e uma escassez de recursos humanos para viabilizar o trabalho, uma vez que a cidade de Marília também atende a outros municípios vizinhos. A busca pelo diagnóstico por parte da psiquiatria atende a este princípio de escoamento: uma vez que se compreende a queixa do usuário, ele passa a ser atendido de acordo com sua CID ou patologia, segundo o DSM, em dias da semana pré-determinados. É uma forma que o serviço utiliza para atender o maior número de usuários.

Mais importante que conjecturar, de forma específica, este serviço e as crianças desta pesquisa, buscamos lançar um olhar sobre o sofrimento psíquico infantil na contemporaneidade. Neste momento, sofremos com rupturas de vínculos e descontinuidade quando a projetos de vida, de construção de família e de carreira. Este cenário apresentado serve de termômetro para pensarmos o cuidado e a escuta psicanalítica de forma ampliada, retirando do sujeito apenas a responsabilidade por seu adoecimento, mas encarando-o como ser social, cujo sofrimento advém também por questões macroestruturais. Existe um sofrimento psicossocial na infância contemporânea, que em parte decorre da dificuldade do adulto em compreender-se adulto, alguém capaz de consequenciar suas ações e responsabilidades na tão difícil tarefa de crescer.

Segundo Favilli (2008), as características de nossa época incluem a aceleração do tempo, o excesso de espaço e a figura do indivíduo autocentrado. Neste tempo, a infância perde sua especificidade de tempo lúdico, mágico, da pertinência à fantasia, do brincar. Muitas crianças desta pesquisa não brincaram, não desenharam, não suportaram o encontro

em algum nível. Não havia gesto espontâneo ao encontrar uma pessoa que se interessava por elas.

Como aponta Janin (1996), estamos diante de uma crise ética. Os adultos estão sobrecarregados, perderam sua rede de identificações, não podem contar uns com os outros e são considerados os únicos responsáveis por seu sucesso numa sociedade com altíssimo nível de exigência. Fica muito mais difícil representar sua própria existência. Isso leva ao sentimento de vazio e à incapacidade de pensar. Por conseguinte, atinge às crianças esta falta de continência, que ficam imersas em suas fantasias de destruição, sem que haja suficiente princípio de realidade e amor para contrapor isso.

A infância contemporânea necessita ser escutada mais que ouvida, amada mais que responsabilizada, cuidada mais que simplesmente parida. As crianças necessitam dos adultos pra traduzir-lhes o mundo. E o adulto precisa tomar posse de sua capacidade falante. Assim como um dia postulou Freud, “aquilo ao que não chegamos voando, chegaremos mancando”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trajeto, buscamos trabalhar a hipótese de que na atualidade, a forma com aparece o sofrimento psíquico infantil é atravessada por fatores sociais e econômicos, não se circunscrevendo apenas à vida intra psíquica ou à genética, como em alguns momentos se pensava sobre casos graves de patologias infantis. A criança precisa construir seu universo simbólico em um mundo em transformação, repleto de vínculos frágeis e transformações nas estruturas familiares. A relação entre infância, família e sociedade mudou. Os dados analisados mostram que a formação monoparental feminina e a figura paterna fragilizada são realidades em muitas famílias e constituem o universo simbólico da criança.

Não é nossa intenção, no entanto, um entendimento definitivo sobre o tema, ao contrário, buscou-se uma compreensão abrangente do que tange o sofrimento psíquico infantil, mas obviamente, respeitando nosso recorte e objetivo de pensar nas questões da infância a partir da escuta psicanalítica em ambulatório de saúde mental infantil. As entrevistas realizadas apontaram para a vulnerabilidade tanto familiar quanto do sistema de saúde ao qual eles se dirigiam. A prática medicamentosa e a psiquiatria tradicional como

único serviço disponível apontam também para uma infância medicada e adoecida, em que o roubo do universo lúdico se dá mediante à adaptação as regras de um contexto social doente.

