



Maria do Socorro Lacerda Gomes
Paula Tavares Amorim
Marck de Souza Torres
Organizadores

(CON)TEXTOS DE PSICANÁLISE INFANTIL NO BRASIL

ALEXA
CULTURAL

EDUA
EDITORA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO AMAZONAS

Maria do Socorro Lacerda Gomes
Paula Tavares Amorim
Marck de Souza Torres
Organizadores

**(CON)TEXTOS DE PSICANÁLISE
INFANTIL NO BRASIL**

Maria do Socorro Lacerda Gomes
Paula Tavares Amorim
Marck de Souza Torres
Organizadores

(CON)TEXTOS DE PSICANÁLISE INFANTIL NO BRASIL



ALEXA
CULTURAL

Embu das Artes - SP
2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Henrique dos Santos Pereira

Membros

Antônio Carlos Witkoski
Domingos Sávio Nunes de Lima
Edleno Silva de Moura
Elizabeth Ferreira Cartaxo
Spartaco Astolfi Filho
Valeria Augusta Cerqueira Medeiros Weigel

COMITÊ EDITORIAL DA EDUA

Louis Marmoz Université de Versailles
Antônio Cattani UFRGS
Alfredo Bosi USP
Armanda Mourão Botelho Ufam
Spartacus Astolfi Ufam
Boaventura Sousa Santos Universidade de Coimbra
Bernard Emery Université Stendhal-Grenoble 3
Cesar Barreira UFC
Conceição Almeida UFRN
Edgard de Assis Carvalho PUC/SP
Gabriel Conh USP
Gerusa Ferreira PUC/SP
José Vicente Tavares UFRGS
José Paulo Netto UFRJ
Paulo Emílio FGV/RJ
Élide Rugai Bastos Unicamp
Renan Freitas Pinto Ufam
Renato Ortiz Unicamp
Rosa Ester Rossini USP
Renato Tribuzy Ufam

Reitor

Sylvio Mário Puga Ferreira

Vice-Reitora

Therezinha de Jesus Pinto Fraxe

Editor

Sérgio Augusto Freire de Souza

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) e ao Professor Marck de Souza Torres da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Aos autores dos capítulos, psicólogos e psicanalistas das cinco regiões do Brasil.

A Adela Judith Stoppel de Gueller, prefaciadora deste livro.

DEDICATÓRIA

Aos que trabalham pela disseminação da Psicanálise no Brasil.

COMITÊ CIENTÍFICO ALEXA CULTURAL

Presidente

Yvone Dias Avelino (PUC/SP)

Vice-presidente

Pedro Paulo Abreu Funari (UNICAMP)

Membros

Adailton da Silva (UFAM – Benjamin Constant/AM)
Alfredo González-Ruibal (Universidade Complutense de Madrid - Espanha)
Aldair Oliveira de Andrade (UFAM - Manaus/AM)
Ana Paula Nunes Chaves (UDESC – Florianópolis/SC)
Arlete Assumpção Monteiro (PUC/SP - São Paulo/SP)
Barbara M. Arisi (UNILA – Foz do Iguaçu/PR)
Benedicto Anselmo Domingos Vitoriano (Anhanguera – Osasco/SP)
Carmen Sylvania de Alvarenga Junqueira (PUC/SP – São Paulo/SP)
Claudio Carlan (UNIFAL – Alfenas/MG)
Denia Roman Solano (Universidade da Costa Rica - Costa Rica)
Débora Cristina Goulart (UNIFESP – Guarulhos/SP)
Diana Sandra Tamburini (UNR – Rosário/Santa Fé – Argentina)
Edgard de Assis Carvalho (PUC/SP – São Paulo/SP)
Estevão Rafael Fernandes (UNIR – Porto Velho/RO)
Evandro Luiz Guedin (UFAM – Itaquatiara/AM)
Fábia Barbosa Ribeiro (UNILAB – São Francisco do Conde/BA)
Fabiano de Souza Gontijo (UFPA – Belém/PA)
Gilson Rambelli (UFS – São Cristóvão/SE)
Grazielle Acçolini (UFGD – Dourados/MS)
Iraíldes Caldas Torres (UFAM – Manaus/AM)
José Geraldo Costa Grillo (UNIFESP – Guarulhos/SP)
Juan Álvaro Echeverri Restrepo (UNAL – Leticia/Amazonas – Colômbia)
Júlio Cesar Machado de Paula (UFF – Niterói/RJ)
Karel Henricus Langermans (USP/EcA - São paulo/SP)
Kelly Ludkiewicz Alves (UFBA – Salvador/BA)
Leandro Colling (UFBA – Salvador/BA)
Lilian Marta Grisólio (UFG – Catalão/GO)
Lucia Helena Vitalli Rangel (PUC/SP – São Paulo/SP)
Luciane Soares da Silva (UENF – Campos de Goitacazes/RJ)
Mabel M. Fernández (UNLPam – Santa Rosa/La Pampa – Argentina)
Marilene Corrêa da Silva Freitas (UFAM – Manaus/AM)
María Teresa Boschín (UNLu – Luján/Buenos Aires – Argentina)
Marlon Borges Pestana (FURG – Universidade Federal do Rio Grande/RS)
Michel Justamand (UNIFESP - Guarulhos/SP)
Miguel Angelo Silva de Melo - (UPE - Recife/PE)
Odenei de Souza Ribeiro (UFAM – Manaus/AM)
Patricia Sposito Mechi (UNILA – Foz do Iguaçu/PR)
Paulo Alves Junior (FMU – São Paulo/SP)
Raquel dos Santos Funari (UNICAMP – Campinas/SP)
Renata Senna Garrafoli (UFPR – Curitiba/PR)
Renilda Aparecida Costa (UFAM – Manaus/AM)
Roberta Ferreira Coelho de Andrade (UFAM - Manaus/AM)
Sebastião Rocha de Sousa (UEA – Tabatinga/AM)
Thereza Cristina Cardoso Menezes (UFRRJ – Rio de Janeiro/RJ)
Vanderlei Elias Neri (UNICSUL – São Paulo/SP)
Vera Lúcia Vieira (PUC – São Paulo/SP)
Wanderson Fabio Melo (UFF – Rio das Ostras/RJ)

*Uma das coisas sagradas da vida é agradecer a quem nos dá
(Silvia Lobo).*

© by Alexa Cultural

Direção

Gladys Corcione Amaro Langermans

Nathasha Amaro Langermans

Editor

Karel Langermans

Capa

Klanger

Fotografia de capa

Maria do Socorro Lacerda Gomes

Revisão Técnica

Marck de Souza Torres e Michel Justamand

Revisão de língua portuguesa

Os autores

Editoração Eletrônica

Alexa Cultural

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G633- GOMES, Maria do Socorro Lacerda A524 - AMORIM, Paula Tavares
T693 - TORRES, Marck de Souza

(Con)textos de Psicanálise Infantil no Brasil. Maria do Socorro Lacerda Gomes, Paula Tavares Amorim e Marck de Souza Torres (orgs.). Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2023.

14x21cm -404 páginas

ISBN - 978-85-5467-345-1

1. Psicologia Infantil- 2. Teoria - 3. Clínica - 4. Experiências - 5. Pesquisa
I- Sumário - II Bibliografia

CHT 159.922.8

CDD - 155.4

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicologia Infantil
2. Teoria e Pesquisa
3. Experiências e Clínica

Todos os direitos reservados e amparados pela Lei 5.988/73 e Lei 9.610
É proibida a reprodução parcial ou integral sem a autorização dos organizadores e/ou editora.

Alexa Cultural Ltda
Rua Henrique Franchini, 256
Embú das Artes/SP - CEP: 06844-140
alexa@alexacultural.com.br
alexacultural@terra.com.br
www.alexacultural.com.br
www.alexaloja.com

Editora da Universidade Federal do Amazonas
Avenida Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos,
n. 6200 - Coroado I, Manaus/AM
Campus Universitário Senador Arthur Virgílio Filho,
Centro de Convivência – Setor Norte
Fone: (92) 3305-4291 e 3305-4290
E-mail: ufam.editora@gmail.com

Prefácio

Porque há o direito ao grito. Então eu grito.
Clarice Lispector

Através de uma excelente iniciativa de Maria do Socorro Lacerda Gomes, professora da Universidade Federal de Roraima (UFRR), uma chamada para receber trabalhos de psicanálise com crianças dos quatro cantos do Brasil foi feita. Foram selecionados 22 trabalhos: 4 da região Sul, 4 da região Sudeste, 7 da região Norte, 3 do Nordeste e 4 do Centro-Oeste para cartografar os sofrimentos das múltiplas infâncias que compõem o vasto território brasileiro em toda sua diversidade étnica e sociocultural.

Como todo campo de saber, a psicanálise recorta e constrói seu objeto de estudo, por isso, outras perspectivas, mesmo dentro do campo psi, teriam resultado num retrato das infâncias diferente daquele que o leitor encontrará aqui. Assim como assumimos nos referir às infâncias em plural, também vale apontar que a psicanálise não é uma, mas múltipla. Inclusive ofertando uma escuta livremente flutuante e valorizando a singularidade do caso a caso, cada psicanalista está pautado por suas preferências teóricas, suas vivências, sua própria história, sua análise e sua supervisão, que delimitam as fronteiras do que será audível para ele no setting terapêutico. Que infâncias foram encontradas/construídas, então, nestas paisagens? Como foram escutadas as famílias dessas crianças? Quais foram as brincadeiras que elas trouxeram à clínica? Como foram interpretados os choros, as fomes, as dores, as alegrias e as tristezas dessas subjetividades em constituição?

Relatos sobre a complexidade que requerem os tratamentos de crianças inquietas, prematuras, crianças que sofreram abusos, de outras que desafiam o laço social, que se automutilam ou não respondem ao chamado do outro, entre tantas outras, aparecem ao longo deste livro. O leitor encontrará também uma variedade de ferramentas utilizadas para trabalhar com elas: o brincar, as narrativas, o acolhimento, a transferência, a contratransferência, a regressão. O foco clínico proposto pela organizadora propicia, como diz Beatriz Pinheiro Machado Mazzolini, o compartilhamento da experiência profissional de modo criativo. Cada caso clínico em sua singularidade permite que a psicanálise se torne uma fonte inesgotável de invenção (p. 155).

A diversidade do campo psicanalítico está aqui representada pela referência aos grandes autores que se ocuparam das crianças na psicanálise. Entre outras tantas vozes, Freud, Winnicott, Ferenczi, Anna Freud, Melanie Klein, Lacan, Green, os Lefort, Aberastury e Bollas, talvez sejam os mais citados. Ainda é possível observar adaptações terminológicas que atualizam o vocabulário psicanalítico, para incluir as famílias do século XXI. Fernanda Cristina Dias, por exemplo, propõe substituir a preocupação materna primária de Winnicott, pela preocupação parental primária e, a mãe suficientemente boa, por um ambiente suficientemente bom. Desse modo, acredita a autora, podem ser acolhidas de forma democrática famílias “estruturadas de diversas formas, não reduzindo-se somente à família tradicional” (p. 47).

Se, como diz Elisabeth Roudinesco, o Brasil é hoje o país “mais freudiano do mundo”, temos aqui uma amostragem sobre o modo como esse recorte particular da psicanálise com as crianças floresceu. E fica evidente quão indissociável é a presença da psicanálise de sua inserção nos cursos de graduação e de pós-graduação em psicologia. Uma ampla gama de professores, graduandos e pós graduandos das Universidades Federais do Mato Grosso e do Mato Grosso do Sul, da Universidade Federal do Paraná, da Faculdade Novoeste, Universidade Federal de Roraima, da Universidade de São Paulo, da Universidade Federal do Acre, da Universidade Católica de Pernambuco, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da Universidade Federal de Goiás, da Universidade Ibirapuera, da Faculdade Integrada de Santa Maria, da Universidade Metodista de São Paulo, da Universidade do Estado de Amazonas, do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, da Faculdade Unichristus, do Centro Universitário Academia, da Universidade Federal do Amazonas e do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, assim como profissionais da assistência social e outros que atuam nos consultórios particulares estão reunidos neste livro. Por isso, é possível dizer que o conjunto de textos aqui reunidos é efeito da implantação e ampliação da psicanálise nas Universidades brasileiras. Graças a esse feito a psicanálise continua se expandindo e conseguiu tomar à proporção que hoje a vemos alcançar. Ver brotar essas sementes, tendo se transformado em florestas que crescem em territórios tão diferentes é maravilhoso! Por isso vale sublinhar a importância e o peso transformador que as Universidades públicas e privadas têm sobre a formação de profissionais com efeitos de multiplicação e expansão de conhecimentos (Roudinesco, 2016).

Esse complexo mapa recorta também o modo como as crianças chegam na atualidade aos diferentes dispositivos de acolhimento do sofrimento infantil. A marca predominante da contemporaneidade é a força dos rótulos diagnósticos: TEA, TOD, TDAH tentam aprisionar o sofrimento das crianças e suas famílias numas poucas siglas. O excesso de diagnósticos contrasta com o número reduzido de transtornos prevalentes na infância e com o crescimento vertiginoso do número de casos. É evidente que algo vai mal quando as estatísticas mostram esses números estrondosos, mas também é legível que os números não falam per se. É ingênuo dizer que o aumento de casos responde a uma ferramenta mais apurada para o diagnóstico e desconsiderar, por exemplo, as mudanças de critérios de classificação.

De que mal-estar se trata? A psicanálise é uma ciência em que a medida falta. Nosso campo é o dos sentidos e o dos afetos. Os sentidos das palavras mudam com as línguas, as épocas e os territórios e afetam os corpos de formas diversas. Por isso, Octave Mannoni diz que a psicanálise apoia-se mais nos sentidos do que nos fatos (Mannoni, 1992, p.165).

Não se trata, então, de refutar os critérios classificatórios e estatísticos do DSM, mas de recortar e delimitar nossa fronteira com eles. “Eu não gosto de você, eu nasci diferente, eu sou diferente” (p. 48), fala um garoto de quatro anos que chega para atendimento arrastado pela sua mãe. Que bom escutar a revolta de Lucas, e que assim como ele que outras crianças possam se levantar contra os fechamentos diagnósticos fazendo escutar seus gritos e suas desconformidades!

Os autores, de ponta a ponta do Brasil, representados neste livro tem uma preocupação: não deixar desaparecer as crianças sob o manto da medicalização e da tendência crescente de diagnosticar e enquadrar as infâncias em nomenclaturas psicopatológicas. Não reduzir a pluralidade de infâncias a essa espécie de língua universal, baseada em medidas e estatísticas do DSM, eliminando as particularidades territoriais e culturais.

A posição do psicanalista na clínica, ao escutar de modo aberto caso por caso, têm a difícil tarefa de desconstruir esses rótulos com que as famílias frequentemente chegam, silenciando a diversidade do mal-estar. Para dar lugar à fala singular de cada família, é necessário criar uma língua própria em cada atendimento. Uma espécie de dicionário singular precisa ser construído com cada paciente mas, como diz Lacan, essa tarefa leva tempo e temos ainda que estar dispostos a não compreender rápido demais.

Por isso, nestes tempos acelerados que buscam respostas imediatas, a psicanálise faz resistência. A época demanda e oferta “clínicas e fármacos que prometem ajustar a criança à norma” e amainar os sintomas, como diz Roseane Farias da Silva Aleluia (p. 95). E fazer lugar para a palavra sem silenciar com medicação nem medicalização é um trabalho demorado e que requer paciência, como mostram Carolina Oliveira de Souza e Lia Dauber a partir do tratamento de uma criança de 11 anos que se automutilava. “Cabe ao terapeuta, falam elas, sustentar seu paciente, sem invadi-lo, acompanhando-o em seu próprio caminho, na busca da constituição de sua subjetividade, processo longo e trabalhoso para que possa encontrar algo realmente seu, que possa aliviar seu tédio e sua falta de sentido na vida” (p. 188).

Mesmo encontrando atrasos ou incapacidades sociais, como pontuam Bibiana Malgarim e Cesar Augusto Bridi Filho, a psicanálise não se pauta por “restabelecer comportamentos”, mas por propiciar espaços libertadores. Estar atentos, para intervir a tempo, quer dizer impedindo a fixação e a estagnação, é bem diferente de fechar diagnósticos o antes possível (p. 121, neste volume).

Frequentemente, como dizem Maria Vitória Campos Mamede Maia e Nadja Nara Barbosa Pinheiro, os psicanalistas que se ocupam de crianças são procurados quando por alguma razão o desenvolvimento emocional se encontra estagnado e o desafio consiste em possibilitar a retomada do caminhar. Por isso, uma aposta nas aberturas e no destravamento dos obstáculos e das paradas no desenvolvimento é a melhor disposição que se espera deles (p.141, neste volume).

Há na infância percalços do desenvolvimento, detenções e fixações, mas as crianças nos surpreendem com reviravoltas imprevisíveis que nos desafiam a não antecipar um futuro determinado antes de tempo. A experiência confirma uma e outra vez que as estruturas na infância não estão decididas.

Mais de uma vez escutei de pais e profissionais da saúde perguntar: mas o que a psicanálise faz com as crianças que não falam se trata-se de uma cura pela palavra? Respondo: o brincar é uma linguagem muito antes da criança falar. Por isso, mesmo na difícil condição de crianças gravemente afetadas, como pode ser o caso de uma condição orgânica limitadora ou de crianças que não fazem laço social, a abordagem psicanalítica pode contribuir favorecendo um descolamento da criança de sua condição de deficiente. A introdução do jogo para

todas as crianças, inclusive aquelas com questões orgânicas de base, permite trabalhar na direção do desenvolvimento das potencialidades lúdicas, de socialização e de convivência. A subjetividade não se reduz a determinantes cerebrais limitadores nem a diagnóstico psicopatológico nenhum. Uma aposta no sujeito produz efeitos reais, imaginários e simbólicos que favorecem o campo de subjetivação, inclusive quando tudo parece tão difícil e pré-determinado.

A infância ficou silenciada desde os gregos até o século XX. Ainda no século XXI continuamos nomeando infans aos pequenos seres que não falam. A etimologia remete esse vocábulo aos cidadãos sem direito a voto nem julgamento na polis, o que lembra que as crianças não eram consideradas sujeitos de direitos até pouco tempo atrás. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado apenas em 1990.

A psicanálise deu voz às crianças a partir do pequeno Hans, da Rita, da Piggie, do Richard, do Arpad e tantas outras que falaram de seus sofrimentos a partir dos seus tratamentos psicanalíticos. Assim com elas tantas outras se fizeram escutar aqui através dos relatos dos psicanalistas que as acolheram. Com vozes variadas, elas falaram de diferentes modos e expressaram seu mal-estar. Meu ensejo é que trabalhos como este, que os recolhem, os acolhem e lhes dão lugar, continuem a se replicar pelo Brasil afora.

*Adela Judith Stoppel de Gueller
Instituto Sedes Sapientiae
Setor Clínica e Pesquisa do Departamento de Psicanálise da
criança
São Paulo, julho de 2023*

Referências

- Mannoni, O. (1992). Um espanto tão intenso. A vergonha, o riso, a morte. Ed. Campus. R.J.
- Roudinesco, E. (2016) Elisabeth Roudinesco: 'Brasil talvez seja o país mais freudiano do mundo' (fasdapsicanalise.com.br).
- Winnicott, D. (1982). A criança e seu mundo. ED. LTC, R.J.

Sumário

Prefácio

Adela Judith Stoppel de Gueller

- 11 -

Apresentação

Maria do Socorro Lacerda Gomes

- 21 -

Eixo I - Do Percurso Teórico

1. Ambiente e cuidado refletidos no desenvolvimento emocional

Maria do Socorro Lacerda Gomes e Bárbara Maureen Pena Bellei

- 29 -

2. O brincar e os fundamentos Democráticos encenados no quintal

Fernanda Cristina Dias

- 45 -

3. Psicanálise do infantil: primórdios da técnica de análise de crianças e seus desdobramentos

Jaqueline Borges Vieira Rodrigues e Luís Alberto Gustavo Niemies Jeremias

- 61 -

4. Psicanálise de crianças, Psicanálise infantil ou Psicanálise da infância? Afinal de contas, existe uma clínica psicanalítica de crianças?

Fabiane da Fontoura Messias de Melo e Hilza Maria de Aquino Nunes Ferri

- 77 -

5. Sintomas infantis na era do trauma: considerações ferenczianas

Roseane Farias da Silva Aleluia

- 93 -

6. Vivência nietzschiana experimentada na clínica psicanalítica infantil

Lindcélia Cristina dos Santos e Silas Borges Monteiro

- 111 -

Eixo II - Do Percurso Clínico

7. O que há de patológico na criança?

Contribuições da clínica para a Psicanálise da Infância

Bibiana Godoi Malgarim e César Augusto Nunes Bridi Filho

- 121 -

8. Ser a lanterna dos afogados: o brincar como boia para se respirar.

Relato de um atendimento clínico a partir da psicanálise winnicottiana

Maria Vitória Campos Mamede Maia e Nadja Nara Barbosa Pinheiro

- 141 -

9. Entre o colo e a realidade: como encontrar a si mesmo?

Beatriz Pinheiro Machado Mazzolini

- 155 -

10. A contratransferência no fio da navalha

Carolina Oliveira de Souza e Lia Dauber

- 177 -

11. A função dos juízos e seus desdobramentos na clínica do autismo

Altair José dos Santos e Lana Magna Sousa Braz

- 191 -

12. A Clínica Psicanalítica Infantil: a tendência antissocial e o Transtorno Opositor Desafiador – TOD: um Estudo de Caso

Elaine Marinho Bastos

- 207 -

13. A regressão no setting com crianças: contribuições de Balint e Winnicott

Isabella dos Santos Ribeiro e Bruno Quintino Oliveira

- 219 -

Eixo III - Dos Relatos de Experiências

14. Luz, Câmera e Ação: o brincar enquanto ferramenta clínico-política

Beatriz Moraes Adler, Melissa Ribeiro Teixeira e Perla Caldas Klautau de Araújo

- 237 -

15. Psicanálise da Criança: técnica do brincar e o aspecto étnico

Pamela Alves Gil

- 257 -

16. Clínica Psicanalítica com bebês e seu entorno:
percurso materno-infantil na saúde

*Adriana de Melo Lima, Rosângela Aufiero, Blenda Melo Picanço,
Luciane Martins e Samantha Lobo*

- 273 -

17. Um estudo psicanalítico sobre violações dos direitos
das crianças e suas consequências no desenvolvimento psíquico

Ekelis Cris Pires Sales Pina e Jocasta Costa de Paula

- 289 -

Eixo IV - Dos Relatos de Pesquisas

18. O uso de Métodos Projetivos na Clínica Psicanalítica com
Crianças: Caso Clínico após uso do Teste de Apercepção
Infantil (CAT)

Iara de Moura Engracia Giraldi e Alessandro Antonio Scaduto

- 307 -

19. A Psicanálise e o Campo da Educação em Sexualidade:
possibilidades e desafios no trabalho docente com
crianças na creche

Erica Vidal Rotondano

- 325 -

20. A utilização de elementos mediadores no trabalho psicanalítico com
crianças: uma revisão de literatura

Clara Batista Nogueira e Enio de Souza Tavares

- 341 -

21. Por uma terceira via na infância:
o Dispositivo do Acompanhamento Terapêutico na
Clínica dos Autismos

Narjara Medeiros de Macedo e Thyago Ycaro Souza de Menezes

- 361 -

22. O brincar criativo e a pandemia da COVID-19:
um Estudo de Caso

Paula Tavares Amorim, Gisele Cristina Resende e Marck de Souza Torres
-379-

Organizadores

- 393 -

Colaboradores

- 395 -

Apresentação

É com imensa satisfação que apresento o livro *(Con)textos de Psicanálise Infantil no Brasil*, resultado do estágio pós-doutoral em Psicologia realizado durante o segundo semestre de 2022 e o primeiro semestre de 2023 pela professora Maria do Socorro Lacerda Gomes, servidora da Universidade Federal de Roraima (UFRR) no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), tendo como supervisor o professor Marck de Souza Torres.

A intenção de estudar a teoria psicanalítica de Donald Woods Winnicott principia no ano de 2019 e se intensifica durante o período da pandemia de COVID-19, culminando na busca de um pós-doutoramento que possibilitasse centralizar as atenções neste importante teórico da psicanálise e da psicanálise infantil.

Se Winnicott é a inspiração, é apenas o ponto inicial desta jornada e da produção deste livro que nos oferece, em 22 capítulos, diversas interlocuções a partir dos estudos, das atuações clínicas, dos serviços de atendimentos e das pesquisas científicas.

Sendo uma obra elaborada por psicanalistas e psicólogos de orientação psicanalítica das cinco regiões do Brasil e de 14 estados brasileiros - de Roraima ao Rio Grande do Sul ou do Acre ao Rio Grande do Norte, para qualquer ângulo ou extensão territorial do nosso imenso país encontramos profissionais e serviços de psicanálise. Reuni-los neste livro é o diferencial desta produção que está dividida em quatro eixos temáticos: Percurso Teórico, Percurso Clínico, Relatos de Experiências e Relatos de Pesquisas.

Para o processo editorial, os autores foram convidados por meio de carta convite para o envio de capítulo com foco na psicanálise infantil, após o envio foram realizadas avaliações por pareceristas *ad hoc*, por fim após revisão os textos foram organizados por semelhança de temáticas.

No eixo I, denominado Do Percurso Teórico, reunimos seis capítulos que contribuem para a discussão de teorias e conceitos psicanalíticos.

No capítulo 1, “*Ambiente e cuidado refletidos no desenvolvimento emocional*”, Maria do Socorro Lacerda Gomes e Bárbara Maureen Pena Bellei ilustram a importância da dimensão dos cuidados ofe-

recidos pelo ambiente na constituição do sujeito humano e destacam a importância de uma atuação clínica atenta e cuidadosa.

O capítulo 2, “*O brincar e os fundamentos democráticos ençados no quintal*”, de Fernanda Cristina Dias nos apresenta através do poeta Manoel de Barros abrindo o seu quintal e explorando seus escritos numa interlocução com Winnicott e, entre poesia, teoria e sensibilidade da autora convida-nos a fazer do *setting* analítico um imenso quintal.

O capítulo 3, “*O infantil na psicanálise: primórdios da técnica de análise de crianças*”, de Jaqueline Borges Vieira e Luís Alberto Gustavo Niemies Jeremias é um percurso minucioso na obra freudiana com destaque à noção do infantil na base da metapsicologia e construção de seu pensamento. Os autores frisam que os processos ligados à infância, sua expansão e a continuidade do pensamento é fundamental para a prática do psicanalista.

No capítulo 4, “*Psicanálise de crianças, Psicanálise infantil ou Psicanálise da infância? Afinal de contas, existe uma clínica psicanalítica de crianças?*”, Fabiane da Fontoura Messias de Melo e Hilza Maria de Aquino Nunes Ferri oferecem uma ampliação através de reflexões e provocações que têm por base as noções e conceitos do infantil, da infância e do ser criança a partir da literatura freud-lacanianana.

O capítulo 5, “*Sintomas infantis na era do trauma: considerações freudianas*”, de Roseane Farias da Silva Aleluia apresenta, dentre muitas questões, como uma cultura promotora de traumas dificulta o encontro do sujeito com seu ser faltante, sua própria angústia interrogante acerca de si e pode não permitir a elaboração do vivido.

Fechando o primeiro eixo, temos o capítulo 6, “*Vivência nietzschiana experimentada na clínica psicanalítica infantil*”, no qual Lindcélia Cristina dos Santos e Silas Borges Monteiro realçam os efeitos da vivência na clínica circulando nas sessões e fora delas, pois a psicanálise é uma ciência que atravessa o corpo, tal como a vivência nietzschiana atravessou a clínica psicanalítica dos autores.

Passando ao eixo II, Do Percurso Clínico, apresentamos em sete capítulos atuações psicoterapêuticas, suas especificidades e desafios em suas múltiplas formas e contextos.

No capítulo 7 “*O que há de patológico na criança? Contribuições da clínica para a psicanálise da infância*”, Bibiana Godoi Malgarim e César Augusto Nunes Bridi Filho apontam que a infância é o receptáculo dos registros de sobrevivência e, portanto, o sofrimento do

adulto escondido na sua infância inacabada serve de corrimão para o trabalho analítico, pois, muitas vezes, o que se tem é uma criança comunicando, não uma criança doente.

O capítulo 8, “*Ser a lanterna dos afogados: o brincar como boia para se respirar. Relato de um atendimento clínico a partir da psicanálise winnicottiana*”, de Maria Vitória Campos Mamede Maia e Nadja Nara Barbosa Pinheiro apresenta o brincar como modelo paradigmático da clínica infantil e a ideia do espaço transicional como condição necessária para que o desenvolvimento emocional ocorra a partir da movimentação de experiências criativas.

No capítulo 9, “*Entre o colo e a realidade: como encontrar a si mesmo?*” Beatriz Pinheiro Machado Mazzolini acentua que o momento atual é de reflexão, pois a sociedade sofre as consequências da pandemia da Covid 19, o mundo sofre privação. A autora interroga-se: Será que uma teoria como a de Winnicott pode auxiliar na compreensão e na discussão de que tipo de sociedade está se construindo para hoje? E para o futuro? Embora não se possa determinar, pontua: Vale a pena viver.

O capítulo 10 “*A contratransferência no fio da navalha*”, de Carolina Oliveira de Souza e Lia Dauber enfatiza o espanto e estranhamento que indivíduos de qualquer idade, com histórico de mutilação e tendências suicidas, causam ao chegarem nos consultórios dos profissionais de saúde mental. Por serem pacientes difíceis trazem o que existe de mais primitivo em sua constituição e desafiam o terapeuta. Nesta tarefa cabe sustentá-lo na busca da constituição de sua subjetividade, processo longo e trabalhoso que requer tolerar a contratransferência para acompanhá-lo sem invasões e imposições.

No capítulo 11 “*A função dos juízos e seus desdobramentos na clínica do autismo*”, Altair José dos Santos e Lana Magna Sousa Braz assinalam que o ato de falar é uma recondução a função dos juízos e, portanto, não é a toa que essa é a função mais afetada no autismo. Para os autores, deparar-se com uma criança em posição autística exige do terapeuta um esforço de escuta e um retorno à metapsicologia freudiana por estarmos diante de um fenômeno diverso das origens da clínica psicanalítica.

O capítulo 12, “*A clínica psicanalítica infantil, a tendência antisocial e o transtorno opositor desafiador – TOD: Um estudo de caso*”, de Elaine Marinho Bastos apresenta um caso de tendência antissocial

com origem na infância em consequência da deprivação no ambiente familiar. A autora destaca que a psicanálise com crianças diagnosticadas pela área médica busca entender as especificidades dos conteúdos que surgem nos atendimentos, pois trata-se de conciliar a necessidade de escutar a criança em sua singularidade utilizando o brincar como uma forma de comunicação infantil.

E no capítulo 13, “*A regressão no setting com crianças: contribuições de Balint e Winnicott*”, de Isabella dos Santos Ribeiro e Bruno Quintino Oliveira partem da proximidade teórica entre Winnicott e Balint para enfatizarem que apesar dos inúmeros desafios na clínica com crianças, os dispositivos de saúde e os consultórios privados podem funcionar como um ambiente suficientemente bom.

No eixo III, *Dos Relatos de Experiências*, os casos atravessam o consultório e chegam aos serviços de atendimento. Neste eixo são apresentados quatro capítulos

O capítulo 14, “*Luz, Câmera e Ação: o brincar enquanto ferramenta clínico-política*”, de Beatriz Morais Adler, Melissa Ribeiro Teixeira e Perla Caldas Klautau de Araújo traz o relato da construção de um dispositivo clínico-político utilizado numa escola municipal do Rio de Janeiro, a partir do projeto de extensão denominado Rede, Território e Atenção Psicossocial: estratégias para a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

No capítulo 15, “*Psicanálise da Criança: técnica do brincar e o aspecto étnico*”, Pamela Alves Gil, a partir da sua experiência como supervisora de estágio na clínica infantil individual, apresenta um relato de caso que ilustra o brincar em seus aspectos étnicos, tendo em vista a realidade das crianças indígenas brasileiras, em especial do Amazonas e Roraima, cujas questões culturais perpassam a Psicanálise da Criança.

O capítulo 16, “*Intervenção Psicanalítica com bebês e seu entorno: parte de um percurso*” por “*Clínica psicanalítica com bebês e seu entorno: percurso materno-infantil na saúde*”, de Adriana de Melo Lima, Samantha R. F. Lobo, Blenda Melo Picanço, Luciane Martins e Rosângela Aufiero difundem um projeto de intervenção e acolhimento de bebês prematuros e a termo com possíveis dificuldades no desenvolvimento, da gestação aos 18 meses de vida. Este projeto é extensivo aos pais, pois há a necessidade de atuar e integrar os Serviços voltados à primeira infância na detecção precoce do sofrimento psíquico do bebê.

No capítulo 17, *“Um estudo psicanalítico sobre violações dos direitos das crianças e suas consequências no desenvolvimento psíquico”*, Ekelis Cris Pires Sales Pina e Jocasta Costa de Paula discutem as violações dos direitos das crianças e suas consequências no desenvolvimento psíquico a partir da sistematização dos dados de atendimentos do CREAS do município de Dourados-MS, no período de 2019 a 2022.

E o eixo IV, *Dos Relatos de Pesquisas* oferece cinco capítulos que contemplam o âmbito da pesquisa científica, importante esfera de conhecimento.

O capítulo 18, *“O uso de métodos projetivos na clínica psicanalítica com crianças: Caso clínico após uso do Teste de Apercepção Infantil (CAT)”*, de Iara de Moura Engracia Giraldi e Alessandro Antonio Scaduto difunde o uso dos métodos projetivos (MPs) e, especificamente, o Teste de Apercepção Infantil (CAT), como um instrumento que possibilita revelar elementos do paciente podendo auxiliar na compreensão e permitir uma aproximação significativa e material que pode ser refletida no contexto da relação clínica.

O capítulo 19, *“A psicanálise e o campo da educação em sexualidade: Possibilidades e desafios no trabalho docente com crianças na creche”*, de Erica Vidal Rotondano apresenta uma reflexão a partir dos dados coletados para sua tese. Versando sobre as percepções da sexualidade infantil, o recorte deste capítulo privilegia as discussões entabuladas com docentes do sexo feminino que atuavam com crianças nas creches do município de Manaus.

No capítulo 20, *“A utilização de elementos mediadores no trabalho psicanalítico com crianças: uma revisão de literatura”*, Clara Batista Nogueira e Enio de Souza Tavares discorrem sobre os resultados de uma pesquisa de iniciação científica, cujo método foi a revisão de literatura e os resultados ajudam a compreender como o debates sobre o tema tem sido realizado nas revistas especializadas.

E no capítulo 21, *“Por uma terceira via na infância: o dispositivo do acompanhamento terapêutico na clínica dos autismos”*, Narjara Medeiros de Macedo e Thyago Ycaro Souza de Menezes apresentam a clínica psicanalítica do autismo na infância desde as ciências humanas até os estudos biomédicos e destacam a existência de inúmeras possibilidades de intervenção, estratégias e perspectivas que variam de acordo com as demandas, tempo, cultura e propostas terapêuticas.

Por fim, no capítulo 22, "*O brincar criativo e a pandemia da COVID-19: um estudo de caso*", de Paula Tavares Amorim, Gisele Cristina Resende e Marck de Souza Torres, indicam como a pandemia de Covid-19 afetou o desenvolvimento infantil, carecendo o desenvolvimento de novas pesquisas para compreender o psicodinamismo de crianças que vivenciaram esse período da história.

Diante da variedade de experiências apresentadas, esperamos que este livro lhe ofereça uma boa leitura, aponte caminhos de estudo, atuações e pesquisas que tenham relações promotoras de cuidado e afetos em psicanálise/psicanálise infantil, ambicionando diminuir as distâncias do nosso imenso paí, pois...