Podemos pensar na infância contemporânea como um fenômeno que aponta para um tipo de sofrimento psicossocial, que nasce e se mantém quando os laços afetivos e as condições básicas de subsistência não existem. Vai além das famílias que não se mostram capazes de criar um ambiente suficientemente bom para que estas crianças possam se desenvolver. Afinal, estas famílias compõem o todo social e seu padecimento enquanto instituição indica como a sociedade contemporânea, principalmente a partir dos discursos de culpabilização do indivíduo, acaba incapacitando que o coletivo e a cultura se unam por laços fraternos.

Como escreveu Freud (1930/1980), o homem como ser da falta, desamparo e conflito necessita compreender sua condição frágil e ser visto/enxergado como a peça social mais importante. Deve ser o homem o construtor da cultura e não um ser apático dominado por formações sociais ultrajantes a si mesmo. Neste ponto, Freud não só é atual como revolucionário ao pensar que o mal estar gerado pela cultura necessita de uma justa medida. Trata-se de uma troca para obter segurança e chances de sobrevivência. O próprio autor pensou que, em tempos de crise, a Psicanálise deve se posicionar, tanto para abranger atendimentos a grupos e instituições quanto para barrar as moções violentas vindas de fora, a partir de seu amor pela verdade.

A base da vida como amor e necessidade (Eros e Ananké), responsável por criar um ambiente tolerável às trocas afetivas e sociais, mostrou-se carente a partir de nossa amostragem. As crianças enfrentam uma árdua tarefa rumo ao desenvolvimento e, a seu redor, são muitas falências acontecendo. A poupança psíquica investida de amor que deveria ser formada na infância, para estas crianças já foi utilizada, pois a vida delas acontece em meio a grandes crises.

Deparamos-nos com falhas ambientais constituintes da relação entre a criança e seu mundo (Winnicott), em que existe a falta da figura paterna, a rejeição materna e a figura da avó como único adulto responsável pelo cuidado e sustento. Muitas vezes, esta relação se resume aos cuidados físicos e da vida social. Mas é ausente enquanto figura continente e amorosa que libidiniza a criança e, com isso, a humaniza.

Que a nossa reflexão sirva para repensarmos o universo infantil com ternura e respeito, e repensar o universo adulto como carente de condições amorosas e imerso em tragédias. Que a capacidade de pensar o pensamento (Bion) possa ser um horizonte possível, tanto para adultos, quanto para crianças.

REFERÊNCIAS

- Abrão, J. (2001). **A história da psicanálise de crianças no Brasil**. São Paulo. Escuta.
- Abrão, J. L. F. (2012). **As vicissitudes da clínica psicanalítica com crianças no século XXI: delimitação de parâmetros técnicos no contexto brasileiro**. Tese de Livre-docência, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis.
- Abrão, J. Marfinati, A. (2014). **Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo**. Estilos da Clínica, São Paulo, vol 19, no. 2, 244-262.
- Aiello-Vaisberg, T, Machado, M.C. **Narrativa: o gesto do sonhador brincante**. In: Estados gerais de Psicanálise. Rio de Janeiro. Trabalhos do IV encontro latino americano dos estados gerais de psicanálise.
- Aiello-Vaisberg, T. (2011). **Desenvolvimento de capacidades e gestualidade espontânea**. Paidéia, Ribeirão Preto, vol. 21, no. 49,pgs. 257-262.
- Alberti, S. Elia, L. (2000). **Clínica e pesquisa em Psicanálise**. Editora Rios Ambiciosos.
- Alvarez, A. (1994). **Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas**. Trad. Maria Veronese. Porto Alegre. Artes Médicas Sul.
- Alvares, A. (2006). **A voz do escritor**. Trad. Luiz Antonio Aguiar. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Araújo, C.S. (2007). **Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott**. Tese de doutorado. PUC-SP. Orientador Zeljko Loparic. São Paulo.
- _____ (2003). **O ambiente em Winnicott**. Winnicott e-prints. Vol.4, no. 1, pgs. 35-49.
- _____ (2003). **Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe**. Estilos da clínica, vol.8, no. 14, pgs. 146-163.
- Àries, P.(1975). **História social da criança e da família**. Trad. Michel Winock. 3ª. Ed. Copyright, Rio de Janeiro.
- Aurélio. (1988). **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. JEMM editores Ltda, Rio de Janeiro.
- Badinter, E. (1985). **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Trad. Waltencir Dutra. 2.ed.Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- Batista, M.A. (2002). **O Método Psicanalítico e o objeto da psicanálise**. Fepal - XXIV Congresso Latinoamericano de Psicoanálisis - Montevideo, Uruguay “Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica” – Setiembre.
- Barone, L. M.(2004). **Narrativa e cura: a função terapêutica da palavra**. Cad. psicopedag.[online]. Vol.3, n.6, pp. 18-27. ISSN 1676-1049.