Brasil, essas nossas verdes matas
Cachoeiras e cascatas de colorido sutil
E este lindo céu azul de anil
Emolduram, aquarelam meu Brasil
(Aquarela do Brasil, Martinho da Vila)

Maria do Socorro Lacerda Gomes

EIXO I
PERCURSO TEÓRICO

Ambiente e Cuidado Refletidos no Desenvolvimento Emocional

Maria do Socorro Lacerda Gomes
Universidade Federal de Roraima (UFRR)

Bárbara Maureen Pena Bellei
Faculdade Novoeste

“As pessoas têm que aceitar o que são e aceitar a história de seu desenvolvimento pessoal, justamente com as influências e atitudes ambientais locais; elas têm que continuar vivas e, vivendo, tentar se relacionar com a sociedade de modo a haver uma contribuição nos dois sentidos”. (Winnicott, 1986 – A cura, em Tudo começa em casa)

A história da psicanálise é a da criatividade e das infinitas metamorfoses de resistência ao inconsciente, mas há momentos e lugares especialmente fecundos, como a Inglaterra com Winnicott, Bowlby e Balint, que souberam aperfeiçoar com maestria os sistemas de Melanie Klein, Hanna Segal, Marion Milner, Wilfred Ruprecht Bion, Elliott Jaques, Herbert Rosenfeld, Donald Meltzer, entre outros (Anzieu, 2006).

Donald Woods Winnicott foi um dos principais autores da Escola Britânica de Psicanálise. Chemouni (1991), frisa que Winnicott foi um dos psicanalistas mais originais desde Freud e, depois deste, foi a mente mais brilhante da psicanálise (Green, s.d. apud Loparic, 2001). Almeida e Naffah Neto (2021) corroboram destacando que as contribuições winnicottianas produziram um grande impacto na história do movimento psicanalítico por ser o precursor em considerar a importância do ambiente como imprescindível ao desenvolvimento individual.

No entanto, segundo Loparic (2001) apesar do crescente prestígio entre os especialistas Winnicott ainda era pouco conhecido fora dos círculos psicanalíticos, e, mesmo nas sociedades psicanalíticas seu trabalho estava longe de receber a devida atenção. Loparic (2001) destaca que embora nos últimos tempos, especialmente na América Latina, Winnicott seja o autor mais citado depois de Freud, não significa necessariamente ser realmente estudado e compreendido.

Na atualidade, de acordo com o *Boletim Winnicott no Brasil* (2023), o autor tem sido cada vez mais procurado no Brasil, dado revelado através do crescente volume de atividades dedicadas ao seu pensamento. Loparic (2023) afirma que na atualidade Winnicott tem se tornado referência indispensável, referência esta que pode ser constatado através da produção crescente das pesquisas, eventos, cursos e publicações, inclusive nas redes sociais. Destaca, ainda, o surgimento de instituições winnicottianas nacionais e internacionais, fato que engrandece a teoria na medida que se expande pelos continentes. Assim, fica evidente a influência renovadora e contemporânea do pensamento winnicottiano em áreas como a saúde e em discussões atuais sobre temas da vida social e cultural (Loparic, 2023).

Tendo estudado medicina e especializado-se em pediatria, durante sua vida não deixou de se interessar pelas crianças focando em sua obra o início da vida para a compreensão da vida psíquica primitiva do bebê. Foi por atender bebês e presenciar o adocimento desde os estágios iniciais que Winnicott substituiu o complexo de Édipo pela teoria do amadurecimento, utilizando como ponto central a relação mãe-bebê desde o nascimento e evidenciando que os cuidados desempenhados inicialmente são responsáveis não só pela provisão dos cuidados físicos, como também para a construção da personalidade e saúde psíquica do bebê. Para Winnicott, destaca Loparic (2001), o ponto fundamental era a vulnerabilidade inicial do bebê dependente dentro da relação dual com a mãe e não a relação à três, representada no complexo de Édipo.

Sobre sua trajetória profissional é importante destacar a revolução que instituiu no paradigma da relação mãe-bebê em desenvolvimento, possibilitando um novo caminho para a pesquisa e prática psicanalítica (Loparic, 2001). Sua relevância está na construção de uma obra consistente, resultado dos anos de atuação como médico, pediatra e psicanalista. Para Winnicott (2006) nas atribuições do pediatra e do médico há especificidades, enquanto ao pediatra é importante conhecer as razões inerentes aos seres humanos, tal como se manifestam no início da vida, ao médico cabe identificar quando surge uma doença. Entretanto, na saúde dos bebês são os pais os elementos importantes o tempo todo.

De acordo com Winnicott (2011) muita coisa ocorre no primeiro ano de uma criança. Para o autor o desenvolvimento emocional tem relevância desde o princípio, uma vez que no estudo da evolução da

personalidade e do caráter não se pode ignorar o último estágio da vida intrauterina, as experiências durante o nascimento e as primeiras horas e dias de vida Assim, foi observando o ambiente e os cuidados maternos que Winnicott formulou uma das suas premissas: não é possível compreender o bebê olhando apenas para suas fantasias e não existe um bebê sem o seu cuidador - a mãe ou seu substituto.

Na teoria winnicottiana, para nascer psiquicamente o sujeito depende de um campo intersubjetivo marcado pelo desempenho da função materna, ou seja, depende do cuidado do outro, representado pela mãe ou o seu substituto, também definido como “ambiente”. A mãe-ambiente possibilita o crescimento emocional antes do nascimento a termo, nos momentos iniciais e durante algum tempo após o nascimento através da preocupação materna primária, uma fase de cuidado e simbiose com o seu bebê que progressivamente se abrandando dando lugar ao cuidado amoroso de uma mãe dedicada comum (Winnicott, 1983).

A mãe que desenvolve o estado de preocupação materna primária é capaz de oferecer condições para que o bebê comece a se manifestar e experimentar movimentos espontâneos tornando-se detentor das sensações compatíveis a essa etapa inicial da vida, destaca Winnicott (2000). Neste cenário, a mãe é capaz de identificar as necessidades do bebê para atendê-lo antes que exceda o tempo de tolerância de espera para evitar que o bebê se decepcione, de modo que possa viver a satisfação das suas necessidades como se ocorressem em si mesmo (Fulgencio 2016).

Apresentando como pressuposto a relação mãe(ambiente)-bebê, este capítulo discorre sobre a importância do ambiente e dos cuidados oferecidos durante as primeiras experiências da vida do recém-nascido enquanto componentes de saúde mental e desenvolvimento pessoal. Para tanto, a partir dos conceitos de *holding*, *handling* e apresentação de objetos será apresentada a noção de como o ser humano progride da imaturidade, passando pela diferenciação entre o mundo externo e interno para, por fim, alcançar uma unidade individual, diferenciando o “Eu” do “Não Eu”.

Para fins de ampliação teórica as pontuações finais versarão sobre a jornada da dependência à independência composta pelas categorias: dependência absoluta, dependência relativa e independência ou autonomia relativa, noções fundamentais para apresentar as bases da teoria do amadurecimento humano e compreender a relação entre ambiente e desenvolvimento emocional.

Frisamos que o modelo teórico winnicottiano não pretende ser e não é incontestável ou insuperável. Trata-se de uma construção teórica produzida durante sua longa experiência como médico pediatra e psicanalista e, portanto, tem o valor da vivência e conhecimento do seu autor e do seu tempo.

Isso posto, a premissa deste texto é ilustrar a importância da dimensão dos cuidados oferecidos pelo ambiente na constituição do sujeito humano e suas reverberações. E é por julgarmos necessário discutir a relevância dos cuidados fornecidos pelo ambiente ao bebê que manifestamos a crença na importância de uma atuação clínica atenta e cuidadosa, de forma a fortalecer o sujeito em sofrimento pelas dores íntimas da criança interior que persiste em qualquer idade cronológica.

Desenvolvimento emocional: interface ambiente mãe-bebê

O processo de desenvolvimento humano funda-se na maturação hereditária combinada com a acumulação das experiências. No início da vida a importância do ambiente é absoluta porque desde o nascimento, mesmo quando o bebê está vivendo num mundo subjetivo a saúde não pode ser descrita apenas em termos individuais. O desenvolvimento depende de uma provisão ambiental satisfatória uma vez que as primeiras organizações psíquicas do bebê só se constituem pela presença de alguém significativo (Safra, 2005) e o sujeito não pode criar a si mesmo (Ogden, 1996). Este alguém significativo é a mãe ou seu substituto. A mãe representa o primeiro ambiente para o bebê e, no princípio, mãe-bebê estão fundidos numa estrutura denominada ambiente-indivíduo (Abram, 2000).

Um ambiente satisfatório é aquele que facilita as várias tendências individuais de tal forma que o desenvolvimento ocorre em acordo com elas (Winnicott, 1999). Desta forma Winnicott postula que o meio ambiente satisfatório começa com um alto grau de adaptação às necessidades individuais da criança. Neste caso a mãe, geralmente é capaz de provê-lo devido a um estado especial denominado por ele de preocupação materna primária.

A relação do bebê e sua mãe ou da mãe e seu bebê tem seu início, de acordo com a teoria winnicottiana mesmo antes do nascimento e “opera sobre um universo de grande complexidade que começa com o equipamento material com o qual a criança vem ao mundo e termina no

entorno social em que mãe e bebê encontram-se mergulhados” (Cambuí; Neme; Abrão, 2016 apud Zornig, 2000, p.27). Para tanto, durante o terceiro semestre de gestação a mãe vivencia uma condição especial denominada de preocupação materna primária. É esta condição que promove a adaptação e possibilita a identificação da mãe com o seu bebê. Por ser uma vivência pontual e transitória, a preocupação materna primária perdura por algumas semanas ou meses e vai diminuindo gradativamente, de acordo com a crescente necessidade do bebê de experimentar reações à frustração.

Neste modelo teórico, é através do protótipo da interação entre o bebê e sua mãe, mediada por eventos psicológicos que envolvem a díade mãe-bebê que o mundo pode auxiliar ou impedir a tendência inata da criança ao crescimento. A forma como o bebê se sente, resalta Herzog (2009) desejado ou rejeitado, determina como estabelecerá suas relações afetivas ao longo da vida, pois a mãe ou seu representante na categoria de um objeto externo é fundamental tanto para assegurar a sobrevivência e o bem-estar físico, quanto para a constituição da realidade psíquica. Neste sentido Iaconelli (2016) frisa haver na psicanálise o fundamento de que as primeiras relações entre o bebê e sua mãe ou substituto (cuidador primário) são cruciais no processo de desenvolvimento.

Segundo Winnicott (1983) para que o bebê se conceba como um ser separado é necessária a presença efetiva de outro que acolha seu gesto primitivo e espontâneo de “vir a ser” no mundo. Esse gesto é intrínseco à condição humana e consiste numa jornada para o desenvolvimento emocional porque inicialmente essa conexão se refere ao bebê não ser uma unidade, posto que, para o bebê a mãe não existe e é sentida como extensão do seu próprio corpo.

Os cuidados físicos oferecidos ao lactente é a forma que a mãe tem para demonstrar o seu amor e apresentam-se desde as fases iniciais, momento em que a dependência ao ambiente-mãe é absoluta e é expresso em termos físicos através da sustentação que compreende as ações do cuidado desde alimentar, limpar, proteger. Esses cuidados representam para o bebê a segurança e o acolhimento, tão necessários física e psicologicamente (Winnicott, 1983). Nesta fase, a identificação da mãe com seu bebê permite a materialização do cuidado e será a partir dessa função que poderá oferecer um ambiente seguro, suficientemente bom que possibilita ao bebê receber o amparo necessário para atravessar os estágios e conflitos inerentes e essenciais à sua sobrevivência,

vivência das necessidades que surgem e se modificam, para ser capaz de integrar a experiência e o desenvolvimento de um sentimento de “Eu Sou” (Abram, 2000). O progresso esperado durante esse estágio é o desenvolvimento da individualidade, do tornar-se pessoa adquirindo um padrão pessoal.

Será a partir do processo de integração para se tornar uma unidade que se compreende as etapas essenciais para o desenvolvimento. Winnicott (1982) descreve-as como *holding*, *handling* e apresentação de objeto (ou mundo) como fenômenos básicos de uma maternagem suficientemente boa, favorecedora da constituição do *self* do bebê.

De acordo com Abram (2000) as particularidades do cuidado materno anterior e posterior ao nascimento colaboram para a criação de um ambiente de *holding*. A preocupação materna primária prepara a mãe para fornecer este necessário suporte egóico, porque “tanto o *holding* psicológico como o físico são essenciais ao bebê ao longo do seu desenvolvimento, e o serão por toda sua vida” (p. 135).

O *holding* envolve um padrão na rotina dos cuidados oferecidos ao bebê manifestado através de comportamentos afetivos relacionados ao alimentar, limpar, proteger, pois o bebê precisa de segurança e acolhimento e tais comportamentos potencializam estes sentimentos. O *holding* permite uma certa estabilidade e previsibilidade do ambiente dialogando com a continuidade do ser, noção de ilusão e a integração das partes do *self*. A sutileza das ações dos cuidados oferecidos ao bebê permite estruturar uma capacidade de sentir-se real.

O desenvolvimento durante a fase de *holding* proporciona condições para as relações objetais. De acordo com Winnicott (1988), a base das relações objetais, assim como muito do que se apresenta durante a vida do sujeito é experimentado ainda na primeira infância. O início das relações objetais surge com o início do período da amamentação, na relação mãe-bebê e no acordo estabelecido entre ambos para o momento da alimentação que estabelece a competência do bebê para se relacionar com os objetos e com o mundo. É a partir dessa experiência que o bebê vai entrando em contato com a realidade externa. Winnicott (2011) assegura que um *holding* deficiente produz extrema aflição na criança, sendo fonte de uma sensação de despedaçamento, pois, neste caso a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno.

Concomitante ao *holding* ocorre o *handling*. A díade segurar-manejar é fundamental para o estabelecimento das bases mínimas que

possibilitarão a instauração de um ser saudável e criativo. *Handling* traduzido como manejo por derivar de *hand* que significa “mão”, refere-se ao contato pele a pele entre o bebê e a mãe (ou cuidador) e representa o manuseio do corpo durante as tarefas dos cuidados físicos como a amamentação, o banho e a troca. O *handling* auxilia no equilíbrio entre as realidades, interna e externa, através da formação da borda corporal (esquema corporal) em conformidade com a vida psíquica. Esse processo possibilita diferenciar o “Eu” do “Outro”. Trata-se de uma vivência sofisticada que possibilita ao bebê reconhecer sua psique dentro do seu corpo a que se denomina “personalização”.

A personalização envolve a instalação gradativa da psique no corpo, vivência que proporciona ao bebê um sentimento de integração e sanidade, permitindo-lhe explorar a pele, o corpo e cuidados físicos, além das memórias corporais. Este processo engloba a adaptação materna que, quando satisfatória, oferece ao bebê condições de elaborar suas funções corporais e alojar a psique no soma. Tal recurso possibilita a experiência de habitar um lugar seu, não mais a mãe. Importante frisar que a personalização não se completa em nenhuma fase da vida, sendo fortalecida em determinados momentos e perdida em outros. Esta oscilação não representa algo ruim, mas a oportunidade de retornar a momentos anteriores de fases mal resolvidas com a possibilidade de revivê-las e fortalecer as conquistas alcançadas. Em suma, oferece a possibilidade de tornar-se mais integrado e saudável.

A terceira função que compete à mãe suficientemente boa é a apresentação de objetos (ou do mundo). A percepção da apresentação de objetos caracteriza-se como o início das relações objetais e se dá a partir da oferta de objetos subjetivos, pontua Dias (2003). Esta atividade consiste em oferecer objetos substitutos de satisfação que representem a realidade externa e é primordial para o avanço da fase da dependência absoluta para a da dependência relativa, uma vez que cresce o interesse e a curiosidade do bebê na busca por objetos de satisfação próprios, para além da figura materna.

O objeto com o qual o bebê se relaciona durante a adequada adaptação ao ambiente, destaca Fulgencio (2016), é uma criação sua e está de acordo com as suas próprias necessidades. Ademais, trata-se de uma experiência relacionada a um tempo-espaço em que o bebê vive e no qual articulam-se os acontecimentos corporais a determinados sentidos e registros existenciais que fornecem certos coloridos semânticos

às vivências corporais, responsáveis pela ilusão de criação daquilo que satisfaz suas necessidades e resultam na própria experiência do criar (Fulgencio, 2016). Há que se destacar, portanto, a refinada construção e elaboração contidas neste processo.

Ocorrendo de maneira gradativa e contínua a apresentação de objetos auxilia na função formativa que permite o estabelecimento das relações objetais e possibilita ao bebê a criação da ilusão inicial onipotente, fator importante no estabelecimento da confiança em ser capaz de criar objetos e o mundo real (Winnicott, 1983). Separar o “Eu” do “Não Eu” (ou objetos externos) depende do desenvolvimento em etapas anteriores, porque o sentido da realidade requer o desenvolvimento do mundo subjetivo do bebê para que, com isso, possa avançar de maneira gradual ao amadurecimento que se constrói a partir de diversas realidades e na relação com diferentes objetos, embora o mundo objetivamente percebido nunca é idêntico ao concebido ou visto subjetivamente (Winnicott, 2011).

A relação entre o mundo interno e o externo, na continuidade do desenvolvimento a partir da conquista da integração entre ambiente e processo de desilusão culmina no surgimento de algo que se materializa num objeto, numa área na qual o bebê continua habitando. Esta área é a da ilusão, “na qual o bebê vive subjetivamente, desde que o ambiente continue fazendo a sua parte, adaptando-se às necessidades do bebê sem quebra da continuidade do ser”, assinala Fulgêncio (2016, p. 42).

O estudo da relação da mãe com o seu bebê representa o ponto de partida para a elaboração da teoria do amadurecimento emocional de Donald W. Winnicott. De acordo com esta teoria o amadurecimento emocional saudável está intimamente relacionado ao cumprimento de tarefas básicas do amadurecimento. Isto posto, discorreremos sobre pontos relevantes desta teoria na compreensão do desenvolvimento humano.

Teoria do desenvolvimento emocional

A teoria psicanalítica winnicottiana determina que o ser humano possui uma tendência inata ao desenvolvimento que corresponde ao crescimento do corpo e evolução gradual das funções cognitivas e ao amadurecimento emocional. Ambos, representam potenciais vitais próprios que impulsionam o processo de desenvolvimento desde o início

da existência até a continuidade de ser. Baseado na sua experiência clínica e tendo como pressuposto esta crença, Winnicott desenvolveu a teoria do desenvolvimento emocional que consiste no ponto central do seu trabalho e fundamenta-se nos estágios iniciais, pois estipula que o desenvolvimento da personalidade e a vida psíquica baseia-se na relação mãe-bebê.

Durante toda a sua vida, Winnicott, de acordo com Fulgencio (2016) procurou elaborar uma teoria do desenvolvimento emocional na qual descreve o que ocorre na saúde quanto nas derivações patológicas, quando acontecem problemas no desenvolvimento. Sua teoria dedicou-se a compreender desde a origem até o momento final e descreve como o ser humano progride de uma situação inicial, na qual é imaturo afetiva e cognitivamente; não integrado: no espaço, tempo, em si mesmo e em sua relação e unidade psicossomática, para experienciar as diversas integrações, chegando a diferenciação entre o mundo externo e interno para conquistar uma unidade “estabelecendo-se como uma pessoa inteira que se relaciona com os outros como pessoas inteiras” (p. 28). Logo, o indivíduo passa de um “Não Eu” para um “Eu Sou” partilhando o mundo com os outros e por ser um ser de cultura íntegra a sua história com os demais.

A conquista da unidade representada pela integração é uma realização do processo maturacional inato intermediado pelo ambiente e possibilita ao bebê alcançar a independência relativa. No entanto, a integração não é uma operação automática, mas uma atividade que se desenvolve pouco a pouco em cada criança, posto que não é mera questão de neurofisiologia, por se tratar do desenvolvimento de uma unidade da personalidade e uma capacidade de sentir-se integrado (Winnicott, 2011), pois pela tendência inata à interação, soma e psique tendem a integrar-se numa unidade (Dias, 2015). Ainda que este sentimento de integração não seja permanente, sua presença em alguns momentos possibilita à criança “perceber que habita aquela estrutura que identificamos como o seu próprio corpo” (p. 39). Neste percurso, se porventura a adaptação materna for inadequada ou insuficiente, o processo maturacional é enfraquecido ou interrompido.

Pode-se dizer, destaca Fulgencio (2016) que Winnicott descreve a sua teoria do desenvolvimento emocional como uma teoria da dependência, uma vez que, pensando no lactente, ele dirá que há três grandes fases do desenvolvimento, a saber: a da dependência absoluta, a da dependência relativa e a rumo à independência. Estas fases estão

intimamente relacionadas ao desenvolvimento pessoal pela tendência ao amadurecimento inato empreendido pelos estágios vivenciados durante o curso da vida que, embora provenha de uma razão hereditária, necessita de um ambiente suficientemente bom para a sua expansão.

Um ambiente suficientemente bom é aquele que proporciona confiança no que se refere ao que se deve prover à criança pelos pais, quanto ao papel da sociedade. Sendo apontada como fator decisivo no crescimento de cada criança a confiança tem papel fundamental, pois sem uma confiabilidade mínima não há condições da criança se desenrolar ou se desenrolará com distorções, pontua Winnicott (2011).

O desenvolvimento emocional está associado ao processo maturacional. Este processo tem como ponto de partida a dependência absoluta, momento que o lactente não possui meios de perceber o cuidado materno e sua dependência de um outro ser. O amadurecimento vai do estágio primário de dependência absoluta, passando pela dependência relativa rumo à independência considerada por Winnicott (1988) sempre relativa, posto que, nunca será atingida em sua totalidade. De acordo com Winnicott (2011) a independência é algo que se realiza a partir da dependência e acrescenta que a dependência realiza-se a partir do que chamou de dupla dependência representada pela dependência do bebê dos cuidados maternos e o desconhecimento da origem destes.

A dependência absoluta está presente desde o período gestacional, pois nos primórdios há uma sujeição ao ambiente físico e emocional. Após o nascimento essa dependência se dá pela necessidade dos cuidados, cabendo ao cuidador prover segurança para o seu desenvolvimento físico e emocional. Esse processo compreende o vir-a-ser e engloba diversas experiências inimagináveis de ansiedades vivenciadas pelo bebê. Tais necessidades que num primeiro momento dizem respeito ao corpo vão, gradualmente, se transformando em necessidades do ego (Winnicott, 2000). Para atravessar estas vivências o bebê depende de um ambiente capaz de assegurar a satisfação das suas necessidades de tal modo que contribua para o processo de maturação da criança (Winnicott, 2011), uma vez que o amparo satisfatório ao bebê em situações desagradáveis, transforma-as em experiências positivas (Winnicott, 1988).

A dependência absoluta, gradativamente, torna-se em certa medida conhecida pela criança que vai adquirindo a capacidade de fazer saber ao ambiente o quanto necessita de atenção. Neste ínterim apre-

senta-se a dependência relativa, que segundo Winnicott (1988), possui características de adaptação a uma falha gradual concomitante a uma desadaptação da mãe em relação ao bebê, como por exemplo: não atender as necessidades imediatas do lactente, momento em que se instaura a compreensão do bebê da separação da mãe, viabilizando o período de distinção entre o “Eu” e o “Não Eu”, o desenvolvimento da inteligência do lactente, a percepção de si e da sua dependência, compreendendo as necessidades da mãe e começando a ver-se separado desta. Após esse período, por volta dos dois anos o bebê começa a desenvolver a capacidade de lidar com as perdas.

Do ponto de vista clínico, segundo Winnicott (2011) percebe-se um progresso gradual em direção à independência, embora sempre marcado por recorrências da dependência ou da dupla dependência. A progressão da dupla dependência a dependência, e desta à independência, não é apenas expressão da tendência inata da criança ao crescimento, posto que, este, só poderá ocorrer com a participação de outra pessoa, sensível às necessidades da criança.

Por conseguinte, conforme ocorre os processos anteriores, a intrusão do mundo concreto, a identificação com o social e o entendimento do real, a criança fortalece sua independência. Esta conjuntura “desenvolve uma verdadeira independência, com a criança tornando-se capaz de viver uma experiência pessoal que é satisfatória, ainda que envolvida com as coisas da sociedade”, destaca Winnicott (1983, p.87). Este período de busca pela independência estende-se à adolescência e nunca será concluída completamente, de acordo com o autor.

A maturidade individual implica movimento em direção à independência, mas não existe esta coisa chamada “independência”, frisa Winnicott (1999), porque sempre se é dependente de alguma pessoa. Seria nocivo para a saúde, segundo o autor, o indivíduo ficar isolado a ponto de se sentir independente e invulnerável. Se uma pessoa está viva, há algum grau de dependência. Para Winnicott, pontua Fulgencio (2016) os modos de ser do ser humano são fruto efetivo da sua história psicoafetiva, nas suas relações com os seus ambientes. Desta forma, é importante compreender que o cuidado com o outro representa uma prática de cuidado ambiental fundamentada na saúde emocional dos indivíduos.

A teoria do amadurecimento representa uma sofisticada construção teórica que revela a especial atenção e respeito à individualidade e singularidade da criança em desenvolvimento. Há que se frisar que,

embora sua elaboração tenha seu cerne na observação de Winnicott com crianças, a teoria não se limita a esta faixa etária. De acordo com Fulgencio (2016) seu referencial teórico abarca uma teoria da saúde que comporta crianças, adultos, mães, pais, cuidadores, entre outros, “quando das organizações patológicas que têm gênese na vida emocional dos indivíduos” (p. 99). Porquanto este modelo teórico comportar outros conceitos importantes e serviu para instaurar uma nova perspectiva para a atividade clínica no processo terapêutico infantil, mas também do adulto.

Considerações finais

O breve percurso proposto por este capítulo a partir de alguns conceitos winnicottianos que possibilitam relacionar o ambiente e os cuidados maternos ao processo de desenvolvimento emocional, embora óbvio nos escritos do autor, tem importância na medida que a sua discussão e transmissão nunca cessam.

Face ao que foi constatado através do estudo de autores brasileiros quanto ao desconhecimento da teoria winnicottiana por parte dos círculos psicanalíticos nos anos 90 e ao crescimento do interesse pelas suas ideias na atualidade, pontuamos o quanto a obra tem sido difundida e contribuído para a compreensão de questões atuais. Assim, quanto mais estudarmos e escrevermos mais difundiremos o seu pensamento e técnica.

Ao longo das discussões e ponderações realizadas durante a escrita deste texto pudemos chegar a inúmeras indagações referentes a quão ampla é a obra winnicottiana, pois um conceito conduz a outro e, por sua vez, exige um retorno a um anterior; ou seja, trata-se de um encaadeamento de ideias que só fazem sentido se compreendidas de forma entrelaçada e complementar.

Neste sentido, ainda que cada um desses conceitos represente um tema vasto, eles permitem ser condensados e ilustrados de modo a se compreender o desenvolvimento emocional pelo viés da necessidade de pensar na constituição do sujeito a partir dos cuidados básicos e iniciais concedidos ao bebê, evidenciando a importância de uma relação mãe-bebê (ou substituto) que ofereça uma provisão ambiental suficientemente boa que lhe possibilite a capacidade de integrar as suas partes até se tornar uma pessoa inteira.

A teoria winnicottiana sendo uma teoria psicanalítica que não mira primordialmente o que acontece no mundo interno do indivíduo, como o modelo das teorias freudiana e kleiniana, fornece subsídios para compreender os efeitos que uma relação humana pode produzir noutro ser humano, um entendimento das patologias sem a patologização dos comportamentos e os fundamentos da entrada do homem na cultura a partir do ambiente e das relações entre as pessoas. Todos estes subsídios e muitos outros revelam que o caminho do desenvolvimento é longo e por isso a mãe (ou seu substituto) deve apresentar o mundo ao bebê de forma gradual, permitindo-lhe vivenciar a ilusão de onipotência de que quem criou aquilo foi ele. Esta ilusão é fundamental para a criação da capacidade de segurança.

Assinala-se que, embora o ser humano venha ao mundo equipado com um potencial herdado que o capacita ao desenvolvimento, é necessário que o ambiente proporcione o cuidado suficiente para a realização das tarefas primordiais. Este cuidado deve ser suficiente, ou seja, na medida certa. Se o bebê usufruir de condições maternas adaptáveis a partir da apresentação de objeto e da manipulação que satisfaz suas necessidades, ele se sentirá confiante para criar os seus próprios objetos e será capaz de desenvolver o sentido de integração.

A integração desempenha uma interação tempo-espaço que se constrói a partir das experiências vividas no mundo subjetivo do bebê e possibilita sentir-se vivo através da figura que provém os cuidados de subsistência. Sendo uma atividade que registra, cataloga e diferencia os acontecimentos corporais porque nos primeiros meses o bebê vivencia momentos de maior e menor integração que se intercalam, necessitando da mediação materna para que possa construir a sua. É o colo materno que oferece a provisão ambiental para ultrapassar a dupla dependência absoluta e relativa até atingir a conquista da independência relativa ou unidade própria em relação ao meio.

E por fim, é importante frisar que não há sujeito forte sem o estabelecimento de uma relação mãe-bebê que o sustente e o acolha desde o início, pois mesmo havendo, em todas as fases da vida, a possibilidade do fortalecimento da autonomia para cuidar de si, não se pode negar ou desprezar a relação entre o ambiente e os cuidados para o curso da vida.

Referências

Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. – Rio de Janeiro: Revinter.

Almeida, A. P. de ., & Naffah Neto, A.. (2021). A teoria do desenvolvimento maturacional de Winnicott: novas perspectivas para a educação. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 24(Rev. latinoam. psicopatol. fundam., 2021 24(3)), 517–536. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n3p517-3>

Auzieu, D. (2006). *Psicanalisar*. – Aparecida (SP): Ideias & Letras.

Cambuí, H. A., Neme, C. M. B., & Abrão, J. L. F.. (2016). A constituição subjetiva e saúde mental: contribuições winnicottianas. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 19 (Ágora (Rio J.), 2016 19(1)), 131–145. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982016000100009>

Chemouni, J. *História do movimento psicanalítico*. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. – Rio de Janeiro: Imago.

Dias, E. O. (2015). *Interpretação e manejo na clínica winnicottiana*. 2ª edição – São Paulo: DWWeditorial.

Fulgencio, L. (2016). *Por que Winnicott?* 1ª edição. – São Paulo: Zagodoni.

Herzog, R. (2009, 21 de outubro). Café Filosófico. *Relações amorosas e encontro impossível*. [vídeo]. YouTube. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=4kyC_xT9ryg.

Iaconelli, V. (2016, 7 de agosto). Os Psicanalistas e suas Análises. *Sobre o desamparo*. [vídeo]. YouTube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RWkEPnwum>.

Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana (IBPW) (2023). *Winnicott no Brasil: Boletim informativo*. <https://boletimwinnicottnobrasil.dwe.com.br/edicao2023/>.

Loparic, Z. (2001). Esboço do Paradigma Winnicottiano. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, Campinas, Série 3, v. 11, n. 2 jul.-

-dez.2001. 7-58, <https://www.cle.unicamp.br/eprints/index.php/cadernos/article/view/640>.

Loparic, Z. (2021). Mais um lugar para Winnicott no Brasil. *Revista Cult*. <https://revistacult.uol.com.br/home/mais-um-lugar-para-winnicott-no-brasil/>.

Ogden, T. H. (1996). *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida (SP): Ideias & Letras.

Winnicott D. W. (1982). Desenvolvimento emocional primitivo. In: *D. W. Winnicott. Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 247-268.

Winnicott D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott D. W. (1988). *A natureza humana*. Trad Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Winnicott D. W. (1999). *Tudo começa em casa*. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Winnicott D. W. (2006). *Os bebês e suas mães*. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott D. W. (2011). *A família e o desenvolvimento individual*. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes.

O *Brincar* e os Fundamentos Democráticos Encenados no Quintal

Fernanda Cristina Dias

Universidade de São Paulo (USP)

Introdução

O escritor e poeta Manoel de Barros apostou na memória da infância como recurso para resgatar a experiência de viver a partir da liberdade e da criação do próprio mundo, que sempre deveria estar enraizada na experiência vivida, mesmo que fosse imaginada. Para Manoel de Barros, a infância é um modo de ser-estar no mundo que deve ser explorado com liberdade e faz de sua escrita um certo *criançamento* da linguagem, criando palavras e expressões que por elas mesmas já constituem o cerne do brincar *manoeliano*.

O psicanalista D. W. Winnicott em sua prática com crianças pôde identificar as condições necessárias para que a infância saudável se estabeleça tendo como modelo de relação o *brincar*. Winnicott advoga pela vida que pode ser vivida como autêntica, permitindo um eterno *brincar*, espaço de experiência e experimentação entre o eu e o outro, que permite tanto a aglutinação do que vem de fora ao que está dentro do indivíduo, como a separação identitária de cada um da dupla, criando movimento e tessitura para a experiência.

Esse modelo relacional ligado ao *brincar* é baseado inicialmente nas relações com objeto subjetivos e depois transicionais, dando estofamento, na sequência, para as relações com objetos percebidos objetivamente e passou a ser uma das grandes contribuições do autor para a psicanálise, que extrapolou esse aspecto para as relações humanas em todas as idades, incluindo a vida adulta e a relação com a cultura. Esse aspecto foi desenvolvido e incorporado também por psicanalistas contemporâneos como Bollas (2017), Green (1996, 2001, 2007) e Ogden (1994).

No livro *Tudo começa em casa*, Winnicott (1986b/ 1996) apresenta textos que fazem a ponte entre os cuidados iniciais ofertados no *lar comum saudável*, que pavimentam a busca pela experiência com o

mundo, lançando a criança do cercadinho para a escola e da escola para a vida social mais ampla, adentrando a cultura e mais tarde contribuindo para a construção do tecido democrático.

Nesse trabalho, a aposta é na infância saudável ambientada no *lar comum* de Winnicott e no *quintal* de Manoel, com ênfase no verbo *brincar* e na sua possibilidade de comunhão com o mundo, na ação envolvida no entre jogo do eu com o outro, encenada no *quintal* como preparação para experiências mais amplas.

A teoria do desenvolvimento emocional

Antes de abrir o *quintal* de Manoel de Barros e explorar seus escritos, é preciso apresentar um quadro geral da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott. O objetivo não é oferecer uma exegese das contribuições teórico-clínicas do autor, mas localizar o campo conceitual e teórico que será incorporado à análise.

Para isso, serão utilizados como referência os trabalhos de Fulgencio, (2016 e 2020) e sua Teoria do Desenvolvimento do SER; e de Dias (2015, 2022) que ao analisar as contribuições teórico-clínicas de Winnicott, destacando sua ideia de saúde nos estágios primitivos bem como a linha identitária que sustenta a sexualidade, tem como foco atualizar o quadro semântico-conceitual do autor para o entendimento da realidade brasileira do século XXI.

De maneira geral, a teoria do desenvolvimento de Winnicott vai desde a fase da dependência absoluta até a fase da independência relativa infantil. Para fins didáticos, serão apresentadas cada uma das fases, conforme segue.

Na *Fase da Dependência Absoluta* (da origem até aproximadamente o quarto mês), a experiência de continuidade de ser é não relacional (“sou”) e já no contexto intrauterino, há uma série de experiências vividas pelo bebê em que a possibilidade de ser já é possível. Dentro do útero, o bebê e sua mãe biológica pertencem a um mesmo contorno somático e psíquico em que, por meio do cordão umbilical e de outras ligações vivenciais, tem-se a união de dois corpos que formam um único composto. O soma e a psique são uma única entidade, estando entrelaçados e fundidos, fornecendo as primeiras experiências de ser (Dias, 2015).