Benjamin, W. (1994). **Narrativa e cura**. *Jornal de Psicanálise* (São Paulo), 35(64/65):115-116.

Bergeret, J. (1983). **Compêndio de patologia psicológica**. São Paulo: Masson do Brasil.

Bernardino, L. (2015). O psicanalista e as psicopatologias da infância. IN: **Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência**. Michele Kamers, Rosa Mariotto e Rinaldo Vitolini (orgs). São Paulo, Escuta.

Bion, W.R.(1994). **Estudos psicanalíticos revisados**. Trad. Wellington Dantas. 3ª. Ed. Revisada. Rio de Janeiro. Imago editora.

_____ (1962). **Aprendendo com a Experiência**. Rio de Janeiro: Imago.

Brandão, A.R. (2011). *A postura do positivismo com relação às ciências humanas*. *Theoria – Revista eletrônica de filosofia*. Vol.3.no.6, p.80-105.

Buckingham, D. (2012). **Children and media: a cultural studies approach**. *Matrizes Year 5, no.2* São Paulo, Brasil,93-121, jan/june.

Calligaris, C. (2000). **Hello Brasil. Notas de um psicanalista europeu viajando ao Brasil**. 6ª. Ed. São Paulo, Escuta.

Casanova, M.T.(2009). **Angústias precoces, revêrie materna, destinos da violência**. *Interações*. No.13, pgs. 338-352.

Castro, L.(2002). **A infância e seus destinos no contemporâneo**. *Psicologia em revista*. Belo Horizonte. Vol.8, no.11, 47-58, jun.

Cecarelli, P. (2005). **O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental**. *Psicologia em estudo*, Maringá, vol. 10, n.3, 471-477.

Cirino, O. (2015). Genealogia da psiquiatria da infância. IN: **Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência**. Michele Kamers, Rosa Mariotto e Rinaldo Vitolini (orgs). São Paulo, Escuta.

Couto, M.C.et al. (2008). **A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30 (4), pgs. 390-398.

Cronemberger, I. Teixeira, S. (2006). **Famílias vulneráveis como expressão da questão social à luz da política da assistência social**. *Revista eletrônica Informe Econômico*. Ano 1, no.1, agosto, pgs.17-26.

Dalgalarrondo, P. (2008). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed, Porto Alegre, 2ª. Edição.

Damiani, C.C, Colossi, P.M. (2015). **A ausência física e afetiva do pai na percepção dos filhos adultos**. *Pensando em famílias*. 19 (2), pgs. 86-101, dez.

Dias, E. (1998). **A teoria das psicoses em D.W.Winnicott**. Tese de doutorado. Orientador Zelkjo Loparic. PUC-SP. São Paulo.

Díaz, D. (2010). **Morte da infância moderna ou construção da quimera infantil**. Ed. Real, Porto Alegre, v.35, 193-211, set/dez.

Dolto, F. (1994). **Tudo é linguagem**. Trad. Luciano Machado. São Paulo. Martins Fontes.