Com a irrupção do nascimento, a fundição arcaica mãe biológica-bebê é rompida de forma que existem agora dois corpos, o da mãe e

do bebê, separados perceptivelmente aos olhos do observador, iniciando o modelo de relação subjetiva (“sou com”). O bebê, que antes tinha todo o seu funcionamento somático e psíquico apoiado e fundido ao da mãe, terá que integrar estes dois sistemas, que não são mais suportados literalmente pelo organismo vivo da mãe, e terão que encontrar uma maneira particular de continuar vivendo.

Inicialmente, após o nascimento, Winnicott observou que o bebê tem a necessidade de depender integralmente de uma cuidadora ou cuidador (por isso, dependência absoluta). Neste estágio, ambiente e bebê formam um amálgama (e portanto, a relação é com objetos subjetivos) de forma que os *cuidados iniciais* denominados de *suficientemente bons* são o *ambiente primordial* e determinante para a continuidade de ser do bebê.

Para este trabalho, no contexto dos cuidados ambientais optou-se pelos termos *preocupação parental primária* em detrimento à *preocupação materna primária*, para designar a condição psicológica fornecida pelos adultos responsáveis afetivamente pelos cuidados iniciais oferecidos ao bebê, bem como *ambiente suficientemente bom* ao invés de *mãe suficientemente boa*, entendendo que as expressões em destaque extraídas do campo semântico de Winnicott não se aplicam à realidade de *todas* as famílias do século XXI, principalmente no Brasil, em que são estruturadas de diversas formas, não reduzindo-se somente à família tradicional e à responsabilização permanente da mãe biológica para que assuma a posição de mãe e única provedora de cuidados iniciais. (Dias, 2022).

Há discussões no campo da Antropologia Social (Carsten, 2004), (Yanagisako & Collier, 1987) que questionam a ideia de família tradicional no século XXI, tendo em vista as contribuições das teorias feministas (anos 60 e 70) e os estudos de gênero (a partir dos anos 80) que tensionaram as diversas formas de interação afetiva, sexual e reprodutiva ligadas ao campo da família, bem como o mercado de bebês fornecido pela tecnologia aplicada à reprodução que amplia o entendimento do que é biológico na composição familiar, a partir da oferta de óvulos, sêmens e barriga de aluguel, disponíveis nas prateleiras das clínicas de reprodução (Lewis, 2019; Vasallo, 2018). Essas discussões mostram conexões entre o campo da biologia e da cultura que tornam obsoletos os estudos clássicos de antropologia sobre parentesco e família, circunscritos na consanguinidade e nos papéis sociais rígidos de homens e mulheres.

Entende-se que não é o objetivo desse trabalho o aprofundamento do tópico *família no século XXI*, mas torna-se importante fazer esta breve explicação para oxigenar a teoria de Winnicott e fornecer aos leitores a oportunidade de ampliarem os conceitos propostos pelo autor, tornando-os palatáveis à realidade contemporânea.

Voltando à teoria do desenvolvimento emocional, Winnicott aponta para a existência de um paradoxo em que aos olhos de um observador existe um bebê, mas do ponto de vista do bebê, ele não existe, pois dependerá ainda por alguns meses desse modo de relação subjetiva com seus cuidadores ou suas cuidadoras para poder conquistar a possibilidade de reunir-se em uma unidade de sujeito psicológico.

Quando há a possibilidade de viver uma série de experiências alucinatórias de criação dos objetos que fornecem o que o bebê necessita, as experiências de ser se intensificam e a cada ocorrência, tem-se o reconhecimento de existir um *self* verdadeiro, ou seja, uma inscrição pessoal, um traço particular que caracteriza a forma como cada bebê, por meio das relações subjetivas com seus cuidadores ou cuidadoras, tem vivido sua existência.

Na *Fase da Dependência Relativa* (do quarto mês até aproximadamente 18 meses), o modelo de relação passa a ser transicional (experiência “sou com” e “sou diferente de”) em que os cuidadores começam a distanciar-se paulatinamente, de modo que o bebê pode já sustentar suas ausências momentâneas por meio de recursos mentais e lidar com a desilusão. Pode assim, associar percepções do ambiente a ocorrências iminentes, identificando cheiros, ruídos, luminosidade e o que cada nuance destas variáveis acarretam na relação que estabelece com seu cuidador ou cuidadora principal, dando um caráter de previsibilidade que será a base da relação de confiança que estão estabelecendo. Desta forma, o bebê também pode gradualmente ir adaptando-se aos seus cuidadores ou às suas cuidadoras, sem perder a experiência de ser ele mesmo, por meio do início da utilização dos recursos mentais.

Assim, o bebê passa a estabelecer um modo de relação não mais inteiramente subjetivo, mas transicional, que apesar de ainda apoiar-se na relação com os cuidadores ou cuidadoras, é uma relação de “sou com”, entre o subjetivo e o objetivo. Neste momento, é comum o bebê eleger um objeto real, do mundo externo, um ursinho, um paninho ou qualquer outro de sua preferência, para depositar estes aspectos transicionais (subjetivos e objetivos) de forma que este objeto possa repre-

sentar partes suas e dos cuidadores ou cuidadoras, sendo a realidade do “sou com”. O objeto transicional pode ser usado, destruído e amado, com a qualidade de estar sempre presente.

O cuidador ou cuidadora principal não é ainda, portanto, um objeto externo ao bebê que precisa usar o objeto transicional para exercer idas e vindas até finalmente suportar sua existência real. Este jogo propicia a noção de diferenciação, de modo que além de “ser com” é possível “ser diferente de”, sendo estabelecida assim, a capacidade de brincar e as bases da simbolização. É nesse momento que o modelo de relação interpessoal a partir do *brincar*, torna-se uma possibilidade. (Esse aspecto será melhor detalhado adiante).

Na *Fase da Independência Relativa Infantil*, o modo de relação interpessoal “Eu sou” e “Eu sou X” passa a ocorrer, a partir da fase edípica e na latência. A continuidade de ser passa a ampliar-se de forma que o jogo EU versus NÃO-EU é amortecido, até o momento no qual é possível para o bebê viver experiências por meio da unidade do sujeito psicológico. Neste ponto, é possível dizer EU SOU e perceber a existência real dos cuidadores ou cuidadoras como um objeto objetivamente percebido.

Assim, as relações de objeto passam a compor amplas possibilidades de estar-no-mundo, podendo transitar entre relações subjetivas, transicionais e objetivas, estabelecendo agora uma relação de independência relativa (Fulgencio, 2020). Há, portanto, uma fase dual, entre bebê e cuidadora ou cuidador principal (relação de dois corpos) e na sequência, entre bebê e cuidadores ou cuidadoras (relação a três corpos).

Na etapa dual, as forças instintuais são vividas como aspectos internos, havendo a possibilidade de relacionar-se com aspectos bons e maus dos objetos, bem como suportar a possibilidade de responsabilizar-se por impulsos amorosos e destrutivos de maneira ambivalente. Forma-se assim, o ciclo benigno, uma cadeia de experiências de destruição e reparação (fase do concernimento ou *concern*, segundo Winnicott) que fortalecem as relações de objeto e a o sentimento de sentir-se uma pessoa inteira - *whole person* (Fulgencio, 2020).

Na etapa triangular ou edípica, há um incremento nas relações interpessoais, com a possibilidade de projeções, introjeções e identificações. Segundo Fulgencio (2020), Winnicott reescreve a teoria do complexo de Édipo ao considerar outros acontecimentos anteriores que diferem da sexualidade com base físico-energética de Freud.

Após a etapa edípica, tem-se o período de latência e atenuação das pressões instintuais, para que posteriormente, na etapa genital, a potência sexual possa ser retomada.

Na *Fase da Independência Relativa Adulta*, o modo de relação interpessoal “Eu sou X” ganha outros sentidos. Na adolescência, há uma sofisticação das pressões instintuais e motoras com ênfase na potência sexual, acompanhada de problemas ou conflitos entre ser e fazer (questões apoiadas nos elementos feminino e masculino puros) (Dias, 2022). A força física torna-se uma realidade e dá “a possibilidade de machucar e até mesmo matar o outro, e a potência para copular e gerar” (Fulgencio, 2020, p. 138).

As experiências tornam-se mais ricas e é possível fazer identificação cruzada, ou seja, um modo de se relacionar empático – eu me coloco no lugar do outro. A identificação cruzada é a base para as relações grupais que funcionam como blocos identitários (Fulgencio, 2020). Na saúde, o indivíduo é capaz de pertencer a grupos cada vez mais amplos, sem perder o senso de si mesmo. A vida social e cultural torna-se o palco para as atuações no mundo, o interjogo entre o eu e o outro, resgatados das bases da experiência transicional, que acompanha o indivíduo desde a *Fase de Dependência Relativa* até o final de sua vida.

Na vida adulta, espera-se que a experiência de ser e continuar sendo tenha possibilitado atribuir valor à vida, aceitando seus conflitos, fracassos, bem como as conquistas, trazendo o reconhecimento de pertencer ao tecido social.

Na velhice e na morte, há uma diminuição do ritmo da vida, em ternos de conflitos e atuações, de forma que se pode agora, depois de *ser*, retomar os aspectos do *não-ser*, em uma re colocação com a dependência relativa experimentada anteriormente.

Tendo em vista o quadro geral apresentado, pode-se agora localizar o *brincar* como ligado à *Fase da Dependência Relativa*, que quando estabelecido como um modelo de relação, pode ser acessado em todas as fases da vida, incluindo a fase adulta.

A dimensão pendular e o movimento fluido de um ponto para o seu oposto formando um eixo, é a imagem que se apresenta como a metáfora do exercício contínuo entre o eu e o outro (ou entre o eu e os objetos) na busca da experiência de ser e continuar sendo, desde o nascimento até a morte. Lançando mão de outra metáfora, lembro-me também de uma aula de flamenco em que a professora, ao nos ensinar a

bailar sevilhana em dupla, nos lembrou que a/o bailarina/o flamenca/o dança no vazio do outro.

Tanto a metáfora do pêndulo quanto a da sevilhana estão presentes na raiz do pensamento de Winnicott e servem de referência para a análise dos textos de Manoel de Barros.

Meu quintal é maior que o mundo

O primeiro texto apresentado é o que dá título ao livro *Meu quintal é maior que o mundo* (Barros, 2015):

Eu tenho um ermo enorme dentro do olho. Por motivo do ermo não fui um menino peralta. Agora tenho saudade do que não fui. Acho que o que faço agora é o que não pude fazer na infância. Faço outro tipo de peraltagem. Quando era criança eu deveria pular muro do vizinho para catar goiaba. Mas não havia vizinho. Em vez de peraltagem eu fazia solidão. Brincava de fingir que pedra era lagarto. Que lata era navio. Que sabugo era um serzinho mal resolvido e igual a um filhote de gafanhoto.

Nesta primeira parte, o autor relaciona a infância à época da peraltagem ou da possibilidade de jogar-se na experiência, arriscar-se e acima de tudo, criar elementos para o seu próprio mundo no *fazer solidão*. O autor lembra-se do que não fez e usa as palavras e seus escritos como uma forma de *peraltagem* adulta.

Pensando-se especificamente no *fazer solidão*, Winnicott (1958g/2007), destaca que a sentença “Eu estou só” indica crescimento emocional porque implica antes de tudo que o indivíduo já estabeleceu-se como uma unidade, ou seja, encontrou um ambiente protetor que pôde fornecer cuidado para o estabelecimento das necessidades do ego infantil..

Neste sentido, o *fazer solidão* na infância retratada por Manoel de Barros, só é possível porque o cuidado ambiental suficientemente bom foi internalizado e assim, a solidão não foi sentida como persecutória ou vazia, mas sim como um espaço de criação e encontro com uma boa experiência.

Neste trecho, a importância do sabugo, da pedra ou da lata é acima de tudo o uso que uma criança pode fazer deles; isso está em linha com os textos de Winnicott sobre o tema do uso do objeto e o seu valor para o desenvolvimento emocional. Para Winnicott, “É no brincar, e apenas no brincar, que a criança ou o adulto conseguem ser criativos e

utilizar toda a sua personalidade, e somente sendo criativo o indivíduo pode descobrir o *self*” (Winnicott, 1971a/ 2019, pp. 92-93).

Cresci brincando no chão, entre formigas. De uma infância livre e sem comparamentos. Eu tinha mais comunhão com as coisas do que comparação. Porque se a gente fala a partir de ser criança, a gente faz comunhão: de um orvalho e sua aranha, de uma tarde e suas garças, de um pássaro e sua árvore. Então eu trago das minhas raízes crianceiras a visão comungante e oblíqua das coisas. Eu sei dizer sem pudor que o escuro me ilumina. É um paradoxo que ajuda a poesia e que eu falo sem pudor. Eu tenho que essa visão oblíqua vem de eu ter sido criança em algum lugar perdido onde havia transfusão da natureza e comunhão com ela. Era o menino e os bichinhos. Era o menino e o sol. O menino e o rio. Era o menino e as árvores. (Barros, 2015)

No trecho anterior, Manoel aponta para a *comunhão* da criança com o mundo, do espaço potencial que se coloca como um terceiro campo de experiência sem *comparamentos* ou *comparação*. Foi a partir de sua *visão oblíqua*, que pôde experimentar *a transfusão da natureza* e a *comunhão com ela*.

A questão do paradoxo é central na obra de Manoel de Barros e da mesma forma, na obra de Winnicott. Segundo Castello (2015), Manoel de Barros sempre foi consciente dos paradoxos da vida, assumindo o papel das contradições e do desmonte a partir das palavras, assumindo a importância de certa des-razão e do perder-se sem medo do colapso. Esse comentário coloca Manoel de Barros no centro da tese winnicottiana que advoga a favor dos paradoxos, ressaltando que eles devem ser aceitos, tolerados e respeitados, e não resolvidos (Winnicott, 1971a/ 2019).

Em *Concerto a céu aberto para solos de ave*, Manoel abre os escritos dizendo:

Quando eu nasci
o silêncio foi aumentado.
Meu pai sempre entendeu
Que eu era torto
Mas sempre me aprumou.
Passei anos me procurando por lugares nenhuns. Até que não me achei — e fui salvo.
Às vezes caminhava como se fosse um bulbo. (Barros, 2015)

Na primeira parte da poesia, Manoel parece referir-se ao silên-

cio existencial ligado ao nascimento e depois, à vida vivida a partir de si mesmo na presença de um *ambiente que é com*. Conforme descrito anteriormente, Winnicott descreve o nascimento e os primeiros meses de vida como uma experiência de continuidade de ser não relacional (“sou”) de forma que o bebê e sua mãe biológica pertencem a um mesmo contorno somático e psíquico. Com o nascimento, a mãe biológica e o bebê se separam de forma perceptível aos olhos do observador, iniciando o modelo de relação subjetiva (“sou com”) - que pode ser estabelecida, a partir do nascimento, com qualquer cuidador afetivamente responsável pelo bebê, além da mãe. O *silêncio aumentado ao nascer* é a própria possibilidade de preencher a vida à frente com o que está por vir.

Depois, quando o autor revela que *meu pai sempre entendeu. Que eu era torto. Mas sempre me aprumou*, parece referir-se a um momento mais maduro no desenvolvimento emocional em que é possível diferenciar o eu do não-eu e identificar elementos próprios e constituintes do *self*. O pai aqui aparece como um ambiente que permite que Manoel seja ele mesmo ao mesmo tempo que dá condições para que ele *se aprume*.

Na terceira parte, em que Manoel diz que: *Passei anos me procurando por lugares nenhuns. Até que não me achei — e fui salvo. Às vezes caminhava como se fosse um bulbo*, revela o caminho identitário em direção ao mundo. *Procurar-se por lugares nenhuns* parece referir-se à procura incessante e não objetivada de encontrar-se em cada experiência, livre em relação ao que irá encontrar. O gesto espontâneo do bebê em relação ao ambiente, na *Fase de Dependência Absoluta*, precisa ser atendido para que o bebê tenha a experiência ter sido ele mesmo o “criador” daquilo que necessitava. Assim, *ele não se acha*, de modo objetivo, mas é *salvo* porque encontra algo que tem a ilusão de ter criado. Essa seria a transição entre a área da ilusão (objetos subjetivos) e a dos fenômenos transicionais e da gradual desilusão (objetos transicionais). Depois, a finalização com a frase *Às vezes caminhava como se fosse um bulbo* aglutina a ideia central que é caminhar para chegar a si mesmo. Winnicott também utiliza a metáfora do bulbo para falar sobre o processo de construção da identidade (Winnicott, 1989vk), (Dias, 2022) .

Em *O livro das ignoranças* Manoel diz:

No descomeço era o verbo

Só depois é que veio o delírio do verbo.

O delírio do verbo estava no começo, lá onde a criança diz: Eu escuto a cor dos passarinhos.
A criança não sabe que o verbo escutar não funciona para cor, mas para som.
Então se a criança muda a função de um verbo, ele delira.
E pois.
Em poesia que é voz de poeta, que é a voz de fazer nascimentos —
O verbo tem que pegar delírio. (Barros, 2015)

Nesse poema, a brincadeira se dá entre a área subjetiva (*o delírio do verbo*) e área objetiva (*o verbo*). *Escutar a voz dos passarinhos* é imprimir neles o elemento subjetivo do eu e encontrar alguma identificação no que é transmitido por eles objetivamente. Isso só é permitido a partir de um espaço potencial em curso, o mesmo que deve ser apreendido pelo poeta. Tanto o *delírio infantil* quanto o *delírio do poeta* são essenciais para dar voz aos *nascimentos*, ou seja, à criação do mundo e ao encontro contínuo com a cultura. Se a tensão presente em *escutar a cor dos pássaros* for resolvida corrigindo o verbo, tanto a criança quanto o poeta são jogados no mundo duro da realidade, sem poder brincar com as vozes, as cores e os verbos. Segundo Winnicott, “. . . nenhum ser humano está livre da tensão causada pela relação entre as realidades interna e externa, e essa tensão é aliviada pela área intermediária da experiência que não é contestada (artes, religião etc.) (Winnicott, 1971a/2019, p. 33).

Mais adiante, no mesmo capítulo, Manoel mostra como a objetividade abrupta pode destruir a área intermediária e transicional:

O rio que fazia uma volta atrás de nossa casa era a
imagem de um vidro mole que fazia uma volta atrás de casa.
Passou um homem depois e disse: Essa volta que o rio faz por trás
de sua casa se chama enseada.
Não era mais a imagem de uma cobra de vidro que fazia uma volta
atrás de casa.
Era uma enseada.
Acho que o nome empobreceu a imagem. (Barros, 2015)

Em *Memórias inventadas*, especificamente no poema *O apanhador de desperdícios* Manoel de Barros diz:

Uso a palavra para compor meus silêncios.
Não gosto das palavras
fatigadas de informar.
Dou mais respeito

às que vivem de barriga no chão
tipo água pedra sapo.
Entendo bem o sotaque das águas.
Dou respeito às coisas desimportantes e aos seres desimportantes.
Prezo insetos mais que aviões.
Prezo a velocidade
das tartarugas mais que a dos mísseis.
Tenho em mim esse atraso de nascença.
Eu fui aparelhado
para gostar de passarinhos.
Tenho abundância de ser feliz por isso.
Meu quintal é maior do que o mundo.
Sou um apanhador de desperdícios:
Amo os restos
como as boas moscas.
Queria que a minha voz tivesse um formato de canto.
Porque eu não sou da informática:
eu sou da invenção.
Só uso a palavra para compor meus silêncios. (Barros, 2015)

Ademais dos aspectos ligados à objetividade excessiva do mundo real, destaca-se nesses trechos o *uso do silêncio para criar*, a *invenção*. Aqui, entende-se o silêncio como um espaço entreaberto, à espera de, e que não se entrega ansiosamente para o impulso da objetividade concreta daquilo que *informa*. A felicidade encontrada na brincadeira do quintal e resgatada na vida adulta, é aquela que permite que a criança, o adolescente ou o adulto, experimente em alguns momentos da vida o ritmo lento da tartaruga e fuja da velocidade dos mísseis; e que se aproprie de restos ou elementos desconstruídos para criar possibilidades.

Essa ideia do uso do silêncio para criar é também um componente presente na contribuição de Winnicott para a técnica psicanalítica e para o manejo clínico fundado no *brincar*. Com o desenrolar de sua experiência clínica e sobretudo com as formulações ligadas aos fenômenos e objetos transicionais, Winnicott percebe a importância de preparar o terreno para o *brincar*, que inclui ser econômico em interpretações com pacientes que ainda não estão preparados para recebê-las porque as entenderiam por meio da racionalização, preferindo assim colocar foco “na evolução natural da transferência oriunda da confiança” (Winnicott, 1971a/ 2019, p. 142). O uso do objeto e o *brincar*, são o ponto máximo da análise, indicando que o paciente estaria apreendendo criativamente sua experiência com o mundo.

Do ponto de vista do bebê e da criança, espera-se que possam usar sua agressividade como impulso criativo para: criar histórias e

grandes embates entre vilões e bandidos, interpretando os dois lados da moeda; matar seus pais na fantasia e encontrar um alívio quando eles aparecem sãos e salvos na refeição em família; negociar as regras com o amiguinho que quer determinar como será a brincadeira, entre outras situações em que se exige mediação a partir de ressonâncias e não necessariamente consonâncias ou amortizações apaziguadoras.

Um pouco do meu próprio quintal

Serão apresentadas agora, de forma muito breve, uma experiência clínica e outra da vida cotidiana, que norteiam as questões que estão sendo apresentadas como nucleares sobre o *brincar*.

A primeira delas refere-se a uma mãe aflita que busca minha orientação para saber como lidar com seu filho, que aos seus olhos é muito agressivo e precisa de psicoterapia. Chamarei a criança de Enrique. A mãe de Enrique teme que ele possa se tornar um “psicopata”. Ao oferecer escuta a essa mãe começo a perceber que essa análise em relação a Enrique está baseada nos convites que ele faz para que brinquem juntos e nessas brincadeiras ele quer “lutar” com sua mãe, convidando-a para ser um dos “bonequinhos”, típica disputa entre vilão e bandido. A mãe de Enrique comenta: “Eu falo para ele: ‘Filho, a mamãe te ama, não vou brincar de lutar com você’. Sabe, doutora, eu quero brincadeiras amorosas...”.

Sem me adentrar no caso e no desenrolar dessa história, é possível identificar uma mãe com dificuldade de receber o impulso criativo de seu filho, sem entender que Enrique estava fazendo um convite para um embate vivo, espontâneo e real (porque também podia ser imaginado) para localizar, dar limite e contorno aos impulsos de amor e ódio, às experiências de excitação e de apaziguamento que a vida instintual estava lhe convocando. O que era uma aposta na relação se tornou algo muito ameaçador para a mãe de Enrique. Ele a convidou para um *sou com* para dar conta do *Eu* e ela recusou a mistura porque ameaçava sua própria condição narcísica precarizada, que tinha como ponto de fuga a saída rápida para o mundo concreto ou para a normatividade do mundo dos mocinhos.

A outra experiência refere-se a uma vivência cotidiana. O filho de um amigo, que chamarei de Lucas, vem até a minha casa com o seu pai e ao me ver propõe a brincadeira de desenhar. Aceito e começamos. Lucas logo me fala sobre as regras do jogo: “Você só pode começar a

desenhar junto comigo, tá?”. Eu: “Tá!”. Lucas dá a ordem e começamos a desenhar. Na sequência, ele me vê pintando o desenho com canetinha e me diz: “Não pode pintar! É só para contornar... Senão, mancha a outra folha!”. Eu comento: “Nossa, quantas regras, Lucas!”. Ele me acalma: “Tá bom. Mas as regras servem pra mim também, tá? É para nós dois.”. Continuamos desenhando. Lucas decide que nós deveríamos desenhar o vaso que estava sob a mesa. Eu aceito. Começamos a desenhar. Lucas desenha, mas não tira o olho do que estou fazendo, me observando e acompanhando meus movimentos. Em um momento posterior, Lucas comenta: “Nossa, o seu desenho não está ficando bom!”. Provocando, eu retruco: “Mas o seu também não está!”. Lucas acolhe e diz: “Tá bom, o nosso desenho não está ficando bom, né? Mas a gente pode melhorar...”. Apesar de essa não ser uma vinheta clínica e a experiência não ter propósito psicoterapêutico, é claro o jogo que Lucas faz comigo de oposição e de conciliação. Ele se arrisca, dá as ordens, me critica, e quando coloco limite chamando-o para um embate, ele encontra a saída democrática do *nós* - Lucas é um parlamentar genuíno. O nosso encontro deu jogo e Lucas logo pergunta a seu pai quando ele poderia voltar para desenhar comigo.

As experiências descritas acima são experimentadas cotidianamente por crianças que vivem em ambientes saudáveis - como no caso de Lucas; bem como por aquelas que são privadas de uma troca mais madura - como no caso de Enrique. Sem o objetivo de apontar falhas e/ou acertos, as experiências descritas podem servir como norteadores do que está sendo negligenciado quando o *brincar* se torna escasso ou praticamente impossibilitado.

Na vida adulta, essas memórias infantis são resgatadas a partir de diferentes situações vividas no contexto cotidiano que buscam recursos egóicos e subjetivos nas marcas democráticas inscritas no corpo desde a infância, oriundas do *brincar*. As gavetas da democracia bem como as do totalitarismo são acessadas e permanecem vivas a cada nova reunião de condomínio, a cada nova disputa eleitoral para cargos públicos e na vida íntima com os mais próximos. A balança só poderá pender para a democracia quando é possível guardar o outro no interior do corpo *singular* e encontrar a saída pelo *plural intermediário* que molda o que será *nosso*.

Considerações finais

Finalizo minha reflexão lembrando do relato de uma colega psicanalista com vasta experiência em análise com crianças que, em um grupo de estudos que fazemos juntas, nos brinda com a frase de um de seus pacientes. Ela lembra que em um certo dia o menininho de 4 anos em análise há alguns meses chega em seu consultório e diz: “Sabe por que gosto de vir aqui? Porque aqui eu posso fazer quase tudo”. Essa frase emitida pelo pequeno menino estava alinhada às próprias palavras de Manoel de Barros que escreveu em *Tratado geral das grandezas do infimo*: “Meu fado é o de não saber quase tudo” (Barros, 2005).

Se aos quatro anos, um menino a partir de seu repertório vivencial entende e expressa com a sofisticação de um poeta que há sempre um espaço a ser preenchido no *quase tudo* da vida; que há sempre um por vir naquilo que pode ser completado pelo outro (e pelo *nós*) na abertura do *entre*, é porque ele sabe *brincar* e reconhece a importância da sua analista nessa experiência. Façamos assim do *setting* analítico um imenso *quintal*.

Referências

- Barros, M. de. (2005). *Tratado geral das grandezas do infimo*. Rio de Janeiro, Record.
- Barros, M. de. (2015). *Meu quintal é maior que o mundo*. 1 ed. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Bollas, C. (2017). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. Routledge.
- Carsten, J. (2004). *After Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Castello, J. (2015). Manoel além da razão In *Meu quintal é maior que o mundo*. 1 ed. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Dias, F. C. (2015). O conceito de saúde nos estágios primitivos da teoria do processo de amadurecimento de Winnicott: a dependência absoluta. *Winnicott ePrints. Revista Internacional de Psicanálise Winnicottiana*, 10(2).
- Dias, F. C. (2022). *O feminino entre nós: um diálogo com Winnicott*. São Paulo: Editora Blucher.

- Fulgencio, L. (2016). *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni.
- Fulgencio, L. (2020). *Psicanálise do Ser*. A Teoria Winnicottiana do Desenvolvimento Emocional como uma Psicologia de Base Fenomenológica. São Paulo: EDUSP-FAPESP.
- Green, A. (1996) Nota sobre los procesos terciários In *La metapsicología revisada* (pp. 185-192). Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Green, A. (2001) El tempo y el otro In *El tiempo fragmentado* (pp. 171 – 200). Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2007) Demarcação originária e transformação da ligação, de Freud a Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41 (1) 69-83.
- Lewis, S. (2019). *Full surrogacy now: Feminism against family*. London: Verso.
- Ogden, T. H. (1994). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 3-19.
- Vasallo, B. (2018). *Pensamiento monógamo, terror poliamoroso*. Madrid: La Oveja Roja.
- Yanagisako, S. J., & Collier, J. F. (1987). Toward a Unified Analysis of Gender and Kinship. In *Gender and Kinship. Essays toward a Unified Analysis* (pp. 14-50). Stanford University Press
- Winnicott, D. W. (1958g). A capacidade para estar só. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artmed, 2007.
- Winnicott, D. W. (1986b). Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- Winnicott, D. W. (1989vk). The psychology of madness: a contribution from psycho-analysis. In *Psycho-analytic Explorations* (pp. 119-129). Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Winnicott, D. W. (1971a). O brincar e a realidade. São Paulo: Ubu Editora, 2019

**Psicanálise do infantil:
primórdios da técnica de análise de crianças e
seus desdobramentos**

Jaqueline Borges Vieira

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Luís Alberto Gustavo Niemies Jeremias

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Introdução

A maneira pela qual Freud abordou a infância ao longo de sua obra, demonstra a importância desta noção tanto na história e constituição da metapsicologia psicanalítica, quanto no desenvolvimento psíquico dos sujeitos. Compreende-se que a infância fez parte da história da psicanálise, justamente porque ao longo das mudanças efetuadas por Freud em seu método clínico de tratamento, a noção de infantil passa a assumir um papel central. Freud, assim, foi consolidando sua compreensão da infância no que se refere ao desenvolvimento do aparelho psíquico, ao promover uma construção metapsicológica da noção do infantil distinta da noção de infância usualmente conhecida.

A pesquisa que irá subsidiar o presente capítulo pretende demarcar as contribuições específicas de Freud que o levaram a elaborar a noção de infantil, além de demarcar sua importância para a clínica e teoria psicanalítica na contemporaneidade. Acreditamos, deste modo, ter sido pertinente iniciar a pesquisa retomando algumas peculiaridades relativas ao interesse de Freud pela etiologia das psiconeuroses. Peculiaridades há muito conhecidas, mas cuja sistematização aqui, nos encaminhou para a concepção da noção de infantil propriamente dita. Realizamos um percurso, a partir das primeiras observações de Freud sobre as psiconeuroses, que nos parecia relevante para que pudéssemos, adiante, demonstrar os avanços teóricos e clínicos de Freud em relação ao tema do infantil na construção da metapsicologia psicanalítica.

O Infantil no Período Pré-Psicanalítico

Desde os primórdios da psicanálise, através das pesquisas e experiência clínica de Freud, a infância foi se tornando uma das marcas fundamentais da teoria e clínica psicanalítica. Em seu momento inaugural foi fortemente marcada pela busca de Freud em estabelecer a etiologia das psiconeuroses. A partir desta busca, a infância era cada vez mais encarada por Freud como sendo o período da vida dos sujeitos onde se deveriam encontrar explicações e interpretações dos sintomas e males neuróticos.

Num primeiro movimento em direção a explicação da etiologia das psiconeuroses e após vários experimentos com pacientes histéricos Freud passa a utilizar um método de tratamento proposto por Joseph Breuer que consistia em fazer o paciente remontar, a partir da hipnose, a pré-história psíquica de seus sintomas buscando encontrar um evento traumático em sua infância que pudesse ter originado sua doença. Assim, em 1893 publicam a *Comunicação preliminar*, trabalho onde os autores lançam uma terapêutica que consistia em uma investigação dos acontecimentos ocorridos na infância dos pacientes buscando encontrar fatos e experiências fidedignas ocorridas onde lembranças e experiências ficaram recalçadas e originaram os sintomas. Por meio da hipnose Breuer e Freud (1893/1996) conduziam a atenção do paciente diretamente para a cena traumática na qual o sintoma surgiu, buscando descobrir o conflito mental envolvido na cena recordada, liberando, deste modo, a emoção nela recalçada. Desde então, o infantil ia assumindo uma posição de destaque para a psicanálise.

Breuer e Freud (1893/1996), foram percebendo nos sintomas neuróticos causas desencadeantes que passaram a ser descritas como traumas psíquicos. Qualquer experiência que pudesse evocar afetos aflitivos poderia atuar como um trauma dessa natureza. No caso da histeria, por exemplo, existia a ocorrência de vários traumas parciais que formariam um grupo de causas desencadeadoras. Assim, já nos primórdios da técnica psicanalítica observava-se apenas que os efeitos das experiências presentes deveriam ser remontados a algo no passado.

No decorrer deste trabalho, Freud e Breuer descobriram o processo mental característico das neuroses, o qual Freud (1914/1996) nomeou posteriormente de “regressão”. Freud percebia ao longo de sua investigação que era levado cada vez mais para o passado dos sujeitos,

mais especificamente para a infância e para seus primeiros anos de vida. Esta direção regressiva se tornou uma característica de extrema importância para o processo de análise.

É também com este trabalho que Freud passa a se dar conta da existência da noção de defesa, a qual possuiu um papel fundamental na elaboração da teoria psicanalítica propriamente dita. É neste momento também que se inicia o afastamento entre os dois autores, justamente porque Freud só poderia obter acesso ao fenômeno da defesa quando abandonou a técnica da hipnose. Quando começou a solicitar de seus pacientes que buscassem se lembrar do fato traumático que poderia ter desencadeado seus sintomas, acabavam por esbarrar em uma resistência do próprio sujeito em tornar suas experiências conscientes. Freud, então, foi chegando à conclusão de que certas ideias geram resistência pois são de natureza aflitiva, capazes de desencadear afetos de vergonha, autocensura e sofrimento. A teoria e a terapia da histeria no período que corresponde a *Comunicação preliminar*, foi sustentada pelo pressuposto de que o trauma psíquico possuía um conteúdo sexual (Garcia Roza, 2015/1996).

Assim, influenciado por seus estudos com Charcot e Breuer quanto à origem traumática da histeria, Freud (1950[1895]/1996) entendia o trauma como um produto da infância formado em função de uma sedução sexual exercida por um adulto. Neste sentido, Freud afirmava que os histéricos seriam pessoas que, em parte, tornaram-se prematuramente excitáveis em sua sexualidade em decorrência da estimulação mecânica e emocional e das quais pode-se supor que uma liberação prematura estaria presente em sua disposição inata. Neste momento, Freud ainda não havia reconhecido a sexualidade infantil enquanto fundamento na estrutura dos sintomas.

O interesse de Freud pelas lembranças e afetos recalçados da infância demonstra que sua busca também ia em direção àquelas memórias que não eram à primeira vista lembradas pelos pacientes. A experiência clínica de Freud foi lhe dando provas de que o recalçamento é invariavelmente aplicado a ideias que despertam no ego um afeto penoso, de desprazer e que estavam ligadas a vida sexual dos sujeitos. Portanto, era justamente este afeto desprazeroso que acionava o recalçamento (1950[1895]/1996).

Com o avanço de sua experiência clínica, Freud foi situando as experiências infantis como sendo fundamentais para a consolidação do

aparelho psíquico. Em seu *Projeto para uma psicologia científica* Freud (1950[1895]/1996) demonstra de que modo a busca da satisfação e o desamparo infantil inicial são fundantes do psiquismo. Para Freud, as necessidades somáticas do bebê acabam por impor necessidades que sozinho o mesmo não pode satisfazê-las. Tais necessidades precisam de uma ação específica para satisfazerem-se e para evitar o desprazer provindo do aumento da tensão. O choro é a única ação do bebê capaz de estabelecer uma descarga, além de trazer o outro que irá realizar sua satisfação. Assim, são nessas primeiras experiências infantis que Freud passa a situar a ação da pulsão na formação do aparelho psíquico. Freud passa a formular a concepção de um psiquismo habitado por elementos que não seriam diretamente observáveis, tais como as forças e energias de natureza psíquica. Para o autor, essas forças caracterizam o ponto de vista dinâmico e são comparáveis às forças que os físicos inferem agir sobre a matéria. De tal concepção dinâmica, Freud nos aponta outra descrição dos processos psíquicos segundo sua relação econômica. Esse ponto de vista econômico, supõe a existência de uma energia psíquica de natureza sexual, a qual funciona e pode ser avaliada segundo um fator quantitativo (Freud, 1940[1938]/1996).

Portanto, antes mesmo de Freud consolidar sua tese sobre o aparelho psíquico ele já havia estabelecido um lugar especial na teoria psicanalítica em relação ao infantil. Ainda nas correspondências com Fliess percebe-se que o autor estava às vistas com tais questões. A noção de infantil que o autor possuía naquele momento, acabou por subsidiar todas as suas formulações futuras sobre o tema. Na carta 46 datada de 30 de maio de 1896, Freud estava tratando sobre a etiologia das psiconeuroses e, neste contexto, já se pode perceber a importância das cenas que ocorrem no primeiro período da infância, no qual os resíduos mnêmicos não são ainda traduzidos em imagens verbais. Ao abordar a questão da consciência, Freud supõe que sua relação com as lembranças sofre influência de um compromisso entre as forças psíquicas que entram em conflito na ocorrência dos recalques. Para Freud, quase todos os sintomas equivalem a estruturas de compromisso. É justamente no conflito entre os processos psíquicos não-inibidos e inibidos pelo pensamento que os sintomas surgem como formações de compromisso, acessando, assim, à consciência. Ainda na carta 46, Freud demonstrava considerar que as memórias provindas do período da primeira infância são intraduzíveis e por tal motivo os sintomas se instauram

Já na carta 52 de 6 de novembro de 1896 Freud (1950[1892-1899]) passa a supor que o psiquismo se forma a partir de um processo de estratificação, onde o material presente em forma de traços da memória estaria sujeito a uma espécie de rearranjo, uma transcrição. Neste sentido, Freud começa a delinear a noção de que a memória se desdobra em vários tempos e que ela é registrada em diferentes tipos de indicações. No decorrer do processo de transcrição das “marcas” deixadas no psiquismo a partir das primeiras experiências infantis de prazer e desprazer vivenciadas pelo bebê, percebe-se que Freud considerava que o material psíquico seria traduzido de maneira contínua e o infantil, neste contexto, se modificaria e deixa de ser considerado uma transcrição literal e fidedigna das experiências vividas. Entretanto, o autor ainda considerava que um evento real originava o recalque e o considerava etiologicamente na origem das neuroses.

Já na carta 69 datada de 21 de setembro de 1897, Freud (1950[1892-1899/1996]) demonstra seu embate metapsicológico em torno das fantasias e das experiências reais no tocante à etiologia das neuroses. É nesta carta que o autor afirma: “Não acredito mais em minha *neurótica* [teoria das neuroses]” (p. 315), demonstrando um reposicionamento do lugar da experiência vivida em relação ao trauma. Assim, percebe-se a introdução da noção de fantasia na construção das cenas infantis lembradas pelos pacientes. O infantil, neste contexto, passa a ser fortemente marcado pelo recalque e atravessado pela fantasia.

Em 1899 Freud publica seu artigo sobre as *Lembranças Encoberidoras* a fim de demarcar a importância da fantasia e do processo de recalque sobre as recordações das experiências infantis. Freud inicia sua exposição destacando que no decorrer dos tratamentos que vinha desenvolvendo com os casos de neurose, havia “frequentemente lidado com recordações fragmentárias dos primeiros anos da infância” (Freud, 1899/1996, p. 289), as quais acabam por permanecer na memória dos pacientes. Em seu texto de 1896 *A etiologia das neuroses*, o autor já havia destacado a importância patogênica dessa época da vida. As experiências ocorridas nos primeiros anos da infância, deixam traços que jamais podem ser erradicados do psiquismo, ainda que, ao sabor da investigação e da averiguação na memória, esses traços e fragmentos isolados, acabam por adquirir certo caráter duvidoso ou enigmático. Prova disso, é que através do tratamento psicanalítico, determinadas partes que foram suprimidas em uma experiência infantil, re-surgem na

cena analítica, apresentando-se muitas vezes como estranhas e desconfortáveis. O autor mostra ainda que a parte importante da experiência é que fora suprimida, podendo então ser recordada através do tratamento psicanalítico. Neste contexto, destaca-se o papel da resistência, visto que ela atua como uma força contrária à importância da recordação da experiência, ou seja, na tentativa de manifestação da lembrança, impedindo seu surgimento.

Geralmente tais lembranças permeadas pela fantasia, adquirem um status de realização de desejos recalçados, algo que nunca aconteceu, mas foi introduzida nas lembranças infantis. Se faz necessário que a fantasia encontre um ponto de contato, onde o conteúdo que permanece da fantasia possa vir a ser remodelado, com a ajuda de legítimos pensamentos intermediários, conectando-se a pontos de contato relevantes ao conteúdo da cena infantil. Pois como Freud acrescenta “é fácil para nossa engenhosidade construir pontes de ligação entre dois pontos quaisquer” (Freud, 1899/1996, p. 303).

Assim, percebe-se que desde os primórdios da psicanálise Freud já dotava de especial importância os primeiros anos de vida dos sujeitos. Ao longo do processo de análise e na reconstrução dos anos iniciais, as memórias da infância passaram a ganhar cada vez mais relevância. Não apenas as memórias lembradas e ditas ao analista, como também as memórias esquecidas eram importantes para a compreensão dos sintomas e da etiologia das neuroses. Portanto, sustentamos que já no período pré-psicanalítico Freud formulou as principais teses que sustentam a noção de infantil e sua relação com a sexualidade, com o recalque, com a pulsão e com as fantasias.

O Início da Psicanálise Propriamente Dita

Em *A Interpretação dos Sonhos* (1900/1996), Freud realizou o que foi apenas esboçado nos textos pré-psicanalíticos, a saber, a articulação entre a experiência clínica com as neuroses e a teoria do aparelho psíquico. Assim, a questão da sexualidade ganha maior destaque, justamente porque o sonho e os sintomas psiconeuróticos se mostraram a Freud como um retorno das experiências infantis, abrindo assim, o caminho para a posterior descoberta da sexualidade infantil.

Freud já havia demonstrado nos textos pré-psicanalíticos que o caráter distintivo das representações que foram recalçadas, reside no

fato de terem surgido da vida sexual dos sujeitos. A novidade evidenciada e acrescentada por Freud (1900/1996) em *A Interpretação dos Sonhos* e nos *Três Ensaio*s é justamente a tese da sexualidade infantil e do complexo edípico. A noção de infância em tais textos está sempre ligada às lembranças e fantasias do período infantil, consolidando, assim, seu lugar fundante e constituinte do aparelho psíquico.

De acordo com Strachey (1996), *A Interpretação dos Sonhos* figura como uma das contribuições mais significativas de Freud para o conhecimento da sexualidade humana. Muitos elementos da teoria sobre a sexualidade estavam na mente de Freud desde 1896, entretanto, sua pedra angular ainda estava por ser descoberta. Desde os primórdios da psicanálise já havia a suspeita de que os fatores causais da histeria remontavam à primeira infância, havendo diversas alusões a este fato desde a *Comunicação Preliminar* de 1893. Em torno de 1895 Freud possuía uma explicação completa da histeria baseada em efeitos traumáticos da sedução sexual na primeira infância. Durante os anos anteriores a 1897, a sexualidade infantil era encarada como um fator latente, passível de vir a luz apenas pela intervenção de um adulto.

O retorno das principais elaborações de Freud (1900/1996) sobre o infantil em *A Interpretação dos sonhos* são de extrema importância para que possamos compreender de que modo o autor estruturou a teoria e técnica psicanalítica. Como o sonho demonstrava ser um retorno das experiências infantis, o modelo de trabalho de interpretação dos sonhos foi se estruturando como o modelo de trabalho do próprio tratamento analítico. Através da associação livre, o infantil passa a ser o centro do trabalho de análise. Assim, tudo aquilo que foi recalçado surge novamente na cena analítica. Porém, tais conteúdos recalçados sofrem deslocamentos e condensações para que possam ser incluídos na consciência dos sujeitos. O deslocamento e a condensação são os exemplos primordiais da dinâmica psíquica. O deslocamento é definido por Freud como um processo pelo qual determinada carga afetiva se transfere de um objeto para outro, por meio do deslizamento de energias de investimento ao longo das vias associativas. Já a condensação, é o processo pelo qual a energia psíquica escoia de modo livre passando de uma representação para a outra.

Neste sentido, o infantil passa a ser reconstruído no trabalho de análise com o intuito de revelar as especificidades dos próprios sujeitos. Essa reconstrução do infantil possui um caráter essencialmente regres-

sivo em *A Interpretação dos sonhos*. Freud (1900/1996) descreve o sonho como um substituto de uma cena infantil, modificada pelo fato de ser transferida para uma experiência recente. A cena infantil não pode, por si só, promover sua própria revivescência e retorna como sonho. Esta questão já havia sido introduzida por Breuer e Freud nos *Estudos Sobre a Histeria*, onde os autores abordam as alucinações de uma excitação retrocedente que emana do órgão da memória e atua sobre o aparelho perceptivo através de representações. Em seu sentido tópico, a regressão é o retorno da excitação, através dos sistemas que formam o aparelho psíquico. Ela designa o retorno dos sujeitos a modos de organização psíquica mais antigos, além da passagem a modos de expressão primitivos. Segundo Freud (1916[1915-16]/1996), o mecanismo de regressão revive as características de nossa vida mental primitiva, a antiga dominância do ego, as primeiras pulsões sexuais e nossa antiga propriedade intelectual. Esse infantil arcaico, que fora dominante no passado, na atualidade é atribuído ao Inconsciente.

Percebemos que em *A Interpretação dos Sonhos* os sonhos de criança contribuíram para a compreensão do psiquismo e da própria sexualidade. O material das vivências esquecidas da infância possui acesso aos sonhos, assim como seu egoísmo e sua escolha incestuosa de objetos de amor persistem nos sonhos, isto é, no Inconsciente. É neste sentido que Freud (1916[1915-16]/1996) postula que: “*Na vida mental, o que é inconsciente é também o que é infantil*” (p. 212).

Foi, portanto, a partir do reconhecimento dado à sexualidade infantil e ao complexo edípico que Freud (1901/1996) infere a seguinte asserção: “quase todo homem civilizado preserva as formas infantis de vida sexual num ou noutro aspecto. Podemos assim compreender como é que os desejos sexuais infantis recalçados passam a fornecer as forças propuloras mais frequentes e poderosas para a formação dos sonhos” (p.695).

A partir da constatação de que nas psiconeuroses estão localizados os traços psíquicos deixados pelas experiências sexuais infantis, a totalidade das noções e conceitos apresentados por Freud em *A Interpretação dos Sonhos* ganhará nova roupagem com a publicação de os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* onde o autor resgata suas conclusões a partir do viés da sexualidade infantil. Redigido em 1905, a obra apresenta uma deferência à questão da amnésia infantil. Neste trabalho, Freud se debruçou sobre o fenômeno psíquico da amnésia, uma forma singular de amnésia que encobre os primeiros anos de vida

e dura até os oito anos de idade. Tais impressões que foram até então esquecidas e são encontradas como rastros em nossa vida anímica, foram determinantes em nosso desenvolvimento.

Freud (1905/1996) então, passa a sustentar com maior propriedade que os distúrbios psiconeuróticos surgidos em decorrência de desejos sexuais infantis não realizados, estão diretamente ligados com a formação do psiquismo. Ao tratar da amnésia do infantil Freud (1905/1996) reafirma que o infantil se refere a um momento do desenvolvimento humano que é determinante e esquecido. É, portanto, o período em que ocorre uma grande capacidade de recepção e reprodução das impressões.

Para Freud (1905/1996), entretanto, não há um declínio real das impressões infantis, mas sim uma amnésia semelhante àquela que acomete os neuróticos em relação a experiências posteriores, e cuja natureza, consiste em um impedimento da consciência, ou seja, o recalcamen- to. Assim, a existência da amnésia infantil nos encaminha a um ponto de comparação entre o estado anímico da criança com o dos psiconeu- róticos. As impressões esquecidas da primeira infância, deixam mar- cas definitivas no psiquismo e são consideradas por Freud (1905/1996) como traumáticas e constituintes. A articulação freudiana da explicação metapsicológica do recalcamen- to, acabou por evidenciar que as moções de desejo sexual da infância que foram submetidas ao processo de recal- que, são revividas em períodos posteriores do desenvolvimento. Freud assim, começa a delimitar o infantil em associação com à sexualidade perversa-polimorfa e com as fases do desenvolvimento pulsional.

Ao elaborar suas hipóteses acerca do desenvolvimento pulsional, Freud (1905/1996) passa a apontar que os modos mais primitivos do de- senvolvimento infantil permanecerão presentes e atuantes na sexualidade do adulto. Assim, o adulto sempre irá portar o infantil que o constituiu. Esta perspectiva faz com que Freud reafirme a noção de que: “Já em 1896 frisei a significação da infância para a origem de certos fenômenos importantes que dependem da vida sexual, e desde então nunca deixei de trazer para primeiro plano o fator infantil na sexualidade” (p.165-166).

Os Primórdios da Clínica Do Infantil

Os conceitos e conclusões erigidos por Freud no momento em que a psicanálise se estruturou como uma metapsicologia, foram per-

manentemente discutidos em todos os seus trabalhos posteriores. Em 1909 o autor publica a *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* onde se propõe a descrever o desenvolvimento da doença e do restabelecimento do jovem Hans. Esse caso clínico nos interessa no sentido de demonstrar o desenvolvimento da noção de infantil na obra freudiana após a descoberta da sexualidade infantil, do complexo de Édipo e do papel da fantasia no desenvolvimento do psiquismo.

Freud (1909/1996) inicia sua exposição do caso salientando que no decorrer de um processo analítico em adultos, são descobertas determinadas formações psíquicas que os capacitam a construir hipóteses no tocante à sexualidade infantil. É justamente nos componentes desta que se encontram as forças motivadoras de todos os sintomas neuróticos da vida posterior. Ao longo de todo o caso clínico Freud sustenta que os distúrbios psiconeuróticos surgem desde muito cedo e que estes seriam neuroses da infância por excelência. Assim, quando um paciente adulto inicia um tratamento psicanalítico acaba por estabelecer o ponto de partida de sua neurose nos conflitos de sua infância, sendo sua angústia correlata da angústia que fora sentida na infância.

Já em 1910 Freud publica o trabalho intitulado *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância*, onde aplica o método clínico da psicanálise no estudo desta figura histórica realizando a análise de uma recordação da infância de Leonardo. Freud chega à conclusão que tal recordação se refere a uma fantasia originada no passado remoto e irrememorável do pintor, demarcando o caráter determinante e constituinte das mais remotas experiências, além de localizar a fantasia como um fator que participa de modo decisivo, da constituição psíquica. Neste sentido, Freud (1910/1996) afirma que as lembranças ininteligíveis da infância dos sujeitos, as fantasias que dela resultam, são determinantes para o desenvolvimento mental. Diferente das lembranças conscientes dos adultos, elas surgem mais tarde, apenas quando a infância já acabou, sofrendo alterações e falsificações que estão de acordo com interesses e tendências ulteriores. Tal aspecto das lembranças faz com que estas não possam ser diferenciadas de fantasias. Assim, situa as lembranças infantis e as fantasias que sobre elas se constroem como sendo o mais importante na vida psíquica dos sujeitos. Nos primeiros anos da infância, as impressões são fixadas e ocorre o estabelecimento do modo como o indivíduo lidará com a realidade externa. Segundo Freud, essas impressões não poderão ser diminuídas por nenhuma vivência posterior.

Em 1918 com a publicação de mais um caso clínico, a *História de uma neurose infantil*, Freud trabalhou os principais aspectos da reconstrução do infantil em análise, além de reafirmar o lugar determinante que as experiências infantis possuem na subjetividade dos adultos. Na história progressiva do jovem paciente atendido por Freud, sua primeira infância teria sido dominada por um distúrbio neurótico de grave natureza. Assim, uma histeria de angústia (fobia de animal) se estabeleceu logo após o paciente completar quatro anos de idade. Entretanto, segundo Freud (1918/1996), posteriormente ocorreu uma transformação dessa histeria em uma neurose obsessiva, a qual apresentava conteúdos religiosos e se manteve atuante até seus 10 anos. Freud deixa claro que apenas essa neurose infantil seria o objeto de sua comunicação.

O que nos interessa neste caso é salientar o determinismo do infantil na constituição psíquica, já que para Freud (1918/1996), o infantil é tudo aquilo que é reconstruído em análise e se refere às cenas e fantasias da infância dos indivíduos. Deste modo, Freud foi construindo a noção de um caráter atemporal do infantil, justamente porque o infantil sempre estará presente no adulto e determinará o que será reconstruído no trabalho de análise. É necessário que se dedique muito tempo às análises para que se obtenha acesso às camadas mais profundas e mais primitivas do desenvolvimento mental. Desta forma, é possível obter soluções aos problemas que atuam nas formações posteriores.

Sobre a significação do fator infantil, Freud (1918/1996) postula que a influência da infância é percebida na situação com que se dá início à formação de uma neurose, visto que desempenha um papel decisivo no modo como o indivíduo lida com suas questões. Assim, a partir da análise do “Homem dos Lobos” percebe-se que o infantil equivale também ao traumático que permaneceu inconsciente, gerando os sintomas. Neste texto, Freud atribui especial importância ao “fator do infantil”, o qual seria capaz de produzir uma neurose. Assim, o exaustivo relato do caso salienta o fato de que a neurose da vida adulta foi precedida por uma neurose nos primeiros anos de infância. Como a ocorrência se deu aos quatro e cinco anos, temos aqui uma prova de que é possível a instalação de uma neurose nas experiências infantis. A criança não tem idade suficiente para o controle de seus impulsos e de suas fontes, entretanto, as neuroses da infância fornecem respostas relevantes quanto à questão da natureza das primeiras experiências da vida dos sujeitos que são traduzidas a partir do processo analítico. As cenas da infância

que emergem na sessão analítica, portanto, são compostas por fantasias regressivas e não são produzidas no tratamento como lembranças, mas sim produtos de construção.

Percebe-se que Freud abordou a noção de infantil ao longo de toda sua obra. Mas, já no período pré-psicanalítico o infantil já havia se estabelecido no tocante a sua participação no desenvolvimento psíquico, na metapsicologia e no trabalho de análise.

Nas *Novas Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise*, Freud (1933[1932]/1996) se dedicou ao tema da análise infantil, sua aplicação e relação com a educação e a situou como uma possível medida profilática. Segundo o autor, é possível a aplicação do método analítico em crianças que possuíam sintomas neuróticos, ou estavam a caminho de um desenvolvimento de caráter desfavorável. Nestes casos, Freud afirma que os ganhos são muito satisfatórios, justamente pelo fato da criança ser muito propícia para tratamento psicanalítico. No entanto, propõe que a técnica de tratamento utilizada em adultos deveria ser modificada para sua aplicação em crianças, pois nestes casos a utilização da associação livre não seria efetiva pelo fato da criança não ter seu superego plenamente desenvolvido. A transferência analítica também desempenha um papel diferente nestes casos. As resistências internas contra as quais os adultos lutam, são substituídas na criança por dificuldades externas e neste sentido, seria necessário determinada dose de influência analítica junto aos pais.

Freud (1933[1932]/1996), portanto, construiu os primeiros alicerces da análise com crianças, salientando que ela se tornou domínio das analistas mulheres. Assim, nos convida a conhecer o estudo de Anna Freud sobre o tema. Filha do pai da psicanálise que segundo o autor: “fez desse estudo a obra de sua vida e, dessa forma, compensou a minha falha” (p. 155).

O Nascimento de uma Técnica: O Início da Análise Infantil

A análise do pequeno Hans e o sucesso de seu tratamento foi fundamental para que Freud acalentasse a oportunidade de aplicar seu método terapêutico a crianças de pouca idade. Para Aberasturi (2012), no entanto, esse caso não pode servir de modelo para uma técnica da análise de crianças, pois foi realizada em uma situação muito particular, como já descrevemos anteriormente. Faltava o “instrumento fun-

damental da análise de adultos” (p.34): a associação verbal. A partir dessa dificuldade, que em um primeiro momento parecia insuperável, foi possível que se desenvolvessem as técnicas para a psicanálise de crianças.

Os primeiros livros sobre a técnica da análise de crianças surgem com o desenvolvimento do trabalho de Anna Freud e Melanie Klein. Ambas tentaram sistematizar um método de análise de crianças.

No ano de 1925, Anna Freud dava início em Viena a um seminário dedicado a análise de crianças e, em 1927 publica *O tratamento psicanalítico de crianças*. A técnica apresentada por Anna recomenda que o tratamento psicanalítico com a criança se desenrole com a utilização de desenhos e também a partir do relato dos sonhos dos pequenos. Há também um estímulo por parte de Anna para que o analista adote uma postura educativa associada a atitude psicanalítica. Essa indicação foi mais tarde modificada, devido ao seu trabalho junto à descoberta dos mecanismos de defesa (Quinodoz, 2004).

No que tange ao trabalho psicanalítico com crianças, Melanie Klein também foi pioneira na investigação do inconsciente da criança. Foi a partir de suas observações aos comportamentos de bebês e do tratamento psicanalítico de crianças que Klein construiu seu edifício teórico, partindo dos postulados propostos por Freud. A grande novidade proposta por Melanie Klein foi a introdução do uso de brinquedos, jogos e desenhos em sua técnica. Sendo assim, foi possível descrever e interpretar a criança e os afetos que se apresentam na situação analítica. Desta forma, as situações primitivas de angústia de aniquilamento, mecanismos defensivos arcaicos e a presença de um superego cruel primitivo, bem como das fantasias inconscientes, puderam compor seu arcabouço teórico (Zimerman, 2004). Klein considerava as brincadeiras infantis na situação analítica como equivalentes à livre associação proposta por Freud.

No decorrer do desenvolvimento da técnica da psicanálise da criança proposta por Anna Freud e Melanie Klein, houveram críticas e discordâncias das duas postulantes, principalmente ao “método educativo” proposto por Anna e contestado por Melanie. Fatos esses que mais tarde acabaram por culminar no movimento chamado de “Controvérsias”, na Inglaterra da década de 40.

Entretanto, apesar das divergências de ambas e de seu envolvimento próximo ao pensamento freudiano, mudanças significativas se

deram na técnica e teoria psicanalítica a partir do trabalho das duas. Anna Freud e Melanie Klein, portanto, abriram as portas para a psicanálise com crianças.

Conclusão

A noção do infantil está na base da metapsicologia freudiana e na construção de seu pensamento. Os primeiros anos de vida foram sendo tomados por Freud como fundamentais para a compreensão do psiquismo, organizando de certa forma o trabalho psicanalítico ao considerar o infantil. Tanto Freud, como aquelas que vieram depois dele, Anna Freud e Melanie Klein se dedicaram a compreensão do infantil, dando voz aqueles in-fans que agora possuem um método de escuta e trabalho psicanalítico.

Portanto, entendemos que acompanhar o percurso realizado por Freud no que tange a construção da psicanálise e aos processos ligados à infância, bem como a expansão e a continuidade do seu pensamento, é fundamental para o psicanalista, mesmo aquele que está localizado atuando na clínica de adultos. Por tais razões, esperamos ter demonstrado a importância do estudo das ideias matrizes de Freud para a compreensão do infantil, além da contribuição para nossa prática clínica diária.

Referências

Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da criança – teoria e técnica*. (8.ed.). Artes Médicas.

Breuer, J. & Freud, S. (1996). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar. In: S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 2). Imago. (Obra original publicada 1893).

Freud, S. (1996). Extratos dos Documentos Dirigidos à Fliess: Carta 46 In: S. Freud. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 1). Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1892-1899]).

Freud, S. (1996). Extratos dos Documentos Dirigidos à Fliess: Carta 52 In: S. Freud. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição*

standard brasileira (Vol. 1). Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1892-1899]).

Freud, S. (1996). Extratos dos Documentos Dirigidos à Fliess: Carta 69. In: S. Freud. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 1). Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1892-1899]).

Freud, S. (1996). Projeto para uma Psicologia Científica. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 1). Imago. (Trabalho original publicado em 1950[1895]).

Freud, S. (1996). A etiologia das neuroses. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 3). Imago. (Trabalho original publicado em 1898)

Freud, S. (1996). Lembranças encobridoras. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 3). Imago. (Trabalho original publicado em 1889).

Freud, S. (1996). A Interpretação dos Sonhos (I). In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 4). Imago. (Trabalho original publicado em 1900).

Freud, S. (1996). A Interpretação dos Sonhos (II). In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 5). Imago. (Trabalho original publicado em 1900).

Freud, S. (1996). Sobre os Sonhos. In: S. Freud. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 5). Imago. (Trabalho original publicado em 1901).

Freud, S. (1996). Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 6). Imago. (Trabalho original publicado em 1905).

Freud, S. (1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 10). Imago. (Trabalho original publicado em 1909).

Freud, S. (1996). Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 11). Imago. (Trabalho original publicado em 1910).

Freud, S. (1996). História de uma neurose infantil. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol.17). Imago. (Trabalho original publicado em 1918).

Freud, S. (1996). A História do Movimento Psicanalítico. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 14). Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

Freud, S. (1996). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (I e II). In: S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol.15). Imago. (Obra original publicada 1916[1915-16]).

Freud, S. (1996). Novas Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise. In: S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol.22). Imago. (Obra original publicada 1933[1932]).

Freud, S. (1996). Esboço da Psicanálise In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira* (Vol. 23). Imago. (Trabalho original publicado em 1940[1938]).

Garcia-Roza, L. A. (2015). *Freud e o Inconsciente*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1985).

Quinodoz, J.M. (2015). *Ler Freud: guia de leitura da obra de S. Freud*. Artmed.

Zimmerman, D. (2004). *Manual de Técnica Psicanalítica*. Artmed.

Psicanálise de crianças, Psicanálise infantil ou Psicanálise da infância? Afinal de contas, existe uma clínica psicanalítica de crianças?

Fabiane da Fontoura Messias de Melo
Universidade Federal do Acre (UFAC)

Hilza Maria de Aquino Nunes Ferri
Fórum do Campo Lacaniano do Mato Grosso do Sul

A criança como uma invenção da modernidade

Este trabalho tem como objetivo propor algumas reflexões e provocações a respeito de noções e conceitos como o infantil, a infância e o ser criança, a partir da literatura freud-lacanianiana. Apesar da noção de criança não ser propriamente psicanalítica, é fundamental saber a partir de qual perspectiva o analista opera e sustenta sua posição ética na clínica. Questionar e interrogar a noção de infância é outro ponto importante, principalmente considerando que há diversos discursos e saberes que se apropriam e normatizam o olhar sobre esses sujeitos, especialmente na Psiquiatria e na Educação. Algumas questões foram levantadas ao longo do trabalho: O que é uma criança para a Psicanálise? Há uma clínica de crianças e de adultos? É possível pensar a perspectiva freudiana sobre a temática no campo de uma psicologia do desenvolvimento?

O livro “*História Social da Criança e da Família*” de Philippe Ariès (1981) traça um percurso histórico acerca dos sentimentos e atitudes sobre a infância. Nem sempre a criança foi pensada como um sujeito com garantias e direitos com referência a sua condição especial de um ser em desenvolvimento. Seja no aspecto psíquico ou biológico, esse conceito foi tomando formas diferentes ao longo da história, envolvendo questões políticas, econômicas, sociais e culturais. Apesar das críticas sofridas, sua obra é uma referência importante para compreender essas transformações e reforça a concepção de que para além de modificações biológicas ou naturais, o significante criança é um dito

da cultura, um conceito ideológico que surge por volta do século XVI (Motta & Silva, 2011; Ribeiro, 2012).

Com a modernidade, a mudança do modelo de produção econômica feudal para o capitalista e a emergência da sociedade burguesa, delinea-se um modo de entender a criança como hoje a conhecemos. Portanto, essa se deu pelas necessidades econômicas, políticas e sociais diante das exigências de novos ideais.

Há uma transformação de uma cultura de vida comunitária feudal para uma vivência privada, típica da sociedade burguesa, que precisava de novos paradigmas de condutas a serem ensinadas e que esta função passa a ser feito pela escola, família, igreja, Estado e a ciência. A criança sai de um sistema comunitário, de uma indiferença para um sujeito de direitos e deveres, cujo cuidado será conduzido pela sociedade e a família, que será a base de constituição desse sujeito.

Esse novo olhar da sociedade permite a construção de diversas leis, como o Estatuto da criança e do Adolescente (ECA) que dispõe sobre diferentes níveis de proteções ao seu desamparo, definindo nos artigos 2º e 6º que criança é a pessoa em desenvolvimento, do nascimento até doze anos de idade incompletos (Lei n. 8.069, 1990). Ditos a respeito desse pequeno sujeito também permeiam o social vistos como inocentes, angelicais, futuros adultos-cidadãos produtivos.

Essa concepção de criança como hoje a conhecemos foi se estabelecendo como uma realidade construída pela cultura com relação a um determinado lugar e espaço ideológico e que nada tem de biologicamente natural, pois depois que nos tornamos afetados pela linguagem, nos tornamos sujeitos do desejo e, portanto, divididos pelo corte incisivo da linguagem no real do corpo, transpassado por pulsões, que envolve o somático e o psíquico.

Para Ribeiro (2012) a criança foi sendo submetida a diferentes discursos. Entender esse percurso é importante não para uma apreciação moral de qual modelo era mais correto ou benéfico, mas para dizer que depois que nos tornamos *falasser*, um neologismo criado por Lacan para dizer que somos sujeitos atravessados pela linguagem e a partir desse corte onde nos tornamos um ser falante algo será perdido, surgindo *uma falta a ser*: Desse modo, nada é mais só biológico, pois somos afetados por esse Grande Outro da cultura.

Essa atenção mais voltada à criança como sujeito de direito, com cuidados e proteções produziu efeitos e um preço a se pagar. Esse pe-

queno sujeito passou a ser vigiado, corrigido, educado, governado e psicologizado para que se enquadrasse no modelo econômico e político vigente e quem não consegue se encaixar nesses moldes é excluído. Cirino (2011) explica que na área de saúde mental há uma variedade de discursos, saberes e práticas dirigidas a esse público: neurologistas, pediatras, psicólogos, psicopedagogos, dentre outros, que fundamentados em sistemas classificatórios como DSM e CID reforçam uma clínica da medicalização condicionada a psicoterapias breves, que exclui a Psicanálise acusada de obsoleta, demorada e com custo elevado.

Da perspectiva desenvolvimentista à constituição do sujeito em Psicanálise

Considerar a constituição do sujeito como uma trama confeccionada pelo Real, Simbólico e Imaginário implica abrir as descontinuidades encobertas pela concepção de desenvolvimento, que explica o sujeito pela evolução de um sistema de necessidades, num corpo que tenderia à acumulação adaptativa. Afinal, a noção de desenvolvimento se pauta pela maturação ou pela complexificação de um equilíbrio cada vez maior, superador do que o precede e a que jamais retornaria (Vorcaro, 2004, p. 15).

É indiscutível que a Psicanálise considera o real do corpo, marcado pelos seus dizeres e suas vivências. Opor-se, com Lacan, a uma perspectiva psicanalítica desenvolvimentista-evolucionista não implica em desconsiderar o tempo cronológico e seus efeitos, as mudanças e as transformações do eu.

Ribeiro (2012, p. 03) pontua que “o inconsciente, desde Freud, é atemporal, mas não podemos negar que o eu, instância corporal, projeção de uma superfície, cresce, aparece e se desenvolve, declina e morre, subordinada que está a materialidade da carne à ação do tempo”. Cirino (2011) explica que termos como “fase” e “estágio” comumente aparecem na teoria psicanalítica freudiana e kleiniana. Estágio do espelho é abordado em vários momentos nos escritos lacanianos. Contudo, há limites e diferenças que precisam ser bem definidos. O autor explica que a utilização de textos freudianos pela corrente da Psicologia do Ego (*Ego Psychology*) e das teorias das relações de objeto produziram essa perspectiva desenvolvimentista em psicanálise. Entretanto, Lacan adota uma “posição extremamente crítica com relação à leitura evolutiva de Freud e à noção de desenvolvimento em psicanálise, noção que

havia assumido feição normalizadora e até moralista, relacionada ao acesso à fase genital e à capacidade de amar” (Cirino, 2011, p. 104).

Freud (1942/2016) publica nos seus “*Três Ensaios sobre Sexualidade e Outros Trabalhos*” de 1905, as manifestações da sexualidade infantil (Oral, anal, fâlico, latência e genital), onde discorre ao longo das suas pesquisas sobre regressão, fixação, libido autoerótica e narcisismo [1914], e sobre o contínuo movimento pulsional [1915] que põe o sujeito a investigar, a querer saber e a construir suas produções teóricas sobre o que ele é para o desejo do outro, sobre o sexual, em um constante movimento de investigação, mas não de forma linearmente, ou mesmo cronologicamente hierarquizada. Sabe-se que a libido tem uma origem no corpo, mas passa pelo psíquico e o coloca a trabalhar, portanto na teoria e na clínica analítica comparece o corpo e a palavra.

Há ainda a ideia cristalizada no meio acadêmico de que existe uma sexualidade adulta normal, alcançada quando se chega na genitalidade como uma prova de superação e travessia de todas as fases psicosssexuais. Porém, Lacan contrapõe-se fortemente a essa concepção da existência de uma relação dita madura com o objeto. Não é possível nem existe uma síntese final da sexualidade, pois o sujeito é dividido, castrado e faltante. A suposição de um objeto que o complete é um engodo.

A constituição psíquica do ser falante segundo Lacan, se dá nos primeiros contatos da criança com a linguagem. São pelos significantes da mãe que ocupa o lugar de grande Outro para o pequeno ser, já falado, que a linguagem é introduzida como um corte no real do corpo, onde algo se perde e por um processo de alienação a criança entra no universo simbólico (Lacan, 1966/1998), tornando o que na natureza antes era instinto e após essa intersecção torna-se pulsão, que reúne o somático ao psíquico (Freud, 1942/2016). E no segundo momento, ao se deparar com o sexual e com a angústia de castração, o sujeito pode desmentir com o objeto fetiche(perversão), foracluir no qual o objeto é colocado fora (Psicose) ou o sujeito se deparar com o objeto faltoso e recalcar (neurose).

É pelo NP (Nome do Pai) que se funda a Metáfora paterna sobre o DM (desejo da mãe) e o sujeito se estabelece na partilha do sexo (Lacan [1956-1957], 1994-1995). Esse significante do NP divide o sujeito e dá as coordenadas da estrutura desse falasser- ser falante- e com sua falta inaugural faz emergir o sujeito do desejo. Esclarecemos

que o pai e a mãe não são necessariamente os genitores, mas no caso do pai como o representante de uma função paterna que metaforiza o desejo da mãe e o recalca. No que diz respeito à função materna, esta é representada por um desejo que não seja anônimo. Hoje, mais ainda do que antes, se reafirma esse NP como função, pois com as mudanças sociais, econômicas e tecnológicas o NP se pluraliza em várias versões (um pai, um trabalho, uma escrita), que produzem esse corte no real.

Lacan (2006) reafirma este saber que não se sabe no sujeito do Ics e em seu seminário “*Os Problemas Cruciais da Psicanálise*” [1964-1965] anuncia que o sujeito para diante de um saber sobre o sexual. É o que Freud denominava o rochedo da castração. No seminário “*A Relação do Objeto*” [1956-1957], Lacan (1994/1995) diz que não é por não saber dessas dificuldades que as pessoas não querem saber sobre o Édipo e da sua referência enquanto função paterna. É justamente o contrário: por terem visto essas dificuldades que nada querem saber sobre isso. Segundo Lacan (1994/1995, p. 204), “o que está em jogo é que a criança assuma o falo como um significante, e de maneira que faça dele instrumento da ordem simbólica.” O NP entra aqui como função, que se pluraliza em várias versões, uma *perversion*, que através desse significante produz esse corte no real, em um enodamento com o imaginário e o simbólico.