_____(1989). **Dialogando sobre crianças e adolescentes**. Trad. Maria Nurymar Brandão. Campinas, SP, Papyrus.

Donzelot, J. (1986). **A polícia das famílias**. Trad. MT da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal. 3ª. Ed.

Dunker, C. (2015). **Apresentação**. IN: Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência. Michele Kamers, Rosa Mariotto e Rinaldo Vitolini (orgs). São Paulo, Escuta.

_____(2008). **Metodologia de pesquisa e psicanálise**. In: Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. Rogério Lerner e Maria Cristina Kupfer (Orgs). São Paulo, Escuta.

Dutra, F.(2005). **A avaliação psicanalítica na pesquisa**. In: Colóquio pesquisa e clínica multidisciplinar com bebês, mimeo.

ECA. (1990) **Estatuto da criança e do adolescente**.

Faria, F. (2007). **A questão do suicídio na teoria de D.W.Winnicott**. Winnicott e-prints, vol 2, no. 1, série 2.

Favilli, M e cols. (2008). **A infância roubada: uma reflexão sobre a clínica contemporânea**. Psicanálise e cultura, São Paulo, vo. 31 (46), 33-37.

Ferenczi, S. (1984). **El niño mal recibido y su impulso de muerte**. In: Obras completas Psicoanálisis, tomo III. Trad. Alessandro Tofalini. Madrid Editora.

Fernandes, R.A et al.(2012). **O método psicanalítico como abordagem qualitativa: considerações preliminares**. X jornada apoiar - o laboratório de saúde mental e psicologia clínica social - 20 anos: o percurso e o futuro. Instituto de Psicologia da USP 306, anais da x jornada apoiar Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo & Tânia Maria José Aiello Vaisberg (Organizadoras), novembro.

Ferraza, D. Rocha, L. Rogone, H. (2010). **A prescrição banalizada de psicofármacos na infância**. Revista de psicologia da Unesp, vol 9, 36-44.

Ferreira, M. Aiello-Vaisberg, T. (2006). **O pai 'suficientemente bom': algumas considerações sobre o cuidado na psicanálise winnicottiana**. Mudanças Psicologia da saúde. 14 (2), pgs. 136-142, jul-dez.

Filloux, J. (2002). **Sobre o conceito de transferência no campo pedagógico**. Estilos da clínica. São Paulo, vol. VII, no.13 , p.42-77.

Foucault, M. (2006). **História da loucura na Idade Clássica**. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva.

Freud, S.(1919). **Linhas de progresso na terapia psicanalítica** . Obras Completas, Imago. Vol 17. 1981. p.209-210. (1981).

_____(1895). **Estudos sobre a histeria**. Obras completas, Vol.2. Trad. Paulo César de Sousa, 1ª. Edição. São Paulo, Companhia das letras, 2016.

Gauy, F. e Rocha, M. (2014). **Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para as psicopatologias na infância e adolescência**. Temas em Psicologia, vol.22, n.4, 783-793.

Guarido, R. (2007). **A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação**. Educação e pesquisa, São Paulo, v.33, no.1, 151-161, jan/abr.

Granato, T. et al. (2009). **O uso de narrativas na pesquisa psicanalítica do imaginário de estudantes universitários sobre o cuidado materno**. Mudanças Psicologia da saúde, 17 (1), pgs. 43-48, jan-jun.

Herrmann, F. (2001). **Andaimes do real: o método da psicanálise**. 3.ed. São Paulo, Casa do Psicólogo.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo 2015. Consultado em 28 de agosto de 2015.

Janin, B. (2015). **La infancia, la constitución de la subjetividad y la crisis ética**. Disponível em: <http://beatrizjanin.com.ar/la-infancia-la-constitucion-de-la-subjetividad-y-la-crisis-etica>. Acesso em 02/03/2017.

Jerusalinsky,A.(1998). **O sujeito infantil e a infância do sujeito**. Estilos da Clínica. São Paulo, vol.3, no.4, 146-159.

Jerusalinsky, J.(2002). **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Ágalma.