Seria, então, o NP um significante mestre que permite o sujeito entrar no simbólico a partir de um não saber. Neste jogo para ganhar tem que perder. O NP aparece como função que procura na cadeia significante algo que dê conta desse vazio.

Freud através do mito de Sófocles do Édipo rei cria o mito que deu origem ao complexo de Édipo freudiano e o complexo de castração como o fundador da Norma da proibição do incesto, a base para outras leis. Em 1923 (Freud, 1952/2011) em a “*Organização Genital Infantil*” e a “*Dissolução do Complexo de Édipo*” [1924], explica as relações entre o complexo de castração e o complexo Édipo.

Para Freud o Édipo é o inconsciente, o drama que faz surgir o mito, que gera o complexo e seu significado e resulta na norma fálica. Para Lacan o drama se apresenta como figura de linguagem, o mito como estrutura, o significado passa a significante e a norma do pai como função paterna.

A função paterna, portanto, enlaça a lei e o desejo, ordenação subjetiva e pulsão. O Édipo apresenta o desejo como criminoso, que

tem por herdeiro o superego e é o que vai segundo Quinet “articulando à sua interdição e ao impossível de ser suportado” (Quinet, 2015, p. 17). Está aí marcando a divisão, do sujeito consciente, que recalca e inconscientemente sabe sem saber e dessa forma não cessa de se inscrever. O desejo é interditado pela lei, a mesma lei que causa o seu desejo o proíbe. Assim, “o mito é a tentativa de dar forma épica ao que se opera da estrutura. O Édipo é a nossa forma épica de nos referirmos ao inconsciente, é a ficção do nosso comprometimento simbólico” (Quinet, 2021, p. 35).

Os caminhos pulsionais que passam pela *lalíngua*, pelos primeiros fonemas, as palavras, e aos dizeres, que constituem o inconsciente como um discurso que toca o real do corpo que vibra e se afeta com a palavra e que o faz gozar. A criança ao nascer é tocada pela linguagem na carne por um corte cirúrgico, sendo este o que causa o seu desejo. São nessas fendas, faltas e hiências que este ser falante- falasser- vai criar seu *diz-curso* de uma verdade que só pode ser semi-dita, pois não há realidade pré-discursiva. A palavra é o verbo que põe o sujeito a trabalhar, a elaborar e isso goza, sem parar, sendo esse processo o próprio movimento da vida.

É a partir de uma simbolização primordial entre a mãe e a criança que esta entra na linguagem. Lacan fala dessa simbolização primordial entre a criança e a mãe e a colocação do pai como símbolo ou significante como uma barreira para essa mãe toda, sendo este o motor do desfecho do complexo de Édipo. O complexo de Édipo e seu móbil: o complexo de castração.

Freud (1946/2010a) descreve no seu texto “*Além do Princípio do Prazer*” [1920] a respeito da brincadeira de uma criança com o vai e vem de um objeto, como uma repetição do movimento de aproximação e separação em relação a mãe utilizando-se do significante “Fort- da” (“For”: foi embora e “da”: estar aqui). Esse objeto desaparecia e reaparecia em um processo de simbolização diante da renúncia à satisfação pulsional de se fundir a mãe. Segundo Freud (1946/2010a, p. 175), “as crianças repetem brincando, o que lhes produziu uma forte impressão na vida”. Para Lacan, é a partir do processo de alienação e separação (1966/1998) que o ser falante com sua falta a ser, se torna um sujeito dividido. Nesse triângulo: Filho-pai- mãe, se introduz algo do real, instituindo uma relação simbólica, onde a criança criará toda uma fantasia sobre o que ela é para o desejo desse Grande Outro.

Deve entrar em jogo o nome do pai no discurso desse grande Outro. É isso que faz toda a diferença. Assim, uma mãe apresenta uma criança ao pai, dizendo: este é seu pai. É pelo discurso que esse pai entra no jogo simbólico, em que a criança percebe que essa mãe não é toda, descobre um furo, uma falta. Lembrando que Lacan (1963/2005) diz que o NP se trata de uma função e não de uma realidade concreta, assim ele pluraliza “Os nomes do pai” como uma função que aponte um outro desejo para além do filho, que traga a marca de uma falta nesse Outro.

Nesse sentido a criança é um pequeno sujeito que fala, mas que também já é falado antes de nascer pelos pais e familiares. Em uma análise, esse falasser ganha o direito de falar e assim vai tecendo seu próprio dizer.

O sujeito dividido apresenta, com seu sintoma, a sua divisão e são com essas construções infantis que a criança constrói sua verdade ficcional, seu enigma sobre o que ela é para o desejo do Outro, sendo este o enredo da sua trama fantasmática, por meio da qual vai se constituir na partilha do sexo.

Desse modo, o sintoma da criança está relacionado a sua verdade em torno da estrutura familiar, que pode ser representada pela verdade do casal parental ou não. Como a criança se arranja com essa verdade? Ela constrói um romance, o romance familiar, assim ela arranja para que os significantes copulam e procura um saber sobre a verdade do objeto da fantasia da mãe.

Em Nota Italiana, Lacan (1973/2003a) escreve que: “A função de resíduo pela família conjugal é de outra ordem que a satisfação das necessidades, mas é de uma constituição subjetiva, implicando um desejo que não seja anônimo” (Lacan, 1973/2003a, p. 369). É importante deixar marcado que a família funciona como função e não como uma instituição única e determinada biologicamente, representada por um casal, pois esta pode ser realizada por duas mulheres, dois homens, uma avó, avô, e todos que estejam envolvidos nas relações de cuidado afetivo e efetivo da criança.

Vê-se então que a discussão se deslocou do campo do desenvolvimento, evolucionista e cronológico para a lógica da atemporalidade do inconsciente e é nesse ponto que podemos introduzir a noção do infantil em contraposição a concepção datada/cronológica da infância.

A infância ou o infantil no tratamento analítico com crianças?

Existiria assim um infantil no psiquismo que seria irredutível a qualquer dimensão cronológica e evolutiva. Vale dizer, foi pressuposta a existência de um infantil que não se dissolveria na infância cronológica do sujeito (Birman, 1997, p. 19).

Há uma diferença importante entre a infância e o infantil. O que constitui a Psicanálise e marca a sua originalidade é a noção do infantil como o indestrutível, marca do psiquismo humano, relacionada à sexualidade, ao recalque e à fantasia. Sendo assim, não se pode falar em “clínica de criança, de adolescentes e adultos”. A faixa etária naquele que busca (ou mesmo que seja levado) uma análise não modifica a concepção de sujeito, direção do tratamento e os conceitos fundamentais da Psicanálise: transferência, interpretação, pulsão e repetição. “Não há especificidade na psicanálise de crianças. A estrutura, o significante e a relação com o Outro não concernem de maneira diferente à criança e ao adulto. É isso que faz a unidade da psicanálise” (Lefort Robert, 1983-88/1991, p. 13).

Rosine e Robert Lefort são referência da prática psicanalítica lacanianiana com crianças e postulam que ela é um sujeito/analísante de plenos direitos e desejos. A possibilidade de tratamento analítico diante do apagamento sofrido por elas, em especial em casos considerados graves como crianças psicóticas, é uma aposta feita pelos Lefort. É interessante pontuar o que os autores (1983-1988/1991) descrevem no caso Nadia e a Criança do Lobo:

acompanhando Nadia de um lado e a Criança do Lobo por outro, poderemos explorar, a partir do banho de linguagem em que está todo sujeito, psicótico ou não, o modo pelo qual o sujeito se insere na cadeia significante para fazer discurso, ou permanecer fora do discurso; e como isso faz corpo ou não (p. 34).

A criança vai construir sua própria demanda, que muitas vezes é diferente daquele motivo (s) que fizeram os pais a levarem para o atendimento. O analista deve oferecer a condição de analisante a criança e ser capaz de ouvir como os efeitos dos dizeres parentais foram elaborados por ela. A psicanálise não compactua com discursos que procuram adaptar e normalizar comportamentos.

Como sustentar o discurso do analista frente aos pais, às escolas e a todos os dispositivos normativos que, no avesso da psicanálise, cercam este sujeito dito criança?

Para Lacan (1969/2003b), o sintoma da criança se encontra na situação de responder por aquilo que há de sintomático na estrutura familiar. O sintoma define-se neste contexto como representante da verdade do sujeito diante do romance familiar.

O tratamento analítico considera o que a criança trouxe de registro, de signo e como foi afetada por isso, pois sempre tem algo para além dessa novela familiar, que é escolha inconsciente do sujeito, de como este interpreta e foi tocado por um acontecimento, pois quando vai para a análise é com os pés na infância que está, independentemente da idade que tenha e isso é sua marca do infantil. Essa ética do tratamento com criança se sustentará pelo desejo que esse pequeno sujeito deseje e que este se responsabilize em relação ao seu gozo.

A ética do Um, do singular não exige o psicanalista de sustentar hipótese diagnóstica para o manejo e a direção do tratamento. É pelas formações do inconsciente e de como se constitui a fantasia do sujeito que o analista vai dirigir o tratamento, que tem como motor a transferência. A criança fala e se comunica de muitas maneiras: pelo brincar, pelos desenhos, nos silêncios, no seu adoecimento, nos tropeços da linguagem, nos lapsos, atos falhos e sonhos, assim como os adultos e cabe ao analista sustentar o lugar e o discurso analítico.

O sujeito da psicanálise é atravessado pela linguagem. Os sintomas são os resultados dos seus arranjos possíveis para estar no mundo, enredado pelo real do corpo, o simbólico e o imaginário. São nesses possíveis arranjos que demonstra por meio do seu sintoma sua forma única de estar no mundo como sujeito. É quando há um desarranjo sintomático, onde algo oscila, manca, causa sofrimento é que o sujeito pode vir a procurar ajuda.

As crianças, que são trazidas pelos pais, já chegam à clínica com esse dito de que algo está desorganizado, está inadequado e demandam por respostas e uma solução que diz da fantasia dos pais sobre esse objeto criança, mesmo quando essa demanda é do filho ser feliz.

O tratamento analítico comparece para ouvir esse pequeno sujeito, para além da demanda dos pais, que nem sempre coincide com a demanda da criança. Assim o analista deve estar atento a fantasia construída por esse sujeito que chega pelas mãos de outros, mas que tem seus próprios trajetos pulsionais, por meio dos quais montam suas construções sintomáticas, seu dizer e constroem sua verdade ficcional, sendo esta sua saída possível ao insuportável do real da não relação sexual.

O tratamento independentemente da idade é dirigido pelo sintoma, que é um laço que se constitui a partir da família. Assim a criança passa de objeto a sujeito pela intervenção de um desejo nomeado, atravessado pela fantasia, pelos objetos causa de desejo dessa criança, e como isso se deu estruturalmente em cada caso, uma a uma nas suas formas de gozo que foi se constituindo para esse pequeno sujeito, pois a lógica da fantasia é o operador conceitual que permitirá identificar a fixação e o objeto a.

A direção do trabalho analítico com as crianças pleiteia condições para que a criança possa atravessar no ritmo de seu próprio movimento, no encontro de sua condição de sujeito do desejo, em um processo de separação do grande Outro numa operação na qual a criança pode retirar-se da relação alienante com esse Outro.

O analista é colocado no lugar do suposto saber, a partir da transferência que pode ser um significante qualquer. Assim o sintoma de queixa pode vir a se tornar um enigma e o analista aposta nesse desejo de saber. Tornar o sintoma queixa em um sintoma analítico.

No que se refere a tática, será por meio da atividade lúdica atravessada pelo trabalho transferencial em análise que a criança poderá elaborar o que lhe ocorre e o que fazer com esse resíduo que herda da família. O brincar alcança o estatuto de um dizer, promovendo por meio dos desenhos, dos jogos, do teatro, da música e as circulações das formações do inconsciente como os sonhos, lapsos, chiste e brincadeiras diversas que a criança se põe a elaborar suas questões e, portanto, a falar da sua verdade ficcional. Sendo, que as produções que a criança realizar sob transferência serão decifradas por ela mesma, a partir das próprias significações, associações e interpretações que realizar.

Para a psicanálise não se trata de ajustar esse sujeito, mas por este ao trabalho de elaboração para fazer melhor com seu sintoma, no lugar de apagar ou tamponá-lo. A psicanálise vai trabalhar com as dificuldades ligadas ao signo da linguagem e da lei social por meio da fala. O seu dizer vai permitir ao sujeito encontrar seus próprios caminhos e sair da condição de objeto do Outro e criar um nome próprio, para além do nome herdado pela família ou pela ciência que tentam obturar essa falta, com suas nomenclaturas, suas síndromes, transtornos e siglas que nomeiam através de um dito uma verdade sobre o outro.

Na prática analítica vemos que os acordos sintomáticos surgem como uma possibilidade do sujeito se organizar, para dar conta de estabelecer o seu desejo diante do desejo do grande Outro. O caminhar

de uma análise possibilita ao sujeito encontrar seu próprio dizer para encontrar um bem dizer, um fazer melhor com seu sintoma não importa a idade que o sujeito tenha.

Um CID, transtornos, ou qualquer outro nome que traga um carimbo, não vai falar tudo sobre aquele sujeito (da linguagem). Essas são novas formas e nomes criados para tentar tamponar a falta, impossível de ser soldada de forma definitiva, pois é estrutural a falta-a-ser no ser falante, como sujeito do desejo. Esse discurso do mestre, da ciência, do lucro, do resultado rápido, empalidece o sujeito, tira a cor da sua subjetividade e sua forma de estar no mundo. É no encontro com o outro que a prática acontece e a teoria apesar de ser de suma importância, se atualiza nesse encontro.

Como se está tratando o infantil e não a infância, essa ética do tratamento com criança se sustentará pelo desejo do analista que esse pequeno sujeito deseje, construindo assim espaços para suas próprias escolhas e que este se responsabilize aos seus modos de gozo. A construção da fantasia se dá sob transferência em análise e diz respeito ao infantil, independentemente da idade cronológica do sujeito. Com isso podemos dizer que há articulação entre psicanálise e infantil, mas não de uma psicanálise da infância ou da criança.

Considerações Finais

Esse trabalho assentou-se em algumas premissas fundamentais: o sujeito do inconsciente não tem fases do desenvolvimento, o sujeito do inconsciente não tem idade definida e o inconsciente é atemporal.

A teoria psicanalítica é viva. Ela trabalha com a palavra e o corpo e está sempre em movimento, para se manter à altura de sua época. Rompe com a lógica do desenvolvimento, da adaptação do sujeito, da adequação da criança ao social, tornando este menos alienado ao discurso do grande Outro.

Em cada momento histórico, o sujeito é condicionado às questões de sua época e na sociedade neoliberal capitalista a criança passa a ser um sujeito de direito, mas também um sujeito a ser controlado, vigiado, educado, sequestrado do seu próprio dizer e passa a ser objeto de consumo, em uma engrenagem que torna o sujeito dejetado.

Vimos que esse conceito de criança e consequentemente da infância, foi uma criação de um determinado tempo histórico, político,

econômico, mais especificamente na transição entre a produção feudal e as novas formas de produção do capitalismo, vinculadas às necessidades da burguesia na sociedade ocidental, sendo a infância um construto da modernidade. Portanto, a ideia moderna de infância é tributária da família burguesa e do surgimento do capitalismo. É nessa sociedade que surge a família nuclear conjugal e doméstica e todas as implicações referentes a esse modelo.

A criança como símbolo da futura sociedade, recebe da família um dito como um destino, sendo esta considerada inocente, assexuada, mas ao mesmo tempo é vigiada e disciplinada para se enquadrar socialmente aos padrões estabelecidos pela família. A partir de Freud, esses conceitos da inocência e pureza são questionados.

A criança chega à clínica já determinada por um nome dado pelos pais, pelos médicos e pela ciência, com um discurso que apela por um diagnóstico, de um nome que diga desse sujeito. Espera-se que o tratamento possa organizar e adequar esse sujeito ao que é exigido socialmente e economicamente, portanto chegam como objetos das suas fantasias e não como sujeitos. Essa criança é falada e se fala não é escutada e se escutarem o que não querem ouvir, esta criança tem que ser calada. Surgem, assim, as dificuldades ligadas ao signo da linguagem e da lei social, fazendo emergir novos nomes dados pela ciência para tentar obturar a falta, utilizando-se das síndromes, transtornos, e outros nomes como TDA, TDAH, TOD, Bipolaridade... Novas roupagens para tampar a falta impossível de ser soldada.

Os manuais, CIDs, DSMs são maneiras de estabelecer padrões dentro de uma certa escala, que determinam normas e classes, que avaliam através de números, valores e percentuais quantificados o que está dentro do padrão, o “normal”, considerado aceitável no modelo médico/ social. Se o sujeito não estiver dentro de um determinado parâmetro, seu dizer, sua conduta, sua forma de atuar e existir na vida pode ser considerado patológico pelo discurso médico/ científico.

Ouvir o outro sem dizer a sua verdade e deixar que este encontre suas saídas pelo seu próprio dizer não é tarefa fácil. O analista tem que apostar no seu ato como corte incisivo no real do corpo, da carne, que provoque uma destituição subjetiva do dito do outro e abra caminhos para encontrar seu próprio dizer, sua diferença radical, podendo fazer laços menos alienantes com esse outro e com um ideal do eu mais reduzido.

É com essa falta de garantias que a psicanálise vai trabalhar e nortear o tratamento pela ética do desejo, com a falta que é estrutural no sujeito atravessado pela linguagem. Este sujeito passa a ter uma responsabilidade pela sua divisão, pois pela fala algo se perde. Dito isso, a Psicanálise freud-laciana é anti-pedagógica, no sentido de uma adequação/adaptação da criança ao social, as expectativas da família ou outros discursos que venham a desconsiderar esse sujeito enquanto sujeito do inconsciente e desejo.

A psicanálise é subversiva, pois resiste a adaptar e enquadrar, mas busca pela escuta, que o sujeito crie caminhos e encontre suas próprias saídas pelo dizer. Uma análise pode permitir ao sujeito reduzir o imaginário e se utilizar do simbólico, como suporte para fazer borda ao Real que nada pode ser dito.

Referências

Aries, P. (1981). *História Social da criança e da família*. Jorge Zahar Ed.

Birman, J. (1997). Além daquele beijo!? – sobre o infantil e o originário em psicanálise. In E. R. Santa (Org.), *Da análise na infância ao infantil na análise* (pp. 7-37). Contra Capa Livraria.

Cirino, O. (2001). *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Autêntica.

Freud, S (2010a). *Histórias de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”): Além do Princípio do Prazer e outros textos [1917-1920]*. IN: Obras Completas Vol. XIV, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1946).

Freud, S (2010b). *Introdução ao Narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos [1914-1916]* (Obras Completas Vol. XII, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1946).

Freud, S. (2011). *O eu e o id, “autobiografia e outros textos [1923-1925]* (Obras Completas, Vol. XVI, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1952).

Freud, S. (2016). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos [1901-*

1905] (Obras Completas Vol. VI, P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1942).

Lacan, J. (1995). *O Seminário Livro IV: A Relação do Objeto [1956-1957]* (D. D. Estrada. (Trabalho original publicado em 1994).

Lacan, J. (1998). Posição do Inconsciente no congresso de Bonneval. In J. Lacan, *Escritos* (V. Ribeiro, Trad., pp. 843-864). Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1966).

Lacan, J. (2003a). Nota Italiana. In J. Lacan, *Outros Escritos* (pp. 311-314). Jorge Zahar Editor, 2003. (Trabalho original publicado em 1973).

Lacan, J. (2003b). Nota sobre a criança. In J. Lacan, *Outros Escritos* (V. Ribeiro, Trad., pp. 369-370). Zahar. (Trabalho original publicado em 1969).

Lacan, J. (2005). *Nomes-do-Pai* (A. Teles, Trad.). Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1963)

Lacan, J. (2006). *Seminário Livro XXI: Problemas Cruciais para a Psicanálise [1964-1965]:* Centros de Estudos Freudianos de Recife. (Trabalho original publicado em 1964-1965).

Lefort, Robert. (1991). Introdução à jornada de estudos do CEREDA. In J. Miller (Org.), *A criança no discurso analítico* (D. D. Estrada, trad., pp. 13-14). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1983-88).

Lefort, Rosine. (1991). O corpo do Outro: do significante ao objeto a e de volta. In J. Miller (Org.), *A criança no discurso analítico* (D. D. Estrada, trad., pp. 34-42). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1983-88).

Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

Motta, X. F. & Silva, R. (2011). Um olhar possível sobre a infância. *Revista Eletrônica do Instituto de Humanidades*, (35), 36-50. <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/reihm/article/view/1579/888>

Quinet, A. (2015). Édipo ao pé da letra: fragmentos de tragédia e psicanálise. Zahar.

Quinet, A. (2021). *Teoria e clínica da psicose* – 6. ed. Atos e Divãs Edições.

Ribeiro, M. A. C. (2012). O que responde o analista ao sujeito dito criança. *Revista Marraio*, 23, 57-58.

Sauret, M. J. (1998). *O infantil & a estrutura*. Escola Brasileira de Psicanálise.

Vorcaro, A. (2004). *A criança na clínica psicanalítica*. Companhia de Freud.

Sintomas Infantis na Era do Trauma: Considerações Ferenczianas

Roseane Farias da Silva Aleluia

Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Introdução

A produção de sintomas no contemporâneo tem exposto de forma contundente o mal-estar da condição humana, que desde os tempos freudianos mostra suas facetas através das mais diversas formas de marcar o corpo. Como sabemos, os sintomas histéricos desafiaram o saber médico forçando a compreensão daquilo que está posto no corpo como algo incompreensível à espera de uma decifração. O inconsciente reluz apontando que o corpo guarda as marcas daquilo que não foi possível dar sentido; portanto, para o indecifrável, Freud nos orienta, tal qual um arqueólogo, escavar até trazer à superfície as respostas ao enigma.

O corpo como uma das fontes de sofrimento humano (Freud, 1930/1996) guarda uma história muda que fala através dos sintomas. No campo do que não é falado para o mal-estar, uma memória desconcertante que, silenciada, insiste gritando no corpo sobre uma trama que ainda não foi contada e diz respeito à relação com o outro (outra fonte de sofrimento citada por Freud (1930/1996)).

Ora, é possível darmos conta de uma imbricação entre corpo e relação com o outro, pois como afirma Soler (2006, p.87): “o corpo é um acontecimento de discurso”; quer dizer, o corpo humano é efeito da linguagem, portanto, por esse paradigma, o sujeito é efeito do outro. Desse modo, é possível compreender que o corpo acena sobre o que lhe foi feito, pois responde de forma sintomática às situações incompreendidas, aquelas que permaneceram à margem de uma elaboração simbólica.

Desta feita, a entrada na linguagem (viabilizada pelo outro) nos humaniza e nos adocece, pois desde sempre, esse outro, que está presente anteriormente ao nascimento, vai marcando cada fase da vida do sujeito, seja com sua presença, seja com sua ausência.

Mesmo Freud (1930/1930) tendo demarcado as relações entre os seres humanos como fonte de sofrimento, é Ferenczi que vai tratar com maestria as implicações dessa relação, pois vai alertar sobre os traumas decorrentes dessas relações, nos fazendo perceber, como afirma Gondar (2012), que, para além do sujeito desamparado de Freud, somos vulneráveis na relação com o outro.

Ora, esse outro que marca e constitui o sujeito está implicado nas mais diversas formas de sofrimento e de vivências traumatizantes, desde aquelas mais pontuais que marcam a história individual de cada um, até aquelas que marcam a história de toda a humanidade, como o nazismo, por exemplo. Não a esmo, a própria arte retrata o imprimir desse sofrimento ao outro, muitas vezes, o colocando como algo inevitável, como o amor romântico e o amor materno.

Seligmann-Silva (2015) lança a discussão sobre a importância do conceito de trauma para tentarmos compreender a contradição do século 20, mergulhado no progresso técnico-científico e, ao mesmo tempo, na barbárie, estampada nas relações inter-humanas. É por esse viés reflexivo que podemos desenvolver, em paralelo, um pensamento argumentativo quanto ao que assistimos na atualidade no tocante à proliferação de sintomas infantis.

Os avanços, em termos de pesquisas e produção de conhecimento, quanto ao campo dos transtornos, parece ter silenciado aquilo que é premente nessa discussão: a implicação do outro na formação dos sintomas infantis.

Desse modo, este escrito pretende discutir o sintoma infantil, propondo pensá-lo como construção enredada em uma cultura promotora de traumas, a partir do questionamento sobre o excesso de sintomas infantis na atualidade como produto de uma era marcada pela dificuldade de elaboração do sofrimento psíquico.

Do Excesso à Falta no Sintoma Infantil

O excesso de diagnósticos infantis tem feito parte do cenário contemporâneo. A proliferação de clínicas e fármacos que prometem ajustar a criança à norma tem demonstrado a urgência de se pensar criticamente os sintomas infantis para além de uma compreensão categorizada tal qual aquela descrita nos manuais como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e o CID (Classifi-

cação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde).

Assistimos a uma epidemia de diagnósticos (Whitaker, 2017) que estampam o surgimento de novos sintomas e novas nomeações para o sofrimento humano. A medicalização do sintoma não tem sido um privilégio da vida adulta, cada vez mais as crianças estão sendo expostas ao mundo dos fármacos como tentativa de consertá-las. Como afirma Birman (2012), estamos diante da psicopatologização da infância, o que soa como um alarme para pensarmos do que é feito o sintoma infantil, o que ele quer nos contar?

Voltar o olhar para um fenômeno contemporâneo é um convite para pensarmos o nosso tempo. A histérica de Freud denunciava um tempo de repressão ao feminino, mas à medida que a voz era calada, o corpo se apresentava como denunciante. A histeria se configurou como o retrato do não se conformar às injunções sociais; quer dizer, na impossibilidade de dar voz ao emergente, o corpo se rebela e faz sintoma.

A histeria fez despontar o fracasso da civilização moderna, o que fala de um mal-estar que é inerente ao sujeito constituído na cultura. Para Freud (1910b/1996, p. 153), a sociedade “desempenhava papel importante em causar neuroses”, sendo “a histeria, a mais antiga, a mais conhecida e mais marcante das neuroses em consideração” (Freud, 1893/1996, p.274).

A descoberta freudiana põe em relevo a implicação da cultura na causação de sintomas, por isso somos convocados a compreendê-los imbricados com seu tempo; o que nos remete a pensar que a depressão e o autismo, por exemplo, são construções sintomáticas que falam do contemporâneo. Por essa compreensão não há como tentar elucidar os sintomas sem empreendermos uma discussão sobre a atualidade que emerge o sintoma em questão.

A proliferação de sintomas infantis tem produzido uma gama de literaturas e estudos que tentam circunscrever o sofrimento infantil, especialmente, na direção da busca pela cura ou pelo amainar dos sintomas. O que não seria então o avanço da indústria farmacêutica prometendo alívio aos sofrimentos existenciais? Podemos nos questionar então se os sintomas também são efeitos da ganância capitalista posta na prática de uma indústria que formula sintomas para vender soluções.

O aumento massivo de diagnósticos que vão desde o campo da aprendizagem, compulsões alimentares, socialização, dentre outros,

evidenciam, por um lado, o sofrimento infantil no contemporâneo, e por outro, um cenário que está pronto para catalogar os sintomas, criar medicações e, portanto, psicopatologizar a infância.

Para cada sintoma tem-se na atualidade uma medicação que promete solução, tal qual um produto comercializado nas prateleiras, mas que, nesse caso, só poderá ser vendido, de forma legal, com o assentimento médico através de uma prescrição. Obviamente o mercado ilegal também fabrica consumidores que buscam com a droga tamponar o sintoma.

No que se refere ao sintoma infantil assentimos de forma responsável a sua multideterminação, considerando os aspectos biológicos, culturais, sociais, psicológicos, inconscientes, dentre outros. Todavia, neste texto, olharemos para o fenômeno a partir de uma lente que considera o adoecimento infantil como efeito da relação com o outro da cultura.

Reconhecendo o padecimento enodado ao laço social, a partir de falhas na relação com o outro, temos o sintoma infantil atrelado àquilo que não foi possível dar sentido, portanto marcando o corpo, o comportamento, a conduta, exatamente pela interdição das palavras, ou seja, pelo não acesso ao simbólico.

A criança ao produzir sintomas está mostrando ao mundo uma falha que não foi considerada, que não foi reconhecida. E tal falha nos fala de um ambiente familiar do qual ela faz parte mesmo antes de nascer, pois já existia no desejo e no inconsciente dos pais. Mannoni (1988) já nos alertava que por trás de um sintoma infantil podemos encontrar certa desordem familiar. Pensamos que a busca desenfreada, na atualidade, por causas hereditárias e genéticas para os transtornos infantis nos dizem de uma necessidade inconsciente de manter à deriva a implicação do outro na causação do padecimento infantil.

Nesse caso, não é preciso uma análise profunda para afirmar a dificuldade do sujeito contemporâneo em enfrentar a si mesmo e escrutinar sua participação na desordem da sua vida, como questionaria Freud (1905/1996). Ora, o sujeito nos tempos atuais almeja soluções imediatas como tomar uma medicação e ficar livre do seu sintoma, ou ir a uma terapia e sair dela com todas as respostas aos impasses da sua vida. Deparar-se com a falta é algo evitado pelo sujeito da atualidade, mas para a psicanálise é algo irremediável.

Ainda que Freud estivesse se reportando ao sujeito moderno, a atualidade de suas considerações são facilmente percebidas a uma sim-

ples observação do sujeito contemporâneo. Eis o papel revolucionário da psicanálise para a sociedade:

[...] transformamos o indivíduo em nosso inimigo, desvelando o que nele se acha reprimido, também a sociedade não pode responder com simpatia ao implacável desnudamento de seus danos e deficiências; pelo fato de destruímos ilusões, acusam-nos de pôr em perigo os ideais. (Freud, 1910a/1996, p.226)

Encontrar respostas no que está fora de si é a premissa atual porque assumir-se de alguma maneira falho e, ao mesmo tempo, conseguir lidar com isso tem sido algo inalcançável, visto que a busca por uma autossuficiência combina com a busca do sujeito por uma performance alicerçada em uma imagem perfeita e ideal. Portanto, o notório sucesso das neurociências se faz totalmente compreensível, pois elas buscam explicar o ser humano pelas imagens, como podemos ver na discussão de Birman (2014).

Chama a atenção a busca incessante dos pais por algo externo (a eles) ou genético que explique o sintoma do filho. Há um investimento financeiro e de tempo na busca de soluções que aplaquem o sintoma, sem que seja preciso refletir e implicar-se com ele. A tentativa de implicar os pais nos sintomas dos filhos soa como ofensa, o que tem feito muitos profissionais se lançarem na impossível missão de tentar conduzir o tratamento das crianças quase que à revelia dos pais.

Desde sempre, a psicanálise nos ensina que o sujeito se constitui a partir do outro. Aprendemos com Winnicott (1961/2005) que é o investimento afetivo e os cuidados com a criança que vão construindo um ambiente estável e seguro, forjando um psiquismo saudável que tornará possível seu processo de amadurecimento. Em suas palavras, o “que faz um bebê começar a ser, sentir que a vida é real, achar a vida digna de ser vivida” é o cuidado maternal (Winnicott, 1975/2007, p. 157).

Nesse contexto, há uma sinalização explícita da importância inegociável do outro na constituição psíquica saudável da criança. Ora, o outro está sempre presente e fazendo parte da história particular de cada um. Somos efeito do outro e não há sujeito sem essa marca indelével. “O bebê começa a vida como um ser profundamente sociável: ele clama por intimidade, não apenas pelo alívio da tensão – pela proximidade, não só pela satisfação. Na verdade, a satisfação só é possível em um contexto de proximidade com a mãe.” (Phillips, 2006).

Para efeito da produção dos sintomas infantis temos o outro como participante, pois, como afirma Kehl (2018, p. 08), a criança está diante das formações inconscientes de seus pais, quer dizer, “a criança como sintoma dos pais (ou de um deles)”. Com isso, estamos costurando os sintomas infantis pela compreensão de um indizível que adquiriu tal característica justamente por não ter encontrado o caminho da palavra. Pela falta da simbolização temos as falhas ou as situações incompreendidas se presentificando no corpo pela via do sintoma.

Desta feita, o excesso de sintomas infantis na contemporaneidade esbarra no significante da falta, uma falta que está irremediavelmente vinculada ao laço social, ao campo da alteridade; portanto, não há tratamento possível sem a mediação da palavra, sem a elaboração do vivido no contexto dessa relação com o outro.

Ferenczi e o Traumático

Conhecido como o “analista dos casos difíceis”, Ferenczi se destacou como um pensador revolucionário tendo conquistado a admiração de Freud e se tornado seu discípulo preferido, além de ser considerado o clínico mais talentoso da história da psicanálise freudiana (Roudinesco & Plon, 1998). Em termos de construção teórica, Ferenczi desponta de forma inaugural pelo resgate que fez da importância do trauma para a produção do sofrimento psíquico (Kupermann, 2015).

Como um psicanalista e teórico intensamente preocupado com o sofrimento do outro, Ferenczi fez da sua clínica o campo para formulação de uma teoria inovadora, tendo o próprio Freud reconhecido sua genialidade, afirmando que sozinho Ferenczi valia mais que a Sociedade psicanalítica Húngara inteira.

Assim como Freud, as contribuições de Ferenczi extrapolam o campo clínico. De acordo com Gondar (2012, p. 194), nenhum outro pensador “se dedicou de forma tão insistente, rigorosa e apaixonada a elaborar uma teoria do trauma como Ferenczi.”. É dentro desse campo teórico que Ferenczi faz uma de suas mais importantes contribuições ao campo clínico e teórico: a atribuição da importância da alteridade na produção de traumas psíquicos.

Em sua teoria do trauma, Ferenczi irá pontuar o trauma que se dá na relação com o outro, quer dizer “o trauma depende de uma falha na relação entre o sujeito e o outro” (Favero, 2009, p. 89). Nesse sentido,

a noção ferencziana de trauma privilegia relações e não personagens isolados (Gondar, 2012); quer dizer, acontecimentos podem se tornar traumáticos, mas eles estão no registo da relação com o outro.

Diferentemente da ideia freudiana de desamparo, na leitura ferencziana somos vulneráveis na relação com outro. “É nessa experiência de dependência que uma criança se mostra vulnerável, não havendo, em Ferenczi, um desamparo ou uma vulnerabilidade *em si mesmos*.” (Gondar, 2012, p. 202, grifo do autor).

A concepção ferencziana de trauma irá despontar como inaugural por trazer à cena a irremediável participação do outro na constituição do sujeito e na produção de situações que podem se tornar traumáticas, marcando de forma indelével a vida do indivíduo. Em um texto que trata da criança mal acolhida (Ferenczi, 1929/1992, pp. 48-9), Ferenczi pontua que, em alguns casos, a própria chegada ao mundo se configuraria como um acontecimento traumático. “Todos os indícios confirmam que essas crianças registraram bem os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada.”

Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida. (Ferenczi, 1929/1992, p 49).

Tais considerações partem de casos de pacientes analisados por ele. Em casos como esses, Ferenczi afirma que é possível, no decorrer da vida, o menor acontecimento se tornar o bastante para suscitar no sujeito vontade de morrer; podendo-se também observar certa inapetência para o trabalho, como incapacidade para sustentar um esforço de forma prolongada, assim como certo grau de imaturidade emocional.

A sensibilidade de Ferenczi fica explícita em textos como esse quando destaca o sofrimento da criança imprimido pelo outro que deveria acolher, cuidar, ou seja, ser capaz de criar um ambiente propício para receber a criança e entregar-lhe aquilo do qual ela depende para viver e não apenas sobreviver. Ora, Ferenczi está nos chamando atenção para o quão frágil é o mundo infantil e o quanto ele é dependente de um adulto amadurecido capaz de lhe ofertar segurança, afetos e cuidados constitutivos.

Gondar (2012, p. 202) ainda nos lembra que, pela ênfase no aspecto relacional, Ferenczi é considerado um precursor da teoria das relações de objeto, visto que ele enfatiza, “a ligação precária do recém-nascido com a vida, situando-o muito próximo de um estado de não-existência [...]. Para Ferenczi, a força vital de um bebê é pálida e só se reforça após o bom acolhimento do ambiente [...]”.

O papel primordial daqueles que cuidam, ou deveriam cuidar, da criança é exposto como função fundamental e imprescindível. Tal qual um cristal ou um objeto de porcelana que é tocado com todo cuidado, assim deve ser o cuidado dispensado a uma criança desde o nascimento, pois disso dependerá seu futuro. Desse modo, é a família que tem a importantíssima função de nutrir psiquicamente a criança - mesmo antes do seu nascimento, desejando-a - tornando possível que ela paulatinamente seja capaz de criar a si mesma, tornando-se amadurecida para ressignificar os percalços no caminho.

Nesse ponto, Ferenczi está nos levando na direção da necessidade de reconhecermos a vulnerabilidade inerente à criança para que ela possa ser protegida, pois se não há esse reconhecimento, assume-se o risco de imprimir sofrimento em um ser que ainda não existe por si mesmo, visto que depende, a todo o momento, desse reassseguramento do outro.

Para Gondar (2012, p. 196), aqui reside a originalidade de Ferenczi ao lançar o conceito de desmentido em sua teoria do trauma. Pois, para ele, a existência do trauma está condicionada ao que chamou de desmentido, quer dizer, o “não-reconhecimento e a não-validação perceptiva e afetiva da violência sofrida”. Em suas palavras:

O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, [...] ou até mesmo ser espancado e repreendido [...]; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico. [...] esses choques graves são superados, sem amnésia nem sequelas neuróticas, se a mãe estiver presente, com toda a sua compreensão, sua ternura e, o que é mais raro, uma total sinceridade. (Ferenczi, 1931/1992, p. 79-80).

Cabe aqui destacar que Ferenczi constrói sua teoria, a partir de sua clínica com casos de crianças abusadas, todavia a sua compreensão de trauma atrelada ao conceito de desmentido repercute a tantas outras situações de sofrimento e violência, sendo estendida a uma noção de trauma social, aqueles que se dão exatamente em qualquer contexto do

laço com o outro. Como afirma Verztman (2002, p.69), “a fórmula de Ferenczi é mais abrangente do que parece à primeira vista. [...] Não é necessário supormos uma criança abusada sexualmente para termos acesso às dificuldades que o ambiente lhe proporcionar.”.

Na perspectiva ferencziana de trauma, uma situação de abuso ou violência não seria em si mesma um trauma patogênico, mas o que definiria o ocorrido como traumático, ou não, seria um segundo tempo em que se dá o desmentido.

“O fundamental aqui não é a noção de realidade, mas, principalmente, o que pode ser entendido como traumático. Para Ferenczi o traumático não está na ocorrência de um evento, e nem mesmo no seu grau de violência, e sim em algo que pode se dar – ou não – num segundo tempo. [...] Trata-se de um descrédito da percepção, do sofrimento e da própria condição de sujeito daquele que vivenciou o trauma. Portanto, o que se desmente não é o evento mas o sujeito.” (Gondar, 2012, p. 196).

No encontro com o desmentido, a criança é exposta ao seu real estado de vulnerabilidade, este que tem sua existência no entre, visto que se dá no âmbito da relação com o outro. Na concepção ferencziana, o desmentido se faz quando a criança procura no outro de sua confiança o sentido para aquela experiência, mas ao invés disso, encontra o vazio. Esse movimento em direção ao adulto é uma busca por sentido, visto que ainda é incapaz de acomodar sozinha tal experiência em sua cadeia representacional. No primeiro momento, o evento, o trauma não teria ainda adquirido um caráter desestruturante, uma vez que o encontro com o outro poderia viabilizar o suporte necessário para que a criança pudesse dar sentido ao vivido.

Nesse sentido, Kupermann (2015, p. 42) afirma que “a desagregação psíquica adviria quando, justamente, aquele que testemunha encontra o abandono, na forma da desautorização da sua tentativa de produzir uma versão própria para aquilo que foi vivido como injúria.”. Quer dizer, a criança procura o adulto na esperança que este lhe empreste um sentido, uma produção que ela ainda não consegue fazer sozinha.

No cenário do desmentido, a criança depara-se com a negação de sua experiência, portanto do seu sofrimento. Ela é desacreditada, encontrando no adulto, nas próprias palavras de Ferenczi (1934[1932]/1992, p.111, grifos do autor) “*um silêncio de morte* que torna a criança tão ignorante quanto se lhe pede que seja”.

Portanto, na situação do desmentido, a criança é barrada na possibilidade de construir uma narrativa para o evento, pois o adulto falhou em lhe fornecer respostas, falhou em intermediar a palavra da criança, oferecendo, no lugar, um silêncio traumático ao invés do acesso ao simbólico. Na concepção ferencziana, havendo resposta rápida por parte do adulto, no sentido de sustentar psiquicamente a criança, ajudando-lhe a representar o ocorrido, é possível que esse socorro traga reparação.

Sintomas Infantis e o Interdito das Palavras

Se neste escrito estamos tomando o adoecimento infantil como efeito da relação com o outro, em que as falhas nessa relação produzem sintoma no corpo pelo não acesso ao simbólico, quer dizer que estamos sustentando uma conexão possível entre os sintomas infantis atuais e a noção ferencziana de desmentido.

Primeiramente, pensemos no sujeito da contemporaneidade correndo de um lado para o outro, em busca de objetos de satisfação e respostas imediatas ao seu sofrimento. Um sujeito que não endereça ao outro sua dor e nem se implica em seu adoecer, mas tampona sua angústia com satisfações passageiras, através do consumo, seja de fármacos ou qualquer outro objeto que traga alívio imediato, sem que seja preciso formular uma questão acerca do que sente.

O sujeito contemporâneo é excessivo, pois tudo está à mão. Compra-se muito, come-se muito. Os relacionamentos são fortuitos, fugazes. Os ideais e as ideologias não deslumbram mais o sujeito; o aqui e agora atrai mais do que a labuta por um sonho. Birman (2014) destaca o silêncio da conflitualidade psíquica na atualidade, diferentemente dos tempos modernos. Para ele, o que temos no contemporâneo é um intervalo entre o excesso pulsional e os processos de simbolização, justamente pela fragilidade desses últimos. Vivemos em tempos de exaltação da individualidade em uma sociedade que não admite a solidão e a contemplação de si (Birman, 2007).

Mirando essa rápida descrição, podemos pensar no sujeito contemporâneo que assume legalmente a responsabilidade de cuidar de uma criança e nos questionar sobre o que sustenta hoje as funções de mãe e pai. Que desejo está implicado nessa empreitada de criar um filho? Os excessos de exibição nas redes sociais, desde o anúncio de uma gravidez até a chegada da criança, se estendendo aos primeiros passos

do bebê, saídas e aniversários, fazem do privado um palco exibicionista sem nenhum constrangimento.

No entanto, há um hiato entre o mostrar e o viver, pois cuidar de uma criança continua sendo uma função que requer bastante investimento, mas a maternagem parece ter sido simplificada por uma sociedade que tenta evitar dispêndio de energia com o outro, mesmo que esse outro seja um filho. À primeira aparição de um sintoma, a criança passará por um escrutínio a pedido dos pais para que se detecte o problema e com isso venha a solução.

Ora, tal busca parece não ser acompanhada por uma interrogação acerca de si, acerca da relação com o filho, pois ao outro é endereçado a questão: o que tem meu filho? A resposta a tal pergunta não pode ser devolvida aos pais, visto que qualquer tentativa de implicação dos pais no sintoma do filho gera um mal-estar insuportável que só consegue ser contornado com a negação.

Tentar implicar os pais no sintoma do filho parece ter se tornado algo impossível, visto que implicá-los significa ferir seus narcisismos. Em tempos de “precariedade dos processos de simbolização” (Birman, 2014), temos pais buscando respostas imediatas para o sofrimento e se satisfazendo com objetos criados pela ciência e pela tecnologia.

Dolto (1980) já nos alertava quanto à hipótese de que a criança adoce do inconsciente dos pais, pois, para ela, os sintomas infantis nos falam de distúrbios reativos a dificuldades parentais. Então nos questionamos em termos de contemporaneidade: que lugar ocupa a criança no inconsciente dos pais? Winnicott (1961/2005) também pontua a participação da família na formação dos sintomas infantis, destacando as falhas no ambiente como produtoras de psicopatologias.

Segundo Phillips (2006, p. 22), Winnicott conceberia “a psicopatologia como originária das quebras na continuidade, ‘distrações’ que poderiam ocorrer no desenvolvimento precoce de uma pessoa”. Quer dizer, “lacunas causadas pelas intrusões, privações e catástrofes naturais da infância, a maioria das quais ele via como resultantes de falhas na provisão parental” (p.22). Tais falhas dariam forma a situações incompreendidas, e a criança as vivenciaria como sem sentido, portanto, sem encontrar um lugar dentro de si mesma para tal experiência.

Diante disso, é possível desenvolver o pensamento de que se é na relação com o outro primordial que os sintomas são fundados, o endereçamento ao outro (da ciência, por exemplo) na busca pela cura

e/ou tratamento do sintoma infantil barra a possibilidade de narrativas que possam ser produzidas no âmbito de tal relação. Nessa direção, se produz um silêncio traumático que se repete por duas vias: uma que diz respeito aos pais não se reconhecerem como partes fundantes na formação do sintoma do filho, ou seja, retirando dos seus ombros qualquer responsabilidade; e a outra que se trata da busca por algo externo que confirme para eles a não participação no adoecimento da criança, ou seja, um estado de completa indiferença.

O que não seria então a busca desenfreada por um diagnóstico que dê nome ao sintoma infantil, acompanhado de uma terapêutica que contorne os sintomas da criança? Desse modo, é possível que de tal postura parental a criança faça a seguinte leitura: o teu sofrimento não tem a ver conosco, mas com alguma coisa fora de nós, que nos atingiu, ou a algo que diga respeito apenas a você.

Dizendo melhor, o desmentido se configuraria na negativa de reconhecer a participação adulta no adoecimento da criança, considerando que esta é vulnerável nessa relação com o outro. E com isso, poderíamos depreender que, nesses casos, o que se desmente é a própria relação. Esse vácuo produz um “silêncio de morte”, como menciona Ferenczi (1934[1932]/1992, p. 111), em que tal falha impede a criança de produzir uma narrativa, gerando então uma solidão traumática. A criança sente-se sozinha com seu sintoma.

A produção de tal silêncio barra a entrada da criança no simbólico, impedindo-a de dar significado ao incompreendido, assim ela deposita o não dito no corpo, o que fica visível através dos sintomas. A dor não simbolizada se presentifica no corpo e a criança esbarra na impossibilidade de dar múltiplos sentidos às experiências que geraram sofrimento.

Segundo Pinheiro (1995, p. 76), no desmentido,

[...] o adulto rouba à fala da criança o sentido ambíguo das palavras, sua polissemia, encarcerando-as na univocidade. Resta à criança engolir esta palavra de sentido unívoco e desprovida de ambiguidade. Palavras cristalizadas, radicalmente proibidas de serem pronunciadas e, portanto, de circularem livremente.

Nessa direção, os sintomas infantis estão sendo costurados a partir da ideia de que a criança registraria no corpo aquilo que não foi possível dar sentido. Para Ferenczi (1932/1990, p. 37), o corpo é depo-

sitário de uma inscrição sensorial quando da ausência de uma inscrição psíquica. Em suma, “nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar”. Nesse caso, a produção sintomática diz respeito à falta de inscrição psíquica, em que o corpo assumiria o lugar das palavras para expressar aquilo que não foi dito. Na concepção ferencziana, apenas o corpo guarda a lembrança do trauma.

O descuido com a fragilidade infantil pela recusa do reconhecimento de sua vulnerabilidade, os abusos, a violência, a falta de tempo, a indiferença. A falta do cuidado impregnado de afeto e atenção, o olhar faltoso, desviante, vazio. O silêncio, as quebras de confiança, a instabilidade do ambiente, a culpa. Muitas vezes, os sintomas nos falam de crianças tristes, que não brincam, que se perguntam o que fazem no mundo. Cada criança guarda uma história e, muitas vezes, essa narrativa não pode ser contada, mas apenas vivida no corpo.

Entre silenciamentos e segredos, histórias que retornam na relação com o filho, pois tal experiência traz à tona os próprios traumas, as próprias dores de quando se foi criança. Como afirma Rosa (2018, p. 38), “o não dito dos pais retorna nas fantasias repetidas e/ou nos atos da criança.”.

“Quando os sintomas estão ligados a velhos traumas familiares não elaborados, faz-se preciso processar o trabalho de luto também dos pais, para impedir a obsessão de reconstruir o que viveram. Atende-se aos pais para produzir um efeito analítico que permita dar continuidade à análise da criança ou adolescente (Rosa, 2018, pp. 40-41).”.

Em questão está o reconhecimento de que algo diz respeito a si mesmo na relação com o filho; é isso que faz com que uma mãe ou um pai formule uma questão quanto ao sintoma de seu filho e caminhe na direção de encontrar alguma resposta, sem se contentar ou se conformar com as explicações ditas científicas. Na verdade, esse é um trabalho árduo, pois o encontro consigo mesmo/com sua criança interior será inevitável.

Mas, dessa busca, dependerá a retomada de uma relação estável, de um convívio carregado de sentido, em que talvez a criança possa abrir mão do seu sintoma e seguir adiante. Pois, espera-se que nessa fase da vida, afirma Ferenczi (1929/1992, p. 50), “a criança seja levada por um prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados,

a perdoar aos pais por terem-na posto no mundo sem lhe perguntar qual era a sua intenção [...]”.

Diante disso, o não dito pode ser integrado à cadeia significativa dando à palavra a possibilidade de construir uma nova versão, no lugar daquela anteriormente tomada como única verdade possível. Segundo Pinheiro (1995, p. 76), as palavras “só podem ser investidas pelo sujeito quando guardam o caráter da multiplicidade dos sentidos”, do contrário, teremos palavras sem elasticidade, “encerradas numa rigidez que não permite ao psiquismo integrá-las”. No âmbito da palavra desprovida de polissemia temos o que a autora chama de “palavra desumanizada que escapa à própria condição simbólica.”

Ao oportunizar uma elaboração do vivido, à criança será possível construir uma nova narrativa marcada, dessa vez, pela palavra humanizada, pela polissemia, o que tornará possível à experiência ser assimilada pelas instâncias psíquicas, ao invés de dar ao corpo o lugar das palavras.

Considerações Finais

Retomando o objetivo desse escrito, percorremos a construção do sintoma infantil pela sua pertinência à relação com o outro. Um outro que está imerso em uma cultura produtora de sujeitos que dizem pouco de si, mas gritam suas performances imagéticas para serem curtidas e aprovadas por um público que não aceita deslizes.

Chamamos de uma cultura promotora de traumas essa que dificulta o encontro do sujeito com seu ser faltante, com sua própria angústia interrogante acerca de si mesmo e que, portanto, não permite uma elaboração do vivido. Nesse caso, na falta de um questionamento acerca de si mesmo, temos também a falta de implicação na formação de seus próprios sintomas e, portanto, na formação dos sintomas dos seus próprios filhos.

No âmbito desse contorno contemporâneo, pais e mães nascem assumindo, mesmo que apenas legalmente ou nem isso, a responsabilidade de cuidar de um filho. Mas, nos questionamos como é possível sustentar outro ser em sua vulnerabilidade quando há uma dificuldade, ou melhor, uma rejeição premente nos próprios pais em elaborar seus próprios sofrimentos psíquicos? Formular uma questão acerca de si mesmo, comumente, é uma tarefa árdua que exige uma determinação

em interrogar-se sobre sua própria desordem e nela encontrar os ruídos daquilo que respinga na relação com os próprios filhos.

Desta feita, o sintoma infantil faz eco e não cessa de se inscrever, pois, como vimos com Dolto (1980), a criança adoece do inconsciente dos pais e isso confirma a tese ferencziana de que somos todos vulneráveis na relação com o outro, a partir de um entendimento de que desde os primórdios somos marcados pela necessidade do cuidado e do contato e do reconhecimento desse outro fundante.

Não reconhecer-se no sintoma do filho ou estar alheio a sua dor, procurando apenas respostas médico/científicas para o sofrimento infantil é o reflexo de uma cultura que forja um tipo de sujeito que atribui sempre ao outro sua própria desordem, exatamente pela evitação de confrontar-se com sua própria dor.

Nesse caso, o sintoma infantil é buscado sempre fora da relação primordial, quer dizer estará sempre num âmbito que escapa à responsabilidade e à implicância parental. Formular uma questão ou uma hipótese acerca da própria participação no sintoma do filho é uma possibilidade promissora de encontrar junto à criança um caminho de elaboração simbólica que descole do corpo o não compreendido e devolva às instancias psíquicas a possibilidade de humanizar a palavra, de dotá-la de sentido.

Referências

Birman, J. (2014). *O Sujeito na Contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Birman, J. (2007). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação* (6a ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Gondar, J. (2012). Ferenczi como pensador político. *Cad. Psicanál.-CPRJ*, Rio de Janeiro, v.34, n.27, pp. 293-210.

Dolto, F. (1980). Prefácio. In M. Mannoni. *Primeira entrevista em psicanálise* (3ª ed., p. 14). Rio de Janeiro, RJ: Campus.

Favero, A.B. (2009). *A noção de trauma em psicanálise*. (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ.

Ferenczi, S. (1992). *A Criança Mal Acolhida e Sua Pulsão de Morte*. In *Obras completas*. (vol. IV, pp. 53-68). São Paulo: Martins Fontes.

(Trabalho original publicado em 1929).

Ferenczi, S. (1992) *Análise de crianças com adultos*. In *Obras completas*. (v. IV, pp. 69-83). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1931).

Ferenczi, S. (1990). *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932).

Freud, S. (1996). *A psicoterapia da histeria*. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 2, pp. 271-329). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1893).

Freud, S. (1996). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. (v.7, pp.1-107). (Trabalho original publicado em 1905).

Freud, S. (1996a). “*As perspectivas futuras da terapia psicanalítica*”. (v. 11, pp. 143-156). (Trabalho original publicado em 1910)

Freud, S. (1996b). *Cinco lições de psicanálise*. (v. 11, pp. 16-65). Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Trabalho original publicado em 1910).

Freud, S. (1996). *O mal estar na civilização*. (v. 20, pp. 95-200). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1930).

Kehl, M.R. (2018). Prefácio. In *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. (2a ed., pp.07-12). São Paulo, SP: Escuta/Fapesp.

Kupermann, D. (2015, setembro). A “desautorização” em Ferenczi: do trauma sexual ao trauma social. Na construção da cena traumática, o outro está no lugar de agente provocador, seja em ato, seja em fantasia. *Revista Cult*, n 205, ano 18, pp. 39-46.

Phillips, A. (2006). *Winnicott*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Pinheiro, T. (1995). *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Soler, C. (2006). *Los ensamblajes del cuerpo*. Primera. Medellín: Asociación Foro Del Campo Lacaniano de Medellín.

Rosa, M. D. (2018). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. (2a ed.). São Paulo, SP: Escuta/Fapesp.

Seligmann-Silva. (2015, setembro). A era do trauma. *Revista Cult*, n. 205, ano 18, 47-51.

Verztman, J.S. (2002, janeiro/junho). O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. *Ágora Estudos em Teoria Psicanalítica*. Rio de Janeiro, 5(1), 59-78.

Whitaker, R. (2017). *A anatomia de uma epidemia*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

Winnicott, D. A. (2005). *Família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961).

Winnicott, D. (2007). *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1975)

Vivência Nietzscheana Experimentada na Clínica Psicanalítica Infantil

Lindcélia Cristina dos Santos

Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas do Vale do São Lourenço (EDUVALE)

Silas Borges Monteiro

Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

Introdução

A invenção freudiana: o Inconsciente, revela-se no trabalho analítico na relação clínica entre analista e analisando, e, na pesquisa, entre o pesquisador e seu objeto de estudo. Nenhuma linha fica fora dos efeitos dessa força intensa que é o Inconsciente, que unida às experiências vividas pelo autor agrega à obra um olhar intenso, profundo e particular. À vista disso, o presente trabalho aventurou-se na exploração do objeto-conceito Vivência da filosofia nietzscheana que unida ao olhar psicanalítico de Winnicott encontrou no espaço terapêutico infantil um lugar de materialização.

Foi com o exercício da psicanálise como teoria e prática clínica que, a operacionalização de um pensamento se colocou em movimento para dar passagem às manifestações inconscientes sob a produção científica de Vivência, ainda que, a pesquisa se apresentou de cunho bibliográfico foram as *vivências* da autora na clínica psicanalítica com crianças a ‘des-coberta’ desse desenho acadêmico.

O objeto-conceito Vivência, na filosofia de Friedrich Nietzsche, ganhou notoriedade com o propósito de aproximar-se de um sentir no próprio corpo, seu trabalho direcionou-se para o mecanismo fisiológico do exercício da filosofia. Destacando-se por sua originalidade dessa filosofia fisiológica, em que a Vivência evoca características singulares, sempre particulares daquele que vive.

No texto escrito com a inicial maiúscula Vivência refere-se ao objeto-conceito pesquisado, enquanto *vivências* é a representação do

significado partilhado, isto é: vocábulo para referir-se ao vivido. Em Vivência, no alemão *Erlebnis*, há três características principais: imediatez, significabilidade e dimensão estética.

Tais características contemplam o desenho de Vivência encontrando nos conceitos psicanalíticos de Winnicott a outra parte desse quebra-cabeças criativo e singular. As peças foram montadas no ambiente terapêutico do atendimento infantil, os jogos, os desenhos e os rabiscos infantis foram efeitos analíticos de Vivência.

O exercício filosófico de Vivência

Vivência, no alemão *Erlebnis*, possui uma visibilidade no campo da filosofia, particularmente na obra nietzschiana, uma vez que, significa “um ainda estar presente na vida quando algo acontece” (Viesenteiner, 2009, p. 111). Inicialmente usada na literatura para referir-se a um acontecimento pessoal, ganha estatuto filosófico em meados do século XIX, mas é com a filosofia de Friedrich Nietzsche que Vivência:

Passa a receber uma abordagem filosófica a partir de Aurora. Então, Nietzsche sustenta que as vivências têm inscrição no corpo; é ele que, segundo as circunstâncias, as digere bem ou mal. A maneira pela qual o indivíduo encara o que lhe acontece depende de sua configuração pulsional, de sua condição de vida. Por isso mesmo, as vivências não podem ter caráter universal; elas são sempre singulares (Marton, 2016, p. 420).

Consequentemente, Vivência ocupou um lugar teórico capaz de se tornar um substrato conceitual, dito de outro modo, um contra-conceito, envolvendo uma complexidade na operacionalização do pensamento filosófico.

O trabalho de Nietzsche é marcado pela originalidade e singularidade de uma filosofia fisiológica onde “[...] destituído das quimeras conceituais, ambos os expoentes supracitados aprendem a pôr beleza no mundo e toma a si mesmos, seus próprios corpos, como objeto de experimentação, uma espécie de poeta-autor da própria vida, para fins de auto-formação” (Silva Neto, 2018, p. 41).

Operacionalizar conceitos na filosofia é uma tarefa intensa, primeiro que o conceito busca dimensionar um significado contemplando o caráter universal, diferentemente das características de Vivência. Por isso, a dinâmica do exercício filosófico aqui é: afetar-se dos efeitos como vivente nas próprias Vivências.

Em Viesenteiner (2009) imediatez, significabilidade e dimensão estética corroboram para o desenho de Vivência na filosofia Nietzschiana.

A *imediatez* sinaliza a ligação imediata do vivente com o acontecimento, sem nenhum intermediário; já a *significabilidade* viabiliza a durabilidade do acontecido, isto é, mesmo que não se repete a experiência vivida, para se tornar Vivência leva-se tempo para amadurecer. E, por último, a *dimensão estética* onde o conteúdo de Vivência não se traduz na racionalidade de uma escrita ou fala para comunicar o que se vivenciou, por isso, o corpo é o principal condutor de Vivência.

Ao transitar nesse terreno teórico, nunca se chega ao núcleo do que de fato é Vivência, apenas se caminha em suas margens contemplando os efeitos e os seus reflexos, no profundo exercício de pensar.

A excentricidade de Vivência encontra-se na lógica paradoxal, um dos pressupostos da representação simbólica do conceito, pois ao tentar falar sobre Vivência essa já não se configura como tal, na percepção nietzschiana. O trabalho do filósofo não foi organizar e/ou sistematizar o substrato conceitual, essa tarefa ficou com Viesenteiner (2009), a fim de sustentar a Vivência como tornar-se o que se é compreendida como *pathos* (Viesenteiner, 2009, p. 149), mas é com a clínica psicanalítica que essa tarefa ocupou uma materialização fisiológica. Sua aproximação com o trabalho de Winnicott viabilizou essa materialização do conceito.

Ao considerar a clínica winnicottiana como metáfora materna, entende-se que há um espaço de referência ao vivido, mesmo que, não se viva duas vezes. O espaço clínico não é uma remanescência do que se viveu, mas é o lugar de potência para o verdadeiro *Eu* emergir, a partir dessa condição inicial de elementos não integrados para o vivente.

O *setting* é o lugar para um acontecimento, é a situação que é posta. Não é a moldura, não é a interpretação, não é a observação de fenômeno. O *setting* é o que possibilita o manejo, que é o procedimento clínico necessário quando houve falhas precoces no desenvolvimento.

Envolve comunicação verbal (tempo, frequência, dia, local) e postura (função psíquica do analista, disponibilidade e atitude profissional). E o manejo insiste em proteger, intermediar, atender. O *setting* é a definição do espaço psicanalítico no qual se podem produzir trocas transferenciais e processos de transformação (Hisada, 2002, p. 5).

É o indivíduo/paciente do trabalho de Winnicott que faculta a ideia de vivente na filosofia da Vivência, assim, Nietzsche e Winnicott conversam nessa representação simbólica do objeto-conceito, abrindo

passagem para um pensamento. Pensamento que opera de dentro para fora, ou fora para dentro, considerando *dentro* como espaço dos elementos primitivos, que circundam a Vivência, e, *fora* como o desenho da dobradiça manifestada na realidade externa compartilhada, junto ao trabalho escrito, é a clínica o lugar da transição desse dentro e fora da Vivência.

A clínica psicanalítica com crianças: rastros de Vivências

O encontro entre pesquisa e clínica em torno de Vivência, concebeu um lugar físico para que o vivido sem filtro despertasse algo que pudesse vir a ser compartilhado na realidade externa, isto é, no contexto acadêmico. Assim, aconteceu o encontro entre Nietzsche e Winnicott nessa ousadia de deixar aparecer os rastros de Vivências.

Os casos clínicos da autora foram os traços perceptíveis de Vivência, tal qual se aparecem as estrelas cadentes, apenas pequenos flashes de algo que pode ser e ao mesmo tempo não ser. A pesquisa não foi um relato de experiência, mas uma experiência viva evocando na própria pele as Vivências.

Vivência evoca outras Vivências!

O corpo como principal condutor de Vivência afetou-se nas mais diferentes instâncias, adoecimento e produção. A vida do filósofo que usou e ousou do substrato conceitual, teve um corpo fisiológico marcado pelas formas de adoecimento físico, o qual potencializou sua produção intelectual:

Sem considerar que sou um *décadent*, sou também o contrário. Minha prova para isso é, entre outras, que instintivamente sempre escolhi os remédios *certos* contra os estados ruins: enquanto o *décadent* em si sempre escolhe os meios que o prejudicam. Como *summa summarum* [totalidade] eu era sadio, como ângulo, como especialidade era *décadent*. Aquela energia para o absoluto isolamento e desprendimento das relações habituais, a imposição de não mais me deixar cuidar, servir, *socorrer* - isso trai a incondicional certeza de instinto sobre o *que*, então, era mais que tudo necessário. Tomei a mim mesmo em mãos, curei a mim mesmo: a condição para isso – qualquer fisiólogo admitirá – é *ser no fundo sadio*. Um ser tipicamente mórbido não pode ficar são, menos ainda curar a si mesmo; para alguém tipicamente são, ao contrário, o estar enfermo pode ser até um enérgico *estimulante* ao viver, ao mais-viver. De fato, assim me aparece agora aquele longo tempo de doença: descobri a vida e a mim como que de novo, saboreei todas as boas

e mesmo pequenas coisas, como outros, não as teriam sabido saborear - fiz da minha vontade de saúde, de *vida*, a minha filosofia (Nietzsche 1888/2008, p.23).

A vida em sua concepção mais comum: o funcionamento dos órgãos, não é suficiente para manter um sentimento de existência real, não há uma vida, que vale a pena ser vivida, porque é nesse estalo de que há algo mais, ainda que o corpo esteja doente existe a saúde, pois “[...] é a apreciação criativa que faz o indivíduo sentir que vale a pena viver” (Winnicott, 1971/2021, p. 108).

É no campo criativo e considerando que toda produção teórica no campo da psicanálise é um movimento marcado pelas forças inconscientes, entendeu-se que nenhuma palavra fica fora da sua ação. Dinâmica que também aparece em *Vivência*, na filosofia de Nietzsche. Por isso, a clínica psicanalítica infantil se tornou essa materialização da *Vivência*.

Ele desenhou com a massinha sua experiência edípica. A qual foi pontuada no grupo de supervisão com os grandes olhos do supervisor, enxergando na primitiva forma do fruto manga a voracidade de ser devorada com a boca e as mãos.

A *Vivência* somente deixa-se revelar por um traço que se movimenta e dilui-se, sem jamais ser lembrada ou esquecida, mas que se inscreveu no próprio corpo.

Primeiro, “[...] pertence-me uma sensibilidade perfeitamente inquietante do instinto de limpeza, de modo que percebo fisiologicamente — *farejo* — a proximidade ou — que digo? — a parte mais íntima, as ‘entranhas’ de cada alma...” (Nietzsche, 1888/2008, p. 30 grifo do autor). Assim são os casos clínicos, apresentados nas vinhetas contornando o desenho da dobradiça da *Vivência*.

Há mais de um ano, no mesmo dia e horário, assuntos que vêm e vão.

Temas que se repetem.

Um dia, quase no fim de seu horário, ela disse:

“Venho aqui toda vez, falo do mesmo assunto, mas é sempre diferente”.

Seguindo um caminho em construção, as pedras vão surgindo à medida em que se coloca o pé, não como um passe de mágica, mas com

uma luz que ilumina cada bloco com a importância em que se é dada na significabilidade de Vivência.

Naquele momento de todos os casos, a sua agressividade era mais destruidora. Sobreviver era o mais difícil. Desistir ao encaminhá-lo seria a forma mais coerente de suportar toda bagagem de dor, rejeição e violência. De todas as funções psíquicas do analista, sobreviver era crucial neste caso. Como um bebê que sugava a mãe ao amamentar-se e nunca ficava satisfeito, assim eram nossas brincadeiras. Meu corpo ficava destruído, demorava muito tempo para voltar inteira e começar tudo de novo.

Na sessão analítica a experiência é real, efetiva-se no presente, mesmo que os conteúdos retomam aos diferentes tempos e em diferentes níveis de repetição. A clínica é o lugar unitário, as palavras sobrevoam deixando a Vivência revelar-se, mas não para ser justificada, não é a racionalidade em questão, é sua dimensão estética, pois “[...] não basta vivenciar, como um querer vivenciar, é preciso que cada vivência altere durante um longo período e de modo significativo a própria vida” (Viesenteiner, 2009, p. 118).

Nunca foi tão difícil escrever sobre um assunto [Vivência], as palavras somem, tal qual uma bola de terra, firme e forte, mas quando se aperta dissolve como poeira, essa foi minha experiência. Eu disse em uma sessão de análise.

A Vivência é essa impulsividade que gruda, como uma cola invisível que eu não consigo largar e nem sistematizar, mas compreendi que essa é a função não do conceito, mas da própria Vivência.

Ninguém de fora é autorizado a dizer sobre o conteúdo esteticamente vivido em uma sessão, porque as palavras são insuficientes para explicar o vivido, o que se pode afirmar é que ele altera um percurso da vida.

Eu ainda não sei o que quero ser.

Disse-lhe a paciente.

E o que você não quer ser?

Interroga-lhe a analista.

E continua.

Às vezes fica mais fácil começar pelo que não queremos.

Contudo, a Vivência é essa força que atravessa o trabalho analítico dando notícias da criação do filósofo, conferindo a ela a palpável ideia de uma construção imediata, significativa e esteticamente sentida.

Considerações finais

Os efeitos de Vivência na clínica circulam nas sessões e fora delas, o trabalho da analista exige uma intensa tarefa de sentir e estudar teoricamente os conceitos, a psicanálise é essa ciência que atravessa o corpo, tal qual a Vivência nietzschiana atravessou a clínica psicanalítica da autora. Os efeitos de Vivência estão unidos ao seu conteúdo, o qual é atravessado pela memória corporal, um corpo afetado por uma dimensão estética, que não passa pelas operações mentais do pensamento.

A clínica concedeu a visibilidade do traço de Vivência, tornando esse lugar de sua manifestação mais clara e ativa desse substrato conceitual. Objetivar Vivência no campo compartilhado da academia, obrigou o autor transitar com o substrato conceitual nesse lugar da clínica. Segundo Dias (2014) objetivar se difere de objetificar, pois não se trata aqui unicamente da Vivência como conceito no contexto acadêmico, mas sim, da sua aparição no campo compartilhável de sentido, de um senti com, resultando em um desfecho, nunca total, do sentido de Vivência junto a carga subjetiva que toma a relação do analista-analisando, analista-clínica, analista-estudos.

Vivência como o efeito singular na sua mais original existência, foi o experimento na própria pele, não se apresentou para ser justificada ou exigir resposta, mas desponta com a sensibilidade de revelar um objeto que existe, que dá voz a si mesmo afetando o corpo esteticamente, imediatamente e que assegurou tamanha significabilidade.

Referências

- Dias, E. O. (2014). *A teoria do amadurecimento D. W. Winnicott*. 3 ed. rev. São Paulo: DWW.
- Hisada, S. (2002). *Clínica do setting em Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Marton. S. (2016). *Dicionário Nietzsche*. São Paulo: Edições Loyola.
- Nietzsche, F (1881/2016). *AURORA: Reflexões sobre os preconceitos morais*. Tradução de Paulo César de Sousa. São Paulo: Companhia de Letras. (Trabalho original publicado em 1881).
- Nietzsche, F (1888/2008). *Ecce homo*. Tradução de Paulo César de Sousa. São Paulo: Companhia de Letras.

Silva Neto, J. A. da (2018). O procedimento histórico-físio-psicológico: Um procedimento ético-estético de auto-formação em Friedrich Nietzsche. *Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência*, Rio de Janeiro, v. 11 (2), 39-51. <https://doi.org/10.59488/tragica.v11i2.27216>. Acesso em 20 de Fevereiro de 2019.

Viesenteiner, Jorge Luiz. (2009). *Experimento e vivência: a dimensão da vida como pathos*. 2009. [Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Filosofia. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações Unicamp Campinas. <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280812>

Winnicott, D. W. (1986/2021). *Tudo começa em casa*. Tradução de Paulo Cesar Sandler. São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1986).

EIXO 2
PERCURSO CLÍNICO

O Que Há De Patológico Na Criança? Contribuições Da Clínica Para A Psicanálise Da Infância

Bibiana Godoi Malgarim

Centro de Estudos Psicanalíticos Porto Alegre/Serra (CEPdePa)

César Augusto Bridi Filho

Faculdade Interada de Santa Maria (FISMA)

Policlínica Municipal de Saúde Mental - Santa Maria/RS

Introdução

Um primeiro ponto a ser contemplado no capítulo é a diferenciação entre infância e criança, para logo em seguida adentrar no que a Psicanálise aponta sobre esses momentos do desenvolvimento a partir da sua perspectiva teórica e prática. O texto começa referendando Sigmund Freud para seguir, mais especificamente, citando Melanie Klein e Donald Winnicott.