Kobori, E. (2013) **Algumas considerações sobre o termo Psicanálise Aplicada e o Método Psicanalítico na análise da Cultura**. Revista de Psicologia da UNESP 12(2).

Lajonquière, L. (2006). **A psicanálise e o debate sobre o desaparecimento da infância**. Educação e realidade, v ol.31, 89-106, jan/jun.

Laplanche, J. Pontalis, J.B. (1967). **Vocabulário de psicanálise (1967)**. Martins Fontes, São Paulo.

Leite, L e Galvão, I.(Orgs) (2000). **A educação de um selvagem. As experiências pedagógicas de Jean Itard**. Cortez Editora. São Paulo.

Lejarraga, A.L. (2008). **Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott**. Natureza humana. 10 (2), pgs. 115-148, jul-dez.

Lino da Silva, M.E.(org).(1993). **Investigação e psicanálise**. Campinas. Papyrus, 1993.

Lisondo, A. (2010). **Revêrie re-visitado**. Revista Brasileira de Psicanálise. Vol.44, no.4, pgs.67-84.

Marcelli, D. Cohen, D. (2009). **Infância e psicopatologia**. Trad. Fátima Murad. Porto Alegre. Artmed.

Mariotto, R. (2015). **Diagnóstico e tratamento de crianças em tempos de psicomedicalização**. IN: Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência. Michele Kamers, Rosa Mariotto e Rinaldo Vitolini (orgs). São Paulo, Escuta.

Mélega, M.P. (2017). **Psicanálise de crianças: relatos à luz das teorias de Klein, Bion, Meltzer**. Gaia Edizione Universitarie Romane.

Mello Neto, G.A.R. (1994). **O ardil da criança: o pensamento adulto sobre a criança sob um enfoque psicanalítico**. Maringá. Eduem.

Mezan. R. (1993) **Que significa pesquisa em Psicanálise?** In: Investigação e Psicanálise. Maria Emilia Lino da Silva (org).Campinas. Papirus.

Mezêncio, M.S. (2004) **Metodologia e pesquisa em Psicanálise: uma questão**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte. V.10, n.15. pgs.104-113. Jun.

Minerbo, M. (2009). **Neurose e não neurose**. Casa do Psicólogo, São Paulo, coleção clinica psicanalítica.

Moreira, M.I. et al. (2011). **A família contemporânea brasileira em contexto de fragilidade social e os novos direitos das crianças: desafios éticos**. Psicologia em revista.Belo Horizonte, vol.17, no.1, pgs. 161-180, abril.

Newman, A. (2003). **As ideias de D.W.Winnicott**. Trad. Davi Bogomoletz. Rio de Janeiro, Imago.

Nogueira, M.B. (2007). **A família: conceito e evolução histórica e sua importância**. Disponível em www.pesquisedireto.com. Acesso em 29/01/18.

Pereira, M. Laznik, M.C. (2008). **Discussão sobre a articulação entre psicanálise e pesquisa**. In: Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. Rogério Lerner e Maria Cristina Kupfer (Orgs). São Paulo, Escuta.

Pessoti, I. (1984). **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo, Ed.da Universidade de São Paulo.

PNAS. (2004). **Plano nacional da assistência social**.

Pontes, A. (2007). **A constituição da infância na sociedade midiática: notas para compreensão de outro universo infantil**. Revista estudo comum. Curitiba, vol.8, n.17,213-218, set/dez.

Postman, N.(1999) **O desaparecimento da infância**. Trad. Suzana Carvalho e José Laurenio de Melo. Rio de Janeiro, Graphia.

Prizskulnik, L. (1995). **A criança e a psicanálise: o “lugar” dos pais no atendimento infantil**. Psicologia Usp, São Paulo, v.6, n.2, p.95-102.

Prout, A. (2005) **The future of childhood**. Florence Production Ltd, Stoodleigh, Devon.

Quinet, A. (org) (2001). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Réa, S. (2018). **Palestra proferida para o núcleo de Psicanálise de Marília**. Mimeo.