Em um segundo ponto, percorre pelo conceito de sintoma na teoria psicanalítica tradicional, assim como de estrutura. Neste tópico, é construída uma contextualização da criança na sociedade a partir da leitura psicanalítica e de como o grupo social, em uma época específica, irá definir o que é aceitável, ou não, para o bem-estar da criança e, com isso, um cenário sobre a discussão do que é esperado ou normal para a criança e na infância começa a ser descortinado.

Com esse contexto, a discussão prosseguirá de forma mais específica e aprofundada no tópico “A Psicopatologia Infantil: O nascimento e o sentido do sintoma na criança”. É possível começar a compreender como a criança é colocada no mundo pelos pais a partir do desejo desses, assim como por seu cuidado, agregando-se como o sintoma estará amalgamado à essa relação: independente do que ele representa, o sintoma é um nó de expressão calcado no modo primitivo de se expressar, construído nas relações iniciais.

Finalmente, no último ponto do capítulo, abre-se a discussão de como a demanda sintomática chega aos consultórios de psicólogos e psicanalistas, discorrendo sobre aumento dos diagnósticos de algumas patologias de forma abrupta, a busca pelo que se chamou de “asepsia” sintomática dos filhos e, como isso interage com a questão narcísica dos pais.

Não se trata de desconsiderar os sintomas como expressão de sofrimento. Trata-se de contextualizar toda uma narrativa sobre a criança, seu ambiente e os aspectos sociais da época em que está inserida, considerando seu sofrimento e as repercussões dele no adulto que se tornará.

Infância e Criança

Pensar sobre a infância não é somente considerar a maturação das estruturas fisiológicas de desenvolvimento ou cognitivas, mas, considerar simultaneamente como ocorre a constituição do sujeito psíquico (Jerusalinsky, 1999; Laznik & Jerusalinsky, 2014), é necessário reconhecer a estrutura e compreender a função psíquica que emerge desta combinação (Bridi Filho & Bridi, 2016). Para que essa constituição se desenvolva haverá um interjogo entre o ambiente e a criança, que acontece a partir do ritmo da corporeidade humana (Krummenauer & Malgarim, 2018).

Posto isso, retoma-se algo que, embora suficientemente claro no circuito psicanalítico, é relevante ter como contexto: infância e criança não podem ser tomadas como sinônimos. De acordo com a legislação brasileira, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA -Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990), considera-se criança: “a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.”

A noção de infância foi desenvolvida durante séculos de evolução da humanidade, isto porque por volta do século XI crianças eram entendidas como adultos em miniaturas, logo não havia nenhuma especificidade além do tamanho que as caracteriza, e juntamente a isso, agregava-se o pensamento de que não havia nexos entre a vida de criança e a vida de adultos - quando essas alcançam a adultez (Aries, 2014). Havia crianças, não havia infância. Somente em meados do século XVIII esse encontro começa a ocorrer: a morte das crianças já podia ser evitada em certo grau e a conduta religiosa predominante passou a creditar

almas aos infantes. A postura religiosa somada à transmissão do poder e de finanças, muda tudo para a sociedade que até então pouco sabia sobre esse momento tão crucial do desenvolvimento. A separação entre “criança” e “infância” inaugura um novo olhar sobre dois universos distintos. O primeiro, sempre esteve ligado ao desenvolvimento físico, um período de desenvolvimento que está ligado a etapas e ciclos a serem cumpridos até a maturidade intermediária da adolescência. A infância, porém, abarca elementos subjetivos, sutis ao olhar, que suportam e interagem com o desenvolvimento do corpo e suas etapas evolutivas. A infância é um interstício entre o real percebido pelos demais e o subjetivo, nem sempre tão visível. Esse espaço incorpóreo, formado por todos os aspectos que tocam ou se ausentam do corpo físico, deixam marcas permanentes, amarrando ao corpo a sua experiência, sua história e todas as nuances das relações iniciais. Em suma, mesmo que o corpo cresça e se desenvolva, a infância e seus registros permanecem no subcutâneo intangível da experiência humana de crescer. É por meio da clínica com adultos que se chega à criança e os ressaibos de infância que habitam e estruturam a sua vida (Blinder, Knobel, & Siquier, 2011).

Para a Psicanálise, a infância sempre esteve no cerne de todas as suas inquietações. Com o estudo das históricas, Freud (Freud & Breuer, 2022) começou a descortinar questões relativas à psicopatologia da histeria e logo percebeu através da sua clínica que a etiologia dos padecimentos humanos se encontrava justamente nesse período da vida: a infância. Em 1909, com o texto sobre o pequeno Hans, Freud (Freud, 2015) demonstra sua teoria. A ideia sobre a importância da infância não diminui com os anos, ao contrário, todos os psicanalistas contemporâneos ou que sucederam a Freud corroboram sistematicamente a relevância dos eventos infantis para toda a vida do sujeito.

Em 1920, Hermine Von Hug-Hellmuth, considerada a primeira psicanalista de crianças, apresenta o primeiro texto técnico relacionado à análise de crianças “Sobre a técnica de análise de crianças” (Blinder et al., 2011). Neste texto, ressalta sobre a importância dos anos pré-púberes para o desenvolvimento da estrutura psíquica. Assistem a esse trabalho, Melanie Klein, Anna Freud e Oskar Pfister que posteriormente estabeleceram teorias que sustentariam os estudos da infância.

É impossível não considerar a repressão como um conceito fundamental na compreensão da relação entre infância, criança e psicanálise. Retoma-se o conceito de repressão como sendo a operação

psíquica que busca retirar do consciente conteúdos desagradáveis (Laplanche & Pontalis, 1999). Na Psicanálise freudiana, a repressão está no cerne etiológico da neurose, entretanto é necessária para que a vida na civilização se torne possível. É nessa renúncia que emerge a condição de se tornar humano e a criança, inserida na cultura, não escapará a isso - ou, não deveria escapar. Pontuam essas ideias a noção de um infantil o qual existirá independentemente da idade do sujeito, ou seja, o infantil da psicanálise não coincide com a noção de criança necessariamente (Mannoni, 1982).

Assim, a noção de criança e de infantil passam a serem compreendidos como conceitos claramente distintos, embora, possam em algum momento da vida do ser humano serem complementares, ou ainda, fusionados como uma experiência que historiciza o indivíduo. Com a evolução da Psicanálise, ambos os conceitos também foram se formando e reformando, haja visto a entrada na cena psicanalítica de analistas infantis, tais como Melanie Klein e Donald Winnicott, para citar somente dois exemplos.

Melanie Klein promove uma mudança na psicanálise de crianças, inclusive em oposição à Anna Freud. Para Klein, uma criança era analisável e seu universo infantil era o material de acesso, em oposição à compreensão de Anna Freud, na qual a criança, neste período, seria apenas educável. A proposição kleiniana segue muito fiel às ideias freudianas sobre o mundo pulsional, inconsciente e a ação da repressão e dos demais mecanismos de defesa. No entanto, a psicanalista afirmaria que, em se tratando de psicanálise, o que difere entre adultos e crianças não seria a teoria, seria tão somente a prática (Gueller & Souza, 2008)

Para o psicanalista inglês, Donald Winnicott, a criança para ser precisará de um ambiente suficientemente bom que possibilite essa conquista. Referendando Silva (Silva, 2016), cuja proposta visou discutir o começo da vida de um bebê na perspectiva freudiana e winnicottiana, apontou que para essa última perspectiva somente é possível compreender o “desenvolvimento humano, seria necessário partirmos de uma observação do bebê desde o período mais primitivo, leia-se, muito antes da experiência do nascimento (em oposição ao “trauma do nascimento”), para então analisarmos a relação do bebê com sua mãe a partir de então” (p.33).

Nos textos de Donald Winnicott é recorrente a afirmação “No início, o indivíduo não é uma unidade.”(Winnicott, 2020, p.308), em

outras palavras, a noção de saúde e de doença está intimamente ligada à possibilidade do bebê contar com um ambiente que o ajude na tarefa de integração, viver no próprio corpo e sentir que o mundo é real (Winnicott, 2020). Entretanto, “muito do que chamamos sanidade é, de fato, um sintoma, carregando dentro de si o medo ou a negação da loucura, o medo ou a negação da capacidade inata de todo indivíduo de estar não-integrado, despersonalizado e sentindo que o mundo não é real” (p. 225).

Sintoma e Estrutura

O adoecimento humano, em qualquer fase do seu desenvolvimento é detectado apenas quando há algo que destoa do esperado no seu curso. A percepção sobre o estranho que se abate, se estabelece pela falta ou excesso em um determinado ponto de relação do sujeito com o seu entorno. Essas diferenças humanas foram sendo construídas na rede de categorias estabelecidas como aquilo que seria o previsto, algo do campo do previsível, do reconhecimento a priori. A construção de um tecido social estabeleceu relações que constituíram uma organização coletiva na qual, a estruturação individual ganha visibilidade através do filtro coletivo.

Freud, em 1921, apontava para o fenômeno que se estabelece na relação coletiva. Para a construção de um sentimento de pertença, inconsciente e convencionado pelo coletivo, é necessário que a pulsão individual encontre um ponto de identificação com o grupo. Freud referenda a figura do líder e os membros do grupo, como um elemento de coesão necessário ao amalgamento de diferentes pulsões individuais. É necessário a dessexualizar ou inibir o impulso sexual individual para que se estabeleça uma relação de aceitação dentro do grupo. Esse processo é inconsciente e se estabelece desde o nascimento da criança, na sua inserção cultural e social (Freud, 2011).

Com isso, de forma inconsciente, as regras sociais vão formando uma rede de acolhimento mesmo antes do nascimento. O nome, a forma de viver, as expectativas de cada ser que nasce foi estabelecida pelo social vigente no momento e é expressa através das figuras parentais. Figuras essas que também são concebidas através das expectativas sociais de uma época. Podemos perceber isso ao longo da história quando analisamos as atitudes materno-infantis de cuidados ou de in-

serção social. Crianças já ficaram coladas ao corpo da mãe, como na pré-história, ou foram afastadas para serem amamentadas por amas de leite, como na Idade Média, foram paridas em casa com parteiras ou nasceram em hospitais assépticos, sendo que, em cada época ou concepção de uma época, o discurso vigente era que determinada atitude traria um melhor desenvolvimento para a criança. Os discursos de cuidados foram sendo sucedidos gradualmente por novos apontamentos, considerando os mais antigos como ineficazes ou ultrapassados. Se em algum tempo, o batizado era a inserção social da criança que se estabelecia pela via religiosa, hoje, uma sucessão de exames e documentos obrigatórios regulam o corpo infantil ao nascimento pela via da ciência.

Sendo assim, cada grupo social em uma época define quais os elementos devem ser aceitáveis, ou não, para o bem-estar da criança. O ato inaugural do nascimento carrega em si, uma série de diretrizes a serem cumpridas e que condensam, quer no comportamento expresso, quer nas expectativas sobre o desenvolvimento infantil, uma construção social simbólica que gradualmente vai sendo internalizada pela criança. O próprio processo de internalização dessas regras é regulado pelo grupo social. É necessário que a criança não apenas internalize as regras, mas também crie identificações com o grupo e com as expectativas depositadas sobre ela.

Na Psicanálise, o ponto de intersecção entre o social e o individual se estabelece pela identificação com o grupo e pela formação do superego (Freud, 2011). Esse processo gradual, iniciado na conexão com a figura materna, vai recebendo uma série de ordenamentos, ora envoltos em amorosidades, ora envolto em pulsões agressivas limitadoras que vão delimitando o modo como o sujeito vai se formando. A figura materna vai representar o social, aquilo que é o esperado de cuidados sobre a criança e aquilo que ela quer apresentar como resultado dos seus cuidados. A criança, na sua vivência inicial, tendo a mãe como único canal de mediação ao mundo externo tende a aceitar essa conexão e se deixa envolver por este formato. Uma certa espontaneidade individual apresentada pela criança, delimitada pelo ordenamento social, vai direcionar as futuras relações com o mundo externo.

Desde o Século XIX, a ciência busca apreender o desenvolvimento esperado dos humanos. No espaço de infância, a busca se estabelece no sentido de determinar o que seria considerado o mais recorrente, o previsto para cada etapa. De maneira coletiva, ao aceitar

os preceitos científicos, a sociedade também estabelece parâmetros de vigilância sobre o desenvolvimento infantil. Há uma idade prevista para sentar-se, para falar, para o controle dos esfíncteres, para escrever, para controlar os impulsos, para se socializar. Cada etapa, com pouca margem de tempo cronológica, estabelece afazeres e subjetividades a serem vivenciadas pela criança, respondendo com o seu comportamento ao domínio social. Neste momento, corpo e subjetividade pactuam para que o objetivo seja atingido. O manifesto e o inconsciente, já regulado pela internalização progressiva dos papéis de cada elemento das tópicas freudianas, que juntos vão criar aquilo que concebemos como uma “criança”. O sujeito subjetivo da infância é evidenciado no seu corpo em desenvolvimento, marcado pelas suas capacidades, como uma resposta social afirmativa. O controle e o repasse permanente através da figura materna, gerencia a sua posição no social e seu progresso dentro da escala de viabilidades exigidas para tal.

Quando todos esses elementos se tornam alinhados, considera-se que o desenvolvimento segue o seu curso “normal”, dentro da norma estabelecida pelo social. Porém, quando o corpo físico, o Real, manifesta uma injunção com o subjetivo, o Inconsciente, a dissonância entre esses elementos, visível a todos, estabelece o que chamamos de sintoma.

Nos estudos iniciais com as histéricas Freud (Freud, 2016) ainda em parceria com Breuer, detinha-se a compreender a etiologia da histeria, seus meandros e, conseqüentemente, seus sintomas. Freud buscava detalhar os sintomas como numa autópsia: item a item, palavra por palavra, fazendo-me pensar que, naquele momento de seus estudos, parecia que seria através dos sintomas devidamente explicitados que se comprovaria toda a sua teoria que já circulava e que viria a circular também (Freud, 2016). No texto de 1917, “O Sentido dos Sintomas”, Freud nas primeiras linhas afirma que os sintomas estão completamente articulados com as vivências do sujeito, com a história desse e assim, podemos inferir através dessa leitura que quando escutamos um sujeito, escutamos seus sintomas, escutaremos sua história de vida. Acrescenta que, além de estarem revestidos de sentidos históricos singulares, trazem consigo as marcas da humanidade (Freud, 2014). Assim, esses sentidos começam a se entrelaçar ainda na infância.

Justamente pelo sintoma ser tão “historicizado” que ele não é o mesmo, nunca – ainda que falemos de estruturas ou de funcionamentos

semelhantes (Bergeret, 1998) – indicou isso no texto sobre a formação dos sintomas (Freud, 2014). Essa mistura que vai ocorrendo entre o que é particular e o que é da espécie, fornecerá aos sintomas um colorido próprio e que irá se amalgamando ao indivíduo a fim de criar uma composição bastante única.

A Psicopatologia Infantil: O Nascimento e o Sentido do Sintoma na Criança

“A psicopatologia infantil é um problema.”, afirma García, psicanalista espanhol, e por que razão começar com essa categórica afirmação? A psiquiatria infantil e a psicologia travaram desde os seus primórdios limites e interações tensas na busca por explicar sobre o que se trata a psicopatologia infantil afinal, e, segundo o autor, não infrequente a discussão recai sobre a dicotomia genética versus ambiente (Garcia, 2011).

Do ponto de vista da Psicanálise clássica, ou seja, freudiana, foi através da revelação do inconsciente, que igualmente se desvela a presença das pulsões (Garcia, 2011) e “Cuando Freud descubre en el inconsciente de sus pacientes la presencia de la infancia, lo que descubre es la pulsión y sus marcas, es decir, la falta de regulación de una vida de satisfacciones objetales pertinentes.” (p 259). Entretanto, ele é um crítico da Psicanálise que entende que há uma maturação, uma vez que para ele, “El concepto de pulsión es incompatible con la maduración.” (p.259) e seria através da “tentação” do entendimento que há uma maturação que a psicanálise infantil corre o risco de ser “psiquiaticizada”. Ou seja, desconsiderar a história, o processo, as contradições, os conflitos e pensar meramente em estruturas psíquicas a partir de um compilado de sintomas seria perder de vista a clínica psicanalítica, uma vez que, os sintomas são expressões deste sujeito, isto é, são ele também.

Uma criança só nasce se dois adultos a concebem. A premissa simples e cotidiana revela que o nascimento de uma criança é envolto na expectativa e no desejo de outrem. Quando falamos em desejo, não estamos falando do afeto ou amorosidade esperado das figuras parentais, mas da rede subjetiva que estabelece a permissão, não da concepção, mas da possibilidade do nascimento.

Ao nascer, o desamparo é a condição inicial da criança e isso aciona um direcionamento para a sobrevivência, fazendo a criança bus-

car proteção. O amparo inicial é o ponto de segurança e, mesmo sem saber, o processo inicial das identificações que irão ser internalizadas pela criança. Sem nenhuma medida de comparação, esse amparo-sobrevivência marca as formas de relação da criança com seu salvador. Não são as coisas da ordem do Real (fome, frio, aconchego) o que estão em jogo apenas, mas sim a forma como isso pode ser obtido. Qualquer ação do adulto em relação à criança é sentida como sinalizadora da expectativa do adulto. Um balaço no colo, sinal que o adulto espera que ela durma, uma palavra apaziguadora é sinal de que o adulto espera que ela se acalme, um tapinha nas costas e a criança já sabe que precisa arrotar. Esses pequenos registros garantem uma comunicação primitiva de expectativas e de respostas. O desejo do cuidador passa a ser o desejo da criança.

Aquele que se responsabiliza por uma criança, tem como bússola as sensações recolhidas ao longo do seu próprio desenvolvimento. Um cuidador não se faz por técnica e raciocínio, mas por registros de afetos. Ao desejar desempenhar esse papel, é acionado no cuidador o desejo de cuidar, ao seu modo, da forma que ele crê ser a mais apropriada na lida com a criança. A parentalidade é formada na demanda, no desejo de quem se coloca neste papel. Uma criança nunca é uma ser independente. É sempre um ser interdependente, numa relação que se estabelece entre a sua sobrevivência, o desejo de quem cuida e o papel que exerce no imaginário gerado pelo desejo de quem cuida. Afinal, para que se têm filhos?

A maternagem é o primeiro estágio do desenvolvimento da infância e da criança. A mãe utiliza seu próprio sistema de referências e o desenvolvimento físico e psíquico estão conectados com essa intervenção materna, incluindo os casos em que há um comportamento regressivo, escolhido por crer ser este o desejo da mãe (Mannoni, 1999). A criança que balbucia a primeira palavra o faz por imitação, mas também o faz porque acredita que a mãe quer que ela faça. A felicidade materna, quando isso acontece, sublinha o reconhecimento feito pela criança, da sutileza e da insistência do desejo materno. Como essa, muito antes da compreensão da linguagem explícita, a criança já estabelece um código de leitura do ambiente, da mãe e da expectativa social (Winnicott, 2020). Movimentos corpóreos, caretas, choros, risadas e outras tantas expressões infantis que os adultos esperam nos primeiros anos são forjados no olhar e nas expectativas de quem a circunda. Muitas das

leituras primárias das crianças incluem a forma como a mãe interage, a respiração lenta ou tensa, o olhar, o alívio ou o cheiro desse adulto a quem a criança devota a vida. O que importa, não é apenas o visível e relacional entre esse par formado pelo adulto e a criança, mas o que se passa nesse discurso subjetivo, o lugar de onde o sujeito adulto fala e a quem se dirige (Mannoni, 1999). Fruto de desejo parental, a criança é sempre um objeto no discurso dos pais. Sempre que os pais falam de uma criança, falam de uma criança que percebem através das suas expectativas, comparações e condições de interação. Esse é o lugar de onde o adulto fala. Ele percebe coisas e interpreta sobre a criança. Interpreta choro de sono, de fome, de dor, interpreta tristeza, alegria ou necessidade. Em qualquer oferta há sempre uma interpretação da realidade que a criança vivencia. Mesmo direcionada à criança, o recurso de interpretação veio da parentalidade.

Quando conjugamos expectativa social e oferta parental, do hiato nesta junção emerge as dificuldades pelas quais a criança passa. De um lado, as concepções previstas para a criança, seu corpo e suas manifestações. De outro lado, o propósito pelo qual a parentalidade gerou aquele filho, na esperança de restabelecer algum vínculo nas referências com a sua própria infância. O embate entre essas duas paralelas gera uma angústia na criança, que reconhece na parentalidade os traços sociais, da mesma forma que reconhece as particularidades a qual está vinculada desde o nascimento. Quanto maior a distância entre essas duas linhas paralelas, maior o sofrimento infantil. Gerador de conflito e angústia, o inominável se estabelece formando o sintoma. O sintoma, neste caso, é a única forma de expressão possível da criança para poder mover-se neste universo. Ele contém o olhar materno ao mesmo tempo que contém os níveis de exigência social sobre si. O sintoma pode ser um atraso, um avanço ou uma ausência, mas sempre é um nó de expressão calcado no modo primitivo de se expressar, construído nas relações iniciais.

Posto que a noção de psicopatologia pode ser problemática e que o sintoma possui um lugar relevante na história do indivíduo criança, de qual acometimento doentio se fala quando se utiliza a expressão “psicopatologia da criança?”

A Patologização na Clínica com a Criança: Aspectos da Prática

A discussão embora antiga - o que é esperado e o que é patológico na infância? - não chegou a um ponto razoavelmente consensual, e em pleno século XXI, em um mundo pós-pandêmico, parece que responder a esse dilema tornou-se um desafio ainda mais complexo. Em uma perspectiva na qual a criança é tomada como um ser intimamente relacionado, dependente e influenciado pelo ambiente no qual ela está inserida, é possível falar que, uma mesma conduta ou comportamento pode ter um sentido muito diferente conforme apareça em uma criança que se beneficia de um aporte familiar/ambiental positivo, ou, ao contrário, em uma criança que vive no meio de uma desorganização intensa. Isto é, embora todo ser humano tenha consigo um x potencial para o desenvolvimento, o entorno terá um impacto extremamente relevante (Winnicott, 1990).

A intensificação de estudos e condutas baseados em evidências neurocientíficas apontam uma direção voltada ao sintoma, ou seja, ao resultado do corpo frente às exigências do ambiente. Autores como Bernardino (Bernardino, 2011) nos apontam que os quadros nosográficos que atualmente medem o desenvolvimento infantil pela via da psicopatologia, como os Manuais Psiquiátricos e seus estudos derivados, estabelecem seus critérios por elementos cognitivos, em detrimento da organização global da personalidade. Em muitos casos, a criança é avaliada pela sua capacidade de fazer e efetivar elementos da etapa, sem ser observado qual a relação e a forma de interação com o ambiente. Diagnósticos feitos de modo instantâneo, sem uma observação questionadora das interações presentes para a formação de um determinado sintoma em uma criança ou adolescente, estabelecem leituras rasas e equivocadas sobre o próprio desenvolvimento. O advento da Pandemia SARS-COVID-19 nos mostrou como a privação de contato social amplo, a interação com espaços amplos e passíveis de exploração permanente, o afastamento de crianças para construção de comportamentos feitos por espelhamento gerou um atraso global do desenvolvimento. Em uma leitura sintomática, percebemos atrasos na fala, na motricidade ampla e fina, na capacidade de interação social que pode ser percebida como uma patologia da criança. Se percebermos de modo mais amplo, o que enxergamos é que etapas previstas do desenvolvimento que se-

riam cumpridas em determinada idade, só poderão ser vividas e internalizadas em idades posteriores.

Com bases neurológicas, a criança precisa da vivência social para seu desenvolvimento global. Por vivências sociais, estamos nos referindo à figuras parentais, mas também as demais pessoas que interagem com a criança ao longo da vida, de forma sequencial ou esporádica, como professoras, médicos, vizinhos e outras crianças em espaços compartilhados como a escola ou a pracinha de brinquedos. Autores do campo da neurologia e psicologia (Rotta, Bridi, & Bridi Filho, 2018) ressaltam que o crescimento mental está inseparavelmente vinculado ao crescimento neurológico. Para se perceber esse desenvolvimento neurológico, em relação ao desenvolvimento, a busca por um diagnóstico nosológico pode ser limitante, ao não considerar os elementos objetivos (comportamentos expressos e visíveis) e subjetivos (aspectos relevantes nas relações e no ambiente que estabelecem a rede formadora desse comportamento). Não se trata de achar o motivo pelo qual alguém tem essa ou aquela patologia, mas sim analisar de forma ampla, quais os recursos utilizados por aquela criança para chegar a essa forma de estruturação.

De uma forma ampla, do ponto de vista do desenvolvimento, a saúde está vinculada à uma maturidade correspondente a idade do indivíduo (Winnicott, 2021). É importante ressaltar, que por maturidade entende-se tanto o ponto de vista somático, quanto psíquico, sendo que o ideal viria a ser o encontro desses dois pontos, ambos seguindo em uníssono. Entretanto, o caminho não é tão fácil, muito menos tão “natural” como poderia parecer. E é nesse ponto, o da confusão no qual há um nó que amarra distintas demandas, que frequentemente a criança se encontra e é encaminhada aos consultórios de psicologia e de Psicanálise.

O que os profissionais da área têm recebido em termos de demandas?

Quem demanda?

O que são essas demandas?

É ponto pacífico de quem trabalha com o público infantil que, via de regra, há sempre múltiplas demandas nessa área: a dos pais, da escola (ou outra instituição ou profissional), e, claro, a da criança. O que se estabelece, em muitos casos, é uma rede sobreposta de múltiplos discursos. Aqueles que já estabeleceram seus papéis sociais e tem um lugar de reconhecimento convencionado na rede subjetiva (a escola

ensina, os pais cuidam, o médico cura) sobrepõe os seus fios sobre a criança que ali está e buscam determinar em qual ponto há uma junção na qual a criança não está presa. O sintoma infantil é aquilo que subverte a compreensão estabelecida sobre ele. Onde pais não compreendem, onde escolas não educam, onde médicos não curam se estabelece uma anunciação, uma cristalização da energia psíquica - estéril e repetitiva - a qual vamos chamar de patologia. Um dos grandes desafios da atualidade é não esterilizar o ser humano, neste caso, a criança. O choque da sobrevivência em qualquer ambiente resulta numa coleção de sintomas que formam o mapa de sobrevivência desse sujeito ao longo da vida. Corpo e cérebro são uma máquina física, mas a mente é a nutrição, o combustível dessa máquina. O desafio é conseguir alinhar aspectos biológico e pós-biológicos em um esquema teórico unitário que abarque ambas as instâncias do existir (Bridi Filho & Bridi, 2016).

Refletindo sobre as provocações acima colocadas em formato de questões, há um acumulado de demandas chegando aos consultórios infantis que derivam não mais exclusivamente do adoecimento da criança, mas sim de uma demanda que os adultos também não sabem muito bem para onde e para quem encaminhar - uma demanda, sem demanda. É como se fosse dito da seguinte forma:

“Aqui está o Joãozinho, ele tem 7 anos, está dando muito trabalho na escola, agitado, acreditamos até que seja hiperativo, ou autista, segundo uma professora comentou. Em casa não conseguimos lidar com ele, birrento, criança triste, sabe, às vezes indiferente a nós. O fato é que incomoda porque estamos sempre muito atarefados trabalhando e lidando com as outras crianças. Estamos com acompanhamento de neurologista, fonoaudiólogo, psicopedagogo e em breve ele começará equoterapia e meditação. E hoje trazemos ele aqui porque queremos saber o que ele tem.”

Alguma coisa nessa fala fictícia parece soar comum?

Joãozinho está sintomático. Entretanto, o que isso quer dizer dele, do ambiente no qual ele está inserido, da relação com seus cuidadores, da sua história? Por que tantos profissionais? O que se busca?

A queixa descrita é ficcional, mas sintetiza uma série de queixas que adentram as salas dos psicólogos e psicanalistas semanalmente e que, para nós, são um reflexo do nó referido anteriormente, o nó da confusão de demanda, o qual delata o mal-estar social, incluindo o parental, sem uma reflexão cuidadosa sobre a criança propriamente dita. Perce-

be-se um esvaziamento nas falas dos pais sobre seus filhos, o que há de sobra é uma lista enorme de queixas e preocupações, e, uma outra de profissionais emitem seus atestados sobre o estado mental da criança. Ao tomar distância e considerar o ambiente, certamente se terá maior clareza sobre a questão sintomática, que sim, embora muito relevante para o indivíduo, revelará também mais que uma criança em possível sofrimento, descortinará uma família com dificuldades importantes (especialmente emocionais) inserida em uma sociedade com muitos desafios.

Há alguns pontos que necessitam de destaque. No rol do desenvolvimento há sintomas que denunciaram uma patologia, há muitos outros que são simplesmente esperados no curso do crescimento de qualquer indivíduo. Ou seja, agitação não é Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, indiferença ou tristeza não é autismo ou depressão. Essa assepsia sintomática almejada, provavelmente de forma inconsciente, pelas figuras parentais encobre precariamente a ferida narcísica da qual, em verdade, queixam-se.

A relação parental é recoberta por um amplo narcisismo, posto que quando o filho nasce, de acordo com Freud, há revivência desse processo que se denuncia de forma generalizada pela superestimação das qualidades do recém-nascido. Ou seja, para a psicanálise freudiana, o filho encarna as intensidades narcísicas infantis de outrora gerando um amor “misto”: ama-se o objeto (filho), ama-se a si mesmo (Freud, 2010). E não infrequente, o filho é colocado nesse lugar de ideal, o que segundo as palavras de Freud acaba sendo “o substituto para o narcisismo perdido da infância, na qual ele era seu próprio ideal” (p.40). Em outras palavras, deparar-se com um filho o qual não atende as demandas mais variadas do contemporâneo é atestar não somente a falha do seu objeto de amor, e sim, seu próprio fracasso.

Sendo assim, não à toa as crianças passam por escrutínios cada vez mais intensos na busca pelas supostas e possíveis anormalidades e as estatísticas testemunham isso através de dados epidemiológicos, artigos científicos ou novas categorizações do DSM-5-TR. A fim de mera ilustração do argumento, utilizando-se do Transtorno de Espectro Autista (TEA), foi realizado uma rápida pesquisa nas bases de dados “PubMed” e “SciELO”, utilizando-se de descritores tais como “psicopatologia infantil” e “psicopatologia infância”, nos últimos dez anos, foram localizados quarenta e quatro artigos, sendo que temas como autismo,

psicose e transtorno alimentar são prevalentes. O Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC), órgão norte-americano usado como referência no Brasil, indicou em 2021 que de cada 44 crianças de oito anos ao menos 1 tem o diagnóstico de TEA (Maenner et al., 2021), sendo que na população brasileira também se verifica esse aumento importante na prevalência de casos (Ribeiro, 2022). Os cientistas ainda não sabem dizer a razão para esse aumento abrupto e muito significativo de TEA. Há hipóteses, porém, nada definitivo.

Onde estão as crianças resilientes, as quais a toda prova seguem incólumes no curso do desenvolvimento? Se a perspectiva adotada for a psicanálise, em se tratando de resiliência, ela será definida como uma tradução simultânea do mundo interno e do mundo externo do indivíduo, em outras palavras, uma condição que se dá na junção das funções egóicas e têm como nascedouro as primeiras relações objetais (Malgarim & Lewandowski, 2021). Seguindo nesta mesma linha de compreensão, um sujeito resiliente, na perspectiva psicanalítica, não é alguém que tenha uma total ausência de sintomas, sejam crianças ou adultos.

É importante ressaltar que a presença desses sintomas físicos ou comportamentais geram sofrimento psíquico ou físico nas crianças. Não se trata de negar a sua existência ou o sofrimento que causam, mas sim, compreender que o que ocorre com a criança está relacionado a forma como ela está vivendo a sua infância. O sofrimento é real e em todas as instâncias (criança, pais, escola, especialistas) que compartilham a sua vivência. O que precisamos resgatar é um olhar sobre o contexto, sobre a infância.

Assim, ainda segue um desafio delimitar o que há de patológico na criança a qual chega aos consultórios atualmente, uma vez que fica cada vez mais explicitado que a presença de sintomas não é, por si só, um indicador seguro de adoecimento. Ao considerar o inverso, a não presença de sintomas, é possível elencar quadros de sofrimento muito significativos os quais, poderiam de alguma forma, serem enquadrados dentro dos manuais estatísticos de doença, a citar o que se descreve como “normalidade sintomática” (Marcelli, 1998) e as organizações defensivas do tipo falso self (Winnicott, 1983), exemplos de um estado de adaptabilidade extrema (sendo mais exato, de uma submissão ou apagamento de self) tipicamente patológicos.

Muitas vezes, o que se tem é somente uma criança comunicando, não uma criança doente. A linha é tênue nessa discussão: as crianças,

assim como adultos, desenvolvem suas características em torno de um eixo histórico o qual abarca traços mais ou menos neuróticos, traços mais ou menos adaptados, e assim por diante, entretanto, isso por si só não deveria denotar a patologização da criança.

Na clínica com a criança, o primeiro passo é olhar para a criança. Perceber seu real sofrimento, seja na expressão de uma dor, seja na ausência de algo necessário para a continuidade do seu percurso de vida. Estabelecer o sintoma como uma ausência ou uma falta apenas é como buscar uma peça para tamponar uma expressão vital. Restabelecer comportamentos não pode ser a tônica das intervenções, apenas como forma de recuperar atrasos ou incapacidades sociais. Porém, ao ressignificar sintomas, é necessário atentar para a expressão subjacente utilizada pela criança para mostrar um sofrimento maior na sua interação com o meio físico e simbólico.

A infância guarda nossos registros de sobrevivência. Não raramente percebemos adultos que fazem escolhas inconscientes ou se submetem a sofrimentos por marcas ou vivências na sua infância. Mesmo quando o corpo amadurece de forma esperada, nem sempre os aspectos subjetivos que o envolvem apresentam uma condição de saúde ou de ausência de sofrimento. A infância é muito mais intensa e duradoura do que valorizamos na nossa sociedade. De modo geral, acreditamos que um dia ela acaba e iniciamos uma vida adulta, madura e isenta das dificuldades iniciais. São os adultos de infâncias inacabadas que geram novas crianças e oferecem a elas seus próprios registros, de forma inconsciente. É um ato amoroso, mas não por isso, menos problemático. O sofrimento adulto escondido na sua infância inacabada serve de corrimão para a sustentação da infância de outrem.

Muitas vezes, o que se tem é somente uma criança comunicando, não uma criança doente. A linha é tênue nessa discussão: as crianças, assim como adultos, desenvolvem suas características em torno de um eixo histórico o qual abarca traços mais ou menos neuróticos, traços mais ou menos adaptados, e assim por diante, entretanto, isso por si só não deveria denotar uma patologização da criança.

Referências

Àries, P. (2014). *História Social da criança e da família*. (2 ed.). Rio de Janeiro: LTC.

Bergeret, J. (1998). *A Personalidade Normal e Patológica* (3 ed.). Porto Alegre: Artmed.

Bernardino, L. M. F. (2011). A questão da psicose na infância, seu diagnóstico e tratamento diante do seu “desaparecimento” da atual nosografia. In *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (p. 205–218). São Paulo: Vi Lettera.

Blinder, C., Knobel, J., & Siquier, M. L. (2011). *Clinica Psicanalítica com Crianças*. Aparecida - SP: Ideias e Letras.

Bridi Filho, C. A., & Bridi, F. R. de S. (2016). Sobre aprender e suas relações: interfaces entre neurologia, psicologia e psicopedagogia. In *Neurologia e Aprendizagem: abordagem multidisciplinar* (p. 17–28). Porto Alegre: Artmed.