Ribeiro, L. Tanaka, E. (2005). **Problemas de saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica**. São Paulo, Annablume.

Risé, C. (2007). **A inaceitável ausência do pai. Paternidade e seus desafios na sociedade atual**. Trad. Claudia Scheeren. Vargem Grande Paulista, SP. Editora Cidade Nova.

Rosa, M. D. e Domingues, E.(2010). **O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação**. *Psicologia & Sociedade*; 22 (1): 180-188.

Rosa, M. Lacet, C. (2012). **A criança na contemporaneidade: entre saber e gozo**. *Estilos da Clínica*. São Paulo, vol 17, no. 2, 359-372, jul/dez.

Rosa, C.D. (2017) **O pai em Winnicott**. In: E o pai? Uma abordagem winnicottiana. Coleção Psicanálise Winnicottiana. Simplíssimo livros Ltda.

Roudinesco, E. (2003) **A família em desordem**. Jorge Zahar editor, Rio de Janeiro.

Sarmento, M.(2004) **Crianças e miúdos: perspectivas sociopedagógicas da infância e educação**. Porto: Asa.

Scivoletto, S. (2010). **Emergências psiquiátricas na infância e adolescência**. *Revista brasileira de psiquiatria*. Vol.32. Supl. II.

Silva, D.Q. (2013). **A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico**. *Estudos de Psicanálise | Belo Horizonte-MG | n. 39 | p. 37–46 | Julho*.

Silva, M.C.P. (2003). **A herança psíquica na clínica psicanalítica**. São Paulo. Casa do psicólogo. Fapesp.

Sinibaldi, B. (2013). **Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis**. *Revista de Psicologia da Unesp*, vol.12. 61-72.

Soifer, R. (1982). **Psicodinamismo da família com criança: terapia familiar com técnica de jogo**. Petrópolis, RJ, Vozes.

Soler, V. Bernardino, cols. (2012). **A prática psicanalítica de Françoise Dolto a partir de seus casos clínicos**. *Estilos da clínica* , 206-227.

Souza, A. (1995). **Pensando a inibição intelectual**. Casa do psicólogo. São Paulo.

Tenório, F. e Rocha, E. (2006). A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. IN: **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Orgs. Sonia Alberti e Ana Figueiredo. Rio de Janeiro, Companhia de Freud.

Travaglia, A. (2014) **Psicanálise e saúde mental, uma visão crítica sobre a psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos**. Psicologia em Revista. São Paulo, vol 23, n. 1, 31-49.

Vorcaro, A. (2015). Paradoxos de uma psicopatologia psicanalítica de crianças. IN: **Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência**. Michele Kamers, Rosa Mariotto e Rinaldo Vitolini (orgs). São Paulo, Escuta.

Zaneti, S. Kupfer, M. (2008). **O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo**. In: Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. Rogério Lerner e Maria Cristina Kupfer (Orgs). São Paulo, Escuta.

Zanetti, S. Gomes, I. (2011) **A “fragilização das funções parentais” na família contemporânea: determinantes e conseqüências**. Temas em Psicologia, vol 19, no. 2, 491-502.

Zavaroni, D. Viana, T. Celes, LA (2007). **A constituição do infantil na obra de Freud**. Estudos de Psicologia, vol.12, 65-70.

Zimerman, D. (2001). **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre. Artmed.

_____ (2007). **Uma Ampliação da Aplicação, na Prática Psicanalítica, Uma Ampliação da Aplicação, na Prática Psicanalítica, da Noção de Continente, em Bion**. In: O mapa mundo psíquico. Interações, no. 13, pgs. 72-82.

Zornig, S.(2008) **As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões**. Psicologia em estudo. Maringá, v. 13, no. 1, 73-77, jan/mar.

Weissmann, L. (2013) **Famílias monoparentais: um olhar da teoria das configurações vinculares**. São Paulo. Casa do Psicólogo.

Winnicott, D.W. (1982). **A criança e seu mundo**. Trad. Álvaro Cabral. 6ª. Edição. LTC editora, Rio de Janeiro.

_____ (1999). **Tudo começa em casa**. Trad. Paulo Sandler. Martins Fontes. São Paulo.

_____ (1975). **A localização da experiência cultural**. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago.

_____ (2000). **Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro, Imago editora.

_____ (1963). **O medo do colapso**. Trad. Davy Bogomoletz. In: Explorações Psicanalíticas. Rio de Janeiro, Imago editora.

_____ (1964). **E o pai?** In: A criança e seu mundo, 6.ª edição. Rio de Janeiro: LTC. 1984.

_____ (1969). **Família e desenvolvimento individual**. São Paulo. Martins Fontes.

_____ (1988). **Natureza humana.** Trad. Davy Bogomoletz. In: Explorações Psicanalíticas. Rio de Janeiro, Imago editora.

_____ (1984). **Agressão e suas raízes.** In: Privação e delinquência. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo. Martins Fontes.

_____ (1983). **Teoria do relacionamento paterno-infantil.** In: O ambiente e seus processos de maturação. Porto Alegre, Artes Médicas.

_____ (1997). **Pensando sobre crianças.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

TERMO DE ASSENTIMENTO

Titulo: Infância contemporânea e as manifestações do sofrimento infantil a partir do trabalho em um ambulatório de saúde mental. Pesquisador: Karla Cristina Rocha Ribeiro

O objetivo deste projeto de pesquisa é compreender as manifestações do sofrimento psíquico presentes na infância atual a partir da escuta clínica neste ambulatório de saúde mental infantil. Para tanto, minha intenção é realizar uma entrevista conjunta com a criança e seu responsável, que buscam o serviço de saúde mental pela primeira vez. Esta entrevista tem um caráter de acolhimento, pois buscará tanto compreender a situação/panorama geral do caso como também prestar alguns esclarecimentos sobre o papel da psicologia como auxiliar do tratamento que já acontece no ambulatório.

Se algum risco estiver ligado a esta entrevista inicial (como a excessiva mobilização emocional), tanto a pesquisadora como os residentes do ambulatório estarão aptos a prestar acolhimento e esclarecimentos.

O decorrer do tratamento será realizado normalmente como já é de praxe do ambulatório, mas a pesquisadora se colocará disponível para acompanhar o tratamento terapêutico a partir da necessidade da criança. Este acompanhamento acontecerá ao mesmo tempo em que a criança será atendida pelo ambulatório, não havendo prejuízo e sim benefício quanto à terapêutica geral.

A participação dos responsáveis e da criança no processo de triagem com a pesquisadora, assim como seu sucessivo acompanhamento terapêutico será unicamente se houver concordância da criança e sua família, não acarretando em perda do atendimento no ambulatório de saúde mental. A recusa do atendimento psicológico não resultará em prejuízos para a criança, sua família ou o tratamento.

Todos os dados obtidos na entrevista inicial e durante as sessões de tratamento psicológico serão mantidos em sigilo e no decorrer da pesquisa, somente dados serão analisados, não havendo nenhuma menção a nomes ou pormenores da vida dos sujeitos.

Uma vez que esta pesquisa não acarretará gastos, também não haverá nenhum tipo de transação financeira ou reembolso de dinheiro posterior.

O colaborador ficará com uma cópia do termo de assentimento.

Rubrica do Participante Pesquisa	Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do Coordenador CEP
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------

Eu, _____ RG _____, responsável pelo menor: _____ RG: _____, concordo em participar da entrevista/triagem com a pesquisadora/ psicóloga Karla Cristina Rocha Ribeiro .

Marília, de de 2.00__

Assinatura do Participante

Principal

Assinatura e Carimbo do Pesquisador

Karla Cristina Rocha Ribeiro

(14) 99612 0279

RG- 25498214-1

karlafenix@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Titulo: **Infância contemporânea e as manifestações do sofrimento infantil a partir do trabalho em um ambulatório de saúde mental.** Pesquisador: Karla Cristina Rocha Ribeiro

O objetivo deste projeto de pesquisa é compreender as manifestações do sofrimento psíquico presentes na infância atual a partir da escuta clínica neste ambulatório de saúde mental infantil. Para tanto, minha intenção é realizar uma entrevista conjunta com a criança e seu responsável, que buscam o serviço de saúde mental pela primeira vez. Esta entrevista tem um caráter de acolhimento, pois buscará tanto compreender a situação/panorama geral do caso como também prestar alguns esclarecimentos sobre o papel da psicologia como auxiliar do tratamento que já acontece no ambulatório.

Se algum risco estiver ligado a esta entrevista inicial (como a excessiva mobilização emocional), tanto a pesquisadora como os residentes do ambulatório estarão aptos a prestar acolhimento e esclarecimentos.

O decorrer do tratamento será realizado normalmente como já é de praxe do ambulatório, mas a pesquisadora se colocará disponível para acompanhar o tratamento terapêutico a partir da necessidade da criança. Este acompanhamento acontecerá ao mesmo tempo em que a criança será atendida pelo ambulatório, não havendo prejuízo e sim benefício quanto à terapêutica geral.

A participação dos responsáveis e da criança no processo de triagem com a pesquisadora, assim como seu sucessivo acompanhamento terapêutico será unicamente se houver concordância da criança e sua família, não acarretando em perda do atendimento no ambulatório de saúde mental. A recusa do atendimento psicológico não resultará em prejuízos para a criança, sua família ou o tratamento.

Todos os dados obtidos na entrevista inicial e durante as sessões de tratamento psicológico serão mantidos em sigilo e no decorrer da pesquisa, somente dados serão analisados, não havendo nenhuma menção a nomes ou pormenores da vida dos sujeitos.

Uma vez que esta pesquisa não acarretará gastos, também não haverá nenhum tipo de transação financeira ou reembolso de dinheiro posterior.

O colaborador ficará com uma cópia do termo de assentimento.

Rubrica do Participante Pesquisa	Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do Coordenador CEP
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------

Eu, _____ RG _____, responsável pelo menor: _____
 RG: _____, fui devidamente esclarecido em relação ao projeto de pesquisa **Infância contemporânea e as manifestações do sofrimento infantil a partir do trabalho em um ambulatório de saúde mental** e concordo com sua participação

Marília, de de 2.00_

Assinatura do Participante

Principal

Assinatura e Carimbo do Pesquisador

Karla Cristina Rocha Ribeiro

ou responsável legal

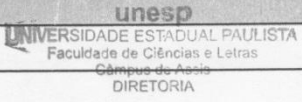
(14) 99612 0279
 RG- 25498214-1

karlafenix@yahoo.com.br



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Infância contemporânea e as manifestações da psicopatologia infantil a partir do trabalho em um ambulatório de saúde mental.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 100	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas, Grande Área 7. Ciências Humanas, PSICOLOGIA			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Karla Cristina Rocha Ribeiro			
6. CPF: 323.430.448-30		7. Endereço (Rua, n.º): rua bonfim 340 alto cafezal sobrado 01 MARILIA SAO PAULO 17502060	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (18) 3361-2784	10. Outro Telefone:
		11. Email: karlafenix@yahoo.com.br	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>05 / 03 / 2015</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO		14. CNPJ: 48.031.918/0001-24	15. Unidade/Orgão: FCL/ASSIS
16. Telefone: (11) 8252-0298 - (18) 3302-5800		17. Outro Telefone: (18) 3302-5801	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>IVAN ESPERANÇA ROCHA</u>		CPF: <u>678.081.828-34</u>	
Cargo/Função: <u>DIRETOR</u>		 Ivan Esperança Rocha UNESP - Câmpus Assis DIRETOR	
Data: <u>05 / 08 / 2015</u>		Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		 UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA Faculdade de Ciências e Letras Câmpus de Assis DIRETORIA	