ECA -Estatuto da Criança e do Adolescente., Pub. L. No. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. (1990).

Freud, S. (2010). Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e outros textos. (1914-1916). In *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2011). Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923). In *Obras Completas de Sigmund Freud* (p. 75–135). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2014). O Sentido dos Sintomas. In *Conferências Introdutórias À Psicanálise (1916 - 1917)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2015). O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909). In *Volume 8*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2016). Estudos sobre a Histeria (1893-1895). In *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S., & Breuer, J. (2022). *Estudos sobre a Histeria (1893-1895)*.

Garcia, F. P. (2011). Apuntes para uma psicopatologia infantil. *Revista Associação Espanhola Neuropsiquiatria*, 31(abr/jun 2011), 255–269. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000200006>

Gueller, A. S., & Souza, A. S. L. (org). (2008). *Psicanálise com Crianças: Perspectivas teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Jerusalinsky, A. (org). (1999). *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*:

- um enfoque transdisciplinar* (2 ed.). Porto Alegre: Artes e Ofício.
- Krummenauer, V., & Malgarim, B. G. (2018). “Se você não ouve as crianças, você perde as crianças”: Um estudo acerca do lugar da infância no contemporâneo e suas representações. *Sig: Revista de Psicanálise*, 2(7), 33–43.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1999). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laznik, M. C., & Jerusalinsky, A. (2014). Uma discussão com as neurociências. In *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Esler, A., ... Cogswell, M. E. (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *MMWR Surveillance Summaries*, 70(11), 1–16. <https://doi.org/10.15585/MMWR.SS7011A1>
- Malgarim, B. G., & Lewandowski, D. (2021). *Psicanálise e Resiliência*. São Paulo: Zagodoni.
- Mannoni, M. (1982). *A teoria como ficção*. Rio de Janeiro: Campus.
- Mannoni, M. (1999). *A criança, sua “doença” e os outros*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.
- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuria-guerra*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, T. C. (2022). *Epidemiologia do transtorno do espectro do autismo: rastreamento e prevalência na população* (Universidade Federal de São Paulo (USP)). <https://doi.org/10.11606/T.5.2022.tde-22092022-170809>
- Rotta, N. T., Bridi, F. R. de S., & Bridi Filho, C. A. (2018). Aprendizagem e Intervenção Terapêutica. In *Plasticidade Cerebral e Aprendizagem: abordagem multidisciplinar* (p. 302–3016). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, S. G. da. (2016). Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. *Psicologia Clínica*, 28(2), 29–54.
- Winnicott, D. (1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self (1960). In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre*

a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. (2020). A comunicação do bebê com a mãe e da mãe com o bebê. In *Bebês e suas mães* (p. 104–123). São Paulo: Ubu Editora.

Winnicott, D. (2021). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Ubu Editora.

Ser a lanterna dos afogados: o brincar como boia para se respirar. Relato de um atendimento clínico a partir da psicanálise winnicottiana

Maria Vitória Campos Mamede Maia
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Nadja Nara Barbosa Pinheiro
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Introdução

Segundo Rodman (2003), uma das maiores contribuições que Winnicott trouxe para o campo psicanalítico foi a noção de que seria preciso considerarmos a existência de uma terceira área de experiência, para além das duas outras já tematizadas: o mundo interno (subjetivo) e o externo (objetivamente percebido). Para Rodman, a proposição principal de Winnicott indica que será na interseção entre essas duas áreas, ou seja, no espaço intermediário que se constitui entre ambas, que a organização subjetiva se estabelece a partir da ocorrência dos fenômenos que permitem o amadurecimento emocional.

A importância em destacar a existência dessa terceira área de experimentação é indicada por Winnicott (1953/1975) para apresentar sua ideia de que se desejamos melhor entender como a subjetividade se organiza, devemos levar em conta que um bebê não se constitui sozinho. Mas, ao lado dele, com ele e, por muitas vezes, sendo ele, há um ambiente/mãe que o germina, gesta e o acolhe ao nascer. Portanto, será no espaço do encontro entre esses dois seres humanos que a vida psíquica e emocional se constitui ao longo do tempo e do espaço em que ela ocorre.

O interessante, é que Winnicott (1967/1975), ao destacar essa área de sobreposição entre esses dois seres humanos (mãe/bebê), nos convida a prestarmos atenção que nessa área compartilhada entre dois, na verdade habitam múltiplas existências, posto que, ambos estão inseridos em um ‘ambiente’ cultural amplo, composto por inúmeras dimen-

sões: grupal, familiar, religiosa, educacional, social, etc. Dessa forma, essa unidade (mãe/bebê), paradoxalmente dual, na verdade é multifacetada. O destaque aqui é feito sobre a multiplicidade de experiências que a cada bebê é ofertada em seus primeiros encontros com o mundo que o cerca. Segundo Winnicott (1967/1975), caso o bebê tenha a felicidade de, nesses encontros primitivos com o ambiente, construir essa área de sobreposição no interior do qual suas experiências possam ser vivenciadas de uma forma compartilhada, ele terá todas as ferramentas para colocar seu desenvolvimento emocional em marcha.

O próprio autor nos informa que essas hipóteses sobre a existência de um espaço intermediário, no interior do qual as experiências emocionais ocorrem, lhes foram sugeridas a partir de sua clínica com crianças. Por meio delas, Winnicott (1975a) nos informa que ao observar atentamente o brincar das crianças, pôde perceber que o brincar infantil, não diz respeito, exclusivamente, nem à realidade interna nem à realidade externa de cada criança, mas, à uma área intermediária entre ambas. Tal ideia ocorreu ao perceber que, por um lado, ao brincar, a criança projeta sobre a realidade factual seus desejos e fantasias, conscientes e inconscientes. Porém, por seu turno, a realidade externa também participa do brincar na medida em que coloca limites e entraves à realização, em completude, das fantasias e desejos nela projetados pela criança, implicando em uma aceitação cada vez mais progressiva, pela criança, de adequar seus desejos onipotentes aos auspícios das possibilidades factuais.

A observação de que o brincar não se adequa totalmente a nenhuma das duas realidades (interna e externa) fez com que o autor propusesse, então, que o brincar se passa em uma terceira área, uma terceira dimensão, no interior da qual as duas outras realidades se comunicam, se interrelacionam, se organizam e, de forma importante, se diferenciam.

Acreditamos que Winnicott siga aqui os rastros de Freud (1900/1986) e sua teoria sobre o sonhar para acrescentar algumas observações. Sabemos que Freud nos ofereceu uma compreensão sobre os movimentos oníricos como paradigma para a compreensão dos processos psíquicos. De acordo com Freud, há, no sonhar, a composição de um vasto mundo de experiências subjetivas que se estabelece a partir de elementos da realidade externa (restos diurnos) e da realidade interna (os elementos recalçados inconscientes). No encontro entre essas duas dimensões, por meio de deslocamentos, condensações e figurações, no-

vas cenas, novas vivências, novas composições são concretizadas. Com elas, cada um de nós alcança novos arranjos subjetivos cuja função primordial é de manter, de certa forma, a organização afetiva e emocional.

Porém, observa Winnicott (1975a), o fato de estarmos dormindo, nos coloca apartados da realidade externa. Se o sonhar permite uma reorganização da realidade interna, essa reorganização não alcança as fronteiras da externalidade. Esse alcance, indica Winnicott, é efetuado pelo brincar. Nele, a criança, se utilizando de elementos da realidade externa, consegue, sobretudo, transformá-la. Criando novos objetos no mundo em que habita com outros seres humanos, criando uma realidade compartilhada na qual várias pessoas podem brincar em conjunto. Transformando não apenas a si mesmas, mas, igualmente, outros que com ela brincam.

Sobre essas proposições, Winnicott (1975a) infere duas observações primorosas. A primeira que o brincar pode ser considerado como modelo para os processos de desenvolvimento emocional, pois, por meio dele, os desejos e fantasias inconscientes podem ir ganhando modos cada vez mais elaborados de sublimação. Processos esses necessários para o viver em coletividade e que vai permitindo à criança, alcançar etapas mais maduras na organização de seus afetos e emoções. Em segundo lugar, se o brincar é o processo que permite que o desenvolvimento emocional ocorra, então ele deverá ser utilizado, na clínica, como veículo por meio do qual, o desenvolvimento emocional possa ser oportunizado. Dessa forma, a função terapêutica, na clínica só poderá ser efetivada caso os envolvidos (pacientes e analistas) consigam abrir um espaço intermediário entre ambos no interior do qual, o brincar, entendido como processo transformador de realidades, possa ocorrer.

Nessa sua proposta, o autor parte de um princípio interessante. Em sua opinião, como o brincar se constitui como uma atividade universal, o processo de desenvolvimento emocional tem possibilidades de ocorrer em seus mais naturais campos da vida: família, escola, grupos sociais, etc. Um analista, portanto, só deve ser acionado no momento em que, por algumas razões, o desenvolvimento emocional se encontre obstaculizado, interrompido. A tarefa terapêutica do analista será encontrar modos de desfazer a paralisação, de forma a permitir que a marcha ao amadurecimento seja retomada. (Winnicott, 1975a)

Nesse sentido, as experiências traumáticas, ou seja, aquelas que foram capazes de interromper o desenvolvimento emocional, devem ser

revividas no seio da área intermediária que conecta paciente e analista, pois será a partir dessa revivência que suas dimensões paralisantes podem ser transformadas. Ao trazê-las para o espaço do brincar, essas vivências ganham novos sentidos, configurações, sublimações.

Em um de seus artigos mais lidos e comentados, Winnicott (1963/2007) sustenta a ideia que, às vezes, essas experiências disruptivas acontecem um momento tão primitivo da vida em que não havia ainda nem um Eu que pudesse estar lá para vivenciá-las. Sendo assim, o autor propõe que, para que consigamos um efeito terapêutico sobre elas, faz-se necessário, não exatamente que elas sejam revividas, mas, ao contrário, que elas sejam vividas pela primeira vez! Se alcançarmos a possibilidade de que o paciente possa vivenciá-las, no espaço seguro e confiável construído entre ele e seu analista, essas primeiras ocorrências de algo que já havia acontecido em um tempo pretérito, sem contornos e sem amparo, ganham possibilidades de, ao serem encenadas e atualizadas, irem aos poucos sendo integradas, faladas, pensadas, simbolizadas. Desta forma, o fluxo do desenvolvimento emocional é retomado.

O desenvolvimento emocional ocorre na criança se se provêm condições suficientemente boas, vindo o impulso para o desenvolvimento de dentro da própria criança. As forças no sentido da vida, da integração da personalidade e da independência são tremendamente fortes, e com condições suficientemente boas a criança progride; quando as condições não são suficientemente boas essas forças ficam contidas dentro da criança e de uma forma ou de outra tendem a destruí-la”. (Winnicott, 1962/1989, p.63).

Cabe ao analista conseguir estabelecer com o paciente um ambiente suficientemente bom dentro das condições não suficientemente boas nas quais ele, paciente, narra ou brinca, nos contando sobre elas. Para que isso possa acontecer é necessário a criação de um lugar (placement) e de um manejo (management) que dê aos dois segurança e fidelidade, além da sobrevivência que nos é pedida em todos os atendimentos que são feitos, ou seja, deveremos estar lá, no mesmo tempo e espaço, sem mudanças ou inseguranças, apesar do que o paciente acredite ter acontecido: é nosso dever sobreviver. Assim, podemos, no *setting* e no vínculo transferencial estabelecido, fazer o experienciar acontecer naquele sujeito. Como nos marca Winnicott (1975b), em “O brincar e a realidade”, no caso analisado em “O brincar”

Isso nos dá indicação para o procedimento terapêutico propiciar oportunidade para a experiência amorfa para os impulsos criativos motores e sensoriais, que constituem a matéria-prima do brincar. É com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. Não somos mais introvertidos ou extrovertidos. Experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos. (Winnicott, 1975b, p 93)

Acreditamos que apresentação de um de nossos casos clínicos poderá tornar mais claro como, em um processo analítico, toda essa movimentação pode se consolidar.

O mundo de Lucas: do mundo horrível pronto para morrer à vivência do mundo fofo possível

Os pais de Lucas, 4 anos, chegaram para entrevista no antigo CIAP-PUC-Rio, tendo como queixa o comportamento do filho, que eram várias: hiperativo, desatento, impulsivo, agressivo, não aprendia a ler e escrever, batia, mordida. Era abril de 2005. Depois, somente fui ver Lucas em maio do mesmo ano.

As sessões com a mãe de Lucas, Pri, tiveram sempre o mesmo tema: ela me contava sobre sua vida antes de ser casada com o pai de Lucas e como, desde sempre, esse menino jamais teve um tempo que fosse de paz ou silêncio. Ela é, igualmente, agitada, não para quieta. Estava, na época, sem projeto de vida, parara a vida para cuidar do Lucas porque ele era o doente e “aquele terrível garoto” que fora expulso do colégio por total falta de limites, limites esses que o próprio colégio não conseguia colocar nele, assim como os pais. A descrição do pai, Douglas, feita pela mãe, é de alguém persecutório, que acredita sempre que ela o está traindo e que deve cuidar dele como se cuida de uma criança. Ela o leva ao trabalho e o busca, ela marca todos os compromissos, ela diz que ele a enlouquece.

Meu contato com o pai, na primeira entrevista, me chamou muito atenção porque ele falava do filho como se fosse um adulto, que ele deveria saber operar (agir e lidar) no meio, muito racional, sempre se achando conhecedor de tudo, quis me ensinar como lidar com o filho

antes de eu o conhecer. Diria que ele era, para mim, um bloco monolítico. Passou-me a sensação de falsa calma e sempre atribuía à esposa o problema do filho, mas contou para a psiquiatra do atendimento social da PUC-RJ que ele igualmente fora terrível no colégio, que se fazia de louco para infernizar a professora, que fora expulso de vários colégios.

Meu segundo contato com o casal reforçou a questão de uma união psicotizante, a invasão de espaço é constante por parte de um e de outro, os escândalos sempre acontecem, a Pri não domina o filho, ele igualmente grita com ela, assim como ela explode com o filho e com o pai de Lucas, que explode com ela e Lucas, passando broncas de mais de uma hora no filho e o colocando de frente para o canto da parede quando faz algo que ele, Douglas, considera errado ou quando realmente o filho passa dos limites. Houve uma vez na qual Lucas teve um acesso de cólera e ninguém conseguiu controlá-lo somente a manicure da casa que o conteve envolvendo-o nos braços até ele se acalmar.

Inúmeras vezes me foi relatado o quanto Lucas não conseguia ser cuidado pelos pais: aos 4 anos Lucas esquentava sua comida, escolhia sua roupa, abria sua cama porque os pais deixam a televisão ligada no timer e vão dormir já que sentem sono e ele não sente no mesmo horário. Lucas foi, desde bebê, acordado para levar o pai ou buscar o pai aos gritos, fizesse frio ou sol, segundo Pri, ao ponto de ele, quando soube falar, com um ano ou um pouco mais de idade, dissesse: para de gritar, dor de cabeça. Lucas vive de dedo no ouvido, fala altíssimo, agride se não satisfeito a sua vontade.

Lucas chegou para seu primeiro atendimento arrastado, empurrado, levado a trancos e barrancos por sua mãe, exausta. Do estacionamento até a casa da PUC de atendimento, chegava molhado, suado, xingando e berrando. Entendi que esta era a forma de Lucas me dizer que estava lutando contra alguma coisa que doía muito dentro dele, forma de ele me perguntar: você resiste ou vai desistir de mim como todos os colégios dos quais fui expulso? Para atendê-lo, já que ele não ficava na sala nem por 10 minutos, eu fui tentando estabelecer algum ritmo e limite de outras formas. Recorri a Winnicott (1975b) e seus conceitos de *placement e management*. Lucas pedia a mim um manejo totalmente diferenciado e realmente um lugar onde ele pudesse ser aceito como ele estava naquele momento.

Comecei quebrando a sessão. Quando eu ouvia os gritos, descia as escadas, andava até perto do estacionamento e esperava que ele chegasse.

Depois íamos de mãos dadas até a escada da casa e lá sentávamos e ele sempre trazia alguma coisa para me mostrar, folhas, bichinhos, pedrinhas... Depois íamos até a minha sala e brincávamos com o que ele tinha trazido ou com alguns brinquedos do consultório. Um dia, Lucas chegou agitado. Perguntei o que havia acontecido. De repente, ele abriu a porta da sala e saiu correndo pelo corredor e eu fui atrás dele. Ele parou perto de uma árvore imensa e ficou por lá e eu fiquei na beira dessa floresta esperando...

Tudo o que foi relatado antes pelos pais foi revivido por ele comigo no jardim na PUC onde ele conversava com as formigas, aonde batia com os pés e dizia que para ser ouvido tinha de se fazer muito barulho e gritar. Eu, nessas horas, dizia a ele que, igual as formigas, ele também precisava gritar para ser ouvido. Ele jamais refutou minha observação. Por muitas sessões ele não entrou na sala, o jardim foi o local que ficávamos vendo formigas e observando como elas falavam sobre gritos, brigas, quebradeiras. Sempre que pude fiz para ele a relação entre o que ele me contava e o que ele vivenciava diariamente, principalmente nos fins de semana quando o pai ficava mais em casa e as brigas se acentuavam. Sempre havia uma formiga mamãe, uma formiga bebê e um pai furioso quando não se fazia o que queria, havia também a formiga mamãe que não via o filho chorar, nem fazer coisas erradas, não ouvia o chamado do bebê para que ela ficasse com ele.

O diálogo entre nós seguia o mesmo caminho por muito tempo: Lucas quer as formigas. Então eu digo: “Acho que elas estão em casa e eu não falo formigues, mas estou ouvindo barulho”. Ele responde: “estão brigando”. Ele chuta e faz muito barulho, pisa com força na pedra. Eu pergunto: “você fazendo barulho faz parar a briga das formigas?” Ele responde: “É claro que sim”. Um dia ele descobre uma teia e fala da aranha voadora que havia na casa dele e que ele colocou para correr. Diz: “Não mulher, não é isso” (faz um gesto de colocar a mão na testa), “ela foi embora por causa das brigas”. Ele se senta no chão e diz: “Eu digo que sou o pai, então a mosca vai achar que sou. Ela é a mosca bebê e eu tenho de ficar aqui olhando porque eu sou o pai. Se for embora ela chora muito”. De repente Lucas vira monstro, grune e grita e faz mão de garra. Pergunto a ele: “Lucas que monstro é esse que grune: Ele assusta os bebês ou as formigas que brigam?” Ele diz: “As formigas”. Sorri e estende a mão e diz: “Será que a mosca bebê vem pro meu braço?” A mosca pousa!! Ele diz: “Ela sabe que sou o pai” e diz também “A abelha ficou triste e chorou muito porque o papai foi embora.”

Nesse momento, ele de novo conta que as formigas tinham uma mãe e um pai, que a mãe dessas formigas gritava e berrava muito, chorava também e que o pai das formigas saía muito cedo e gritava quando saía e acordava todo mundo. Pergunto, então, a ele: “Será, Lucas, que você está querendo me dizer que é preciso fazer muito barulho com os pés, com as mãos, com os gritos bem altos para ver se o pai formiga e se a mãe formiga saem de dentro do formigueiro e venham ver o que está acontecendo aqui fora porque senão eles nem notam?”

Essa cena aconteceu muitas e muitas vezes. Se eu for contar quantas sessões eu tive fora de minha sala de atendimento, eu poderia dizer que o campus da PUC foi o lugar eleito por Lucas para poder ir se organizando e contando, com pedrinhas, formigas, aranhas e folhas, sua história imersa em gritos e não olhares para o que ele realmente precisava: contenção e alguém que sobrevivesse à tempestade e ao furacão ambulante que ele se transformava quando sentia no ar que talvez pudesse alguém abandoná-lo.

Quando ele aceitou entrar na sala, o que mais gostou de brincar foi com massinha e com ela criou cobras bebê, cobras mamãe e papai. Sempre o pai agredia e a mãe nem sempre protegia os filhos dos predadores. De outra vez, brincou com os passarinhos de um jogo que eu tinha e passou várias sessões preocupado em saber distinguir gansos de passarinhos e homens de mulheres, sempre havendo bebê entre eles.

Um hábito de Lucas era, desde o início, que para qualquer coisa que eu perguntasse ele respondia “É claro!” Lucas não falava, gritava ou pontificava. Muitas vezes ele dizia: “você é burra!” “Você não sabe nada mesmo!”, “Ta doente da cabeça?”, “Ta maluca?” E, em todas as vezes, eu perguntava onde ele ouvia falar assim. Sempre ele me respondeu: “Meu pai”.

Uma vez, os pais de Lucas me procuraram muito assustados com o comportamento do filho em casa e na escola, na escola que ele estava, havia sido destacada uma professora para ficar colada nele. Uma das vezes, ele subiu dez vezes em uma árvore e se jogou de lá de cima, não obedecia a ninguém, machucava os amiguinhos e havia sido convidado a ser retirado da escola. A questão dos pais era se essa criança, vista como o centro de todos os problemas da família e do casal, era maluca, doente mental ou nada disso, se deveria se manter neste colégio o menino ou se deveria haver a retirada dele do mesmo.

Peço para que vejam a psiquiatra do espaço da PUC-RJ porque eles me relatam que Lucas já havia tomado remédio, um calmante, que

a mãe resolvera retirar porque não adiantava nada, e havia retirado de uma hora para outra. Dizem que deram o diagnóstico de hiperatividade ao filho e eles ficavam preocupados com esses estigmas, mesmo que reconhecessem como o filho era sem limites e irritável para qualquer um, apesar de ser descrito também como amoroso pela mãe e manipulador afetivo pelo pai.

No meio do ano, os pais me relatam que Lucas não quer sair de casa, nem tomar banho. A avó (Leda) está em depressão profunda, com síndrome do pânico, anoréctica e Lucas passou 5 dias com essa avó para que os pais viajassem, é a segunda vez que os pais se afastaram dele. A psiquiatra avalia que havia um quadro depressivo na criança. Ao voltar da casa da avó, passou o dia gritando, xingando, batendo e, após 11 dias, continuava muito agressivo. Parece que, com uso do medicamento, a depressão, anteriormente não percebida, posto ser expressa por agressividade, emerge com força. Os pais relatam que Lucas, no dia anterior à consulta, chorou por uma hora e meia e depois dormiu. A conversa, antes de cair no sono, foi assim contada a mim. “Eu não gosto de você, eu nasci diferente, eu sou diferente” e expressa tristeza. Diz agora “tô com sono e quero dormir”. Tem pesadelos, fala “mata seu monstro” Não está comendo nada. Não toma leite, não almoça, nem macarrão. “Eu só gosto de chocolate”. Desde a viagem e durante ela, ele não comeu.

Até o fim do ano, os relatos dos pais e as brincadeiras de Lucas são sempre de caos. Somente no último dia do ano ele pede para brincar de banco imobiliário e adora mexer com dinheiro me contando:” Eu quando crescer vou ser rico”. Neste dia, ele sai calmo e não leva nada para casa.

No outro ano, 2006, ele volta para outro espaço, para o meu consultório particular. Por muitas sessões a massinha foi a forma de ele se comunicar. Constrói o mundo horrível de Lucas e o mundo horrível de Lucas atacado para morrer. Nesse tempo, ele descobre o plástico de guardar a casa de EVA que tinha no consultório e me pergunta se poderia brincar de ficar lá dentro. Apesar de muito crescido para a idade, ele se espreme e entra no plástico e pede para eu fechar o zíper. Não fecho e passo a brincar com ele de tocar e ele estender o dedo, a mão e, lembrando como falava com meus filhos enquanto estava grávida e quando eram bebês, brinco de “onde está o ratinho? Foi por aqui, aqui”, ele morre de rir sem sair do plástico. Repito com ele, quase em todas as sessões esse processo de brincar como se ele estivesse dentro de algo

que eu não visse, mas sentisse. O plástico já está rasgando, mas ele continua a entrar e sair, entrar e sair. Um dia, ele coloca as massinhas uma do lado da outra, massinhas que ficavam guardadas na sua caixa e depois nomeia para mim: Aqui (plástico) é o mundo fofo de Lucas.



Os pais não podem mais levar Lucas ao consultório e ficam comigo as massinhas, a caixa e o mundo fofo de Lucas.



Considerações finais

Nossa intenção, na presente oportunidade, foi a de demonstrar, a partir da apresentação de um pequeno extrato de um trabalho terapêutico, toda a potencialidade da psicanálise no sentido de abrir oportunidades para que as crianças retomem suas marchas ao amadurecimento

emocional, tal como proposto pela perspectiva winnicottiana. Assim, iniciamos nossas considerações apresentando a ideia de espaço transicional como condição necessária para que o desenvolvimento emocional ocorra a partir da movimentação de experiências criativas entre o bebê e o ambiente/mãe que o cerca. Ou seja, com sua proposição, Winnicott nos informa que para entendermos a construção da subjetividade devemos partir de um princípio inter-subjetivo oportunizado pelo encontro entre dois seres humanos. Caso o bebê encontre, em suas primeiras vivências, a sorte de construir essa área intermediária, de sobreposição, que liga e separa ele e o mundo, no interior da qual a criatividade possa ser exercida, tal capacidade o acompanhará por toda vida.

Pontuamos que tais proposições teóricas se alicerçaram nas observações clínicas efetuadas por Winnicott ao longo da realização de atendimentos clínicos com crianças. Neles, o autor pôde observar que o brincar infantil coloca em movimento dois aspectos importantes: por um lado, o brincar se relaciona com o mundo interno da criança e o desejo inconsciente que o mobiliza; por outro, se vincula à realidade externa, e ao não se adequar totalmente ao desejo inconsciente, insere um limite paulatino à sua onipotência. Assim a criança vai, aos poucos, percebendo a existência da externalidade, de um mundo compartilhado no qual habitam inúmeras pessoas com as quais precisa barganhar, trocar, conversar, enfim, se relacionar. Tal dialética permite que o amadurecimento emocional se concretize de forma progressiva, via declínio progressivo da onipotência infantil face a necessidade de considerar a existência da alteridade.

Em nossa opinião, Winnicott, aqui, segue e amplia os horizontes da proposta freudiana sobre o sonhar ao incluir a ideia de que para além das movimentações e organizações psíquicas ofertadas pelo sonhar, o brincar se debruça sobre o mundo externo e o transforma tanto quanto transforma o mundo interno. Assim, se o sonhar nos remete ao passado infantil, o brincar nos lança ao futuro. Tal como a clínica, por meio da qual, o retorno às vivências pretéritas nos permite a propulsão para o porvir. Dessa forma, tomando o brincar como modelo paradigmático, a função terapêutica da clínica se concentrará na construção da área transicional na qual a marcha ao amadurecimento emocional possa ser retomada. Para tal, as vivências traumáticas serão retomadas, para que possam ser transfiguradas e, ao ganharem movimento, possam perder seu efeito paralisador.

Dessas proposições, o caso de Lucas nos trouxe, de forma viva e plástica, essa função terapêutica sendo efetivada a partir da construção gradativa da área de transição entre ele e sua analista. Lucas, uma criança que não conseguia modular sua agressividade pois não encontrava um lugar seguro para poder exercitá-la de forma a transformá-la em potência criativa. E com isso, professores, familiares e amiguinhos dele se afastavam. De uma forma muito interessante, o trabalho clínico se inicia com a percepção da analista de que Lucas era tratado pelo pai como se fosse um adulto. No entanto, o desenrolar clínico encaminha-se para a experiência primitiva do nascimento. Metaforicamente nos demonstrando o engano de supor, em Lucas, um adulto. Ele nem tinha ainda nascido... Nesse sentido, apostamos que de uma forma simbólica, o espaço clínico permitiu um (re)nascimento, ou um nascer (de novo), para que a vida psíquica, afetiva e emocional pudesse ganhar um curso, uma trajetória, um caminhar compassado. Para tal, a Lucas foram concedidos um lugar (placement) e um tempo (management) por meio dos quais suas organizações internas pudessem ser exercidas e ele pudesse ser o que era: uma criança procurando se organizar diante de um mundo caótico.

E ainda que o trabalho terapêutico tenha sido interrompido, guardamos a certeza de que a partir das experiências ali mobilizadas, Lucas encontrará formas de contrapor à destruição que o espreita, seu potencial criativo. Se possível, na criação de mundos fofos nos quais ele possa morar.

Os procedimentos éticos adotados para a proteção da identidade da criança - Ética - 00601212.7.0000.5286 (Plataforma Brasil). O nome da criança foi modificado, esperou-se mais de cinco anos para que o atendimento desta, de cunho social e já possuindo a ética da instituição, uma universidade da cidade do Rio de Janeiro, na qual ela estaria sendo atendida, fosse escrito para este artigo.

Referências

Freud, S. (1986). A interpretação dos sonhos. A Interpretação dos Sonhos. In *Edição Standar Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vols 4 e 5, pp 17-667). Imago (Trabalho originalmente publicado em 1900).

Rodman, F.R. (2003). *Winnicott: life and work*. Da Capo Press.

Winnicott, D. W. (1975). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In *O Brincar e a Realidade* (pp. 13-44). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1953).

Winnicott, D.W. (1983). Provisão para a criança na Saúde e na crise. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp.62-69). Artes Médicas. (trabalho originalmente publicado em 1962).

Winnicott, D. W. (2007). O medo do colapso (breakdown). In *Explorações Psicanalíticas*. (pp.70-76). ArtMed. (Trabalho originalmente publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (1975). A localização da experiência cultural. In *O brincar e a realidade*. (pp. 133-144). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1967).

Winnicott, D. W. (1975 a). O brincar: uma exposição teórica. In *O brincar e a realidade*. (pp. 59-78). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1971).

Winnicott, D. W. (1975b). O brincar: atividade criativa e a busca do Eu (self). In *O brincar e a realidade*. (pp.59-78). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1971).

Entre o colo e a realidade: como encontrar a si mesmo?

Beatriz Pinheiro Machado Mazzolini
Universidade de São Paulo (USP)

Introdução

A obra de Winnicott merece destaque por sua originalidade, por valorizar a experiência de vida do ser humano e por ampliar o campo da psicanálise e da psicologia. Khan (1993), discípulo e amigo de Winnicott, expressa o que pensa a respeito dele: “Escreveu como falava: com simplicidade e com o objetivo de relatar. Não de convencer ou doutrinar”. (p. 8).

É por meio desses inúmeros relatos que se tem acesso à sua Teoria do desenvolvimento emocional. O próprio Winnicott (1968/1994a) apresenta o que espera de uma teoria viva, capaz de dialogar com a experiência humana.

Para realizar o meu trabalho, preciso de uma teoria do desenvolvimento *emocional e físico* da criança, no ambiente em que ela vive, e uma teoria precisa abranger todo o espectro daquilo por que se possa esperar. Ao mesmo tempo, a teoria precisa ser flexível, de tal forma que qualquer fato clínico possa, se necessário, modificar a afirmação teórica. (p. 19).

Dialogar com a Teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott não é tarefa fácil. Trata-se de um autor que tem uma obra extensa e profunda, em que ele inicialmente escreve como pediatra para pediatras, depois escreve seguindo orientação psicanalítica e, finalmente, contribui de forma pessoal à teoria e à prática correntes na psicanálise.

A ideia é escrever um texto suficientemente bom, aberto a sugestões e aberto a outras formas de compreender e abordar o desenvolvimento emocional do ser humano, a partir do que acontece na relação psicoterapêutica. Winnicott (1984) assinala: “não há casos semelhantes” e “não há possibilidade de se ensinar através da explanação sobre os casos.” (p. 10).

Ao escrever uma história clínica tem-se como propósito pensar a respeito dela e pensar-se enquanto psicoterapeuta. Compartilhar uma experiência profissional é lançá-la ao mundo para que possa ser usada como fonte de criatividade e não como reprodução.

Cada história é única e constata-se diariamente que “a vida é difícil, inerentemente difícil para todo e qualquer ser humano, desde o começo da vida” (Winnicott, 1982, p. 144). Ouvir e acompanhar histórias de sofrimento psíquico exige formação pessoal, teórica e técnica, e continuada. O caminho do ser humano, desde o início de seu desenvolvimento emocional até a maturidade, é longo e envolve a complexa constituição de ser si mesmo.

Um diálogo entre a história de Bruno e a teoria winnicottiana é uma tarefa que permite exercitar um pensamento clínico, por meio da reflexão de experiências vividas em um *setting* psicoterapêutico. Tais experiências convocam a teoria escolhida a responder determinados questionamentos e a mostrar que é uma teoria viva, capaz de ampliar conceitos e flexibilizar técnicas, e mudar, quando necessária.

O começo de uma vida e muitos desafios

Bruno nasce e é recebido por pais jovens, que cuidam dele em seu primeiro ano de vida. Os pais, por motivos pessoais e de trabalho, ao final desse primeiro ano, dedicam menos tempo ao filho. O casal enfrenta dificuldades de relacionamento e separa-se definitivamente quando Bruno tem quase dois anos.

Bruno mora com a mãe e os avós maternos e às vezes com o pai e os avós paternos. Os pais focam nas carreiras, mudam para lugares diferentes, longe de Bruno, que passa a viver com os avós, em duas casas diferentes.

Uma pessoa próxima à família materna oferece ajuda, ao ver o esforço dos avós para ficarem com o neto. Ela se compromete a cuidar de sua educação e o leva para morar em sua casa, em outra cidade. Os pais de Bruno concordam, têm confiança nessa pessoa e acreditam ser uma oportunidade boa para o filho.

Bruno tem o carinho e a disponibilidade de uma pessoa familiar, que ele chama de tia, e que tem a tarefa de ajudá-lo a se desenvolver como um menino de oito anos, o que não é fácil para ambos. Bruno é matriculado em uma escola e, com o passar do tempo, começa a agredir

colegas, pegar objetos, mentir, falar palavrões, responder aos professores, ter fraco desempenho nos estudos e recusar-se a fazer as lições propostas. Em casa os comportamentos assemelham-se aos da escola, além de ficar ansioso em determinadas situações, comer em excesso, apresentar enurese, quebrar objetos, estar apático, sem motivação para os estudos e entristecer-se com frequência.

A tia procura ajuda profissional e relata à psicóloga a história de Bruno. Os pais são convocados para uma entrevista com a profissional, em momentos diferentes. Ambos comparecem, contam sobre a história e a relação deles com o filho, e concordam com o atendimento psicológico oferecido a ele.

Bruno é atendido uma vez por semana durante quase dois anos, com pausa nas férias escolares. São feitos encontros com a tia a cada dois meses e com a escola no início do atendimento e ao final de cada semestre.

Reencontrando um colo

Bruno, na primeira sessão, ao conhecer a psicoterapeuta e o espaço do atendimento, olha com muita atenção para as coisas que estão à disposição na sala, como um armário que ele abre e vê jogos, papéis, tintas, um pacote de argila – que ele pega nas mãos -, uma família de bonecos, e livros disponíveis em uma estante.

Bruno conta que gosta de jogar bola, jogar vídeo game, andar de bicicleta, ir ao shopping e de estudar. A psicoterapeuta dá atenção ao que ele conta e fala a respeito do atendimento. O menino, depois de ouvi-la apresentar-se e apresentar o espaço e os objetos disponíveis, pergunta se pode ir ali quando quiser. Conta que, em sua imaginação, um lugar como esse é para conversar sobre coisas que não tem com quem falar. Bruno surpreende-se com o que diz, mexe a cabeça para os lados, anda em direção ao armário, pega o pacote de argila e o devolve ao lugar de origem. A psicoterapeuta diz que sim, e que bom que ele já imagina um lugar parecido com esse para conversar sobre o que quiser, e que vai combinar o horário com a tia dele. Bruno pega uma bola e a chama para jogar, eles jogam até a sessão acabar. Bruno chuta a bola e afirma/pergunta “sou bom nisso?”

Em outra sessão, Bruno dirige-se ao armário e se certifica se pode usar a argila. Ao receber o sim, Bruno tira o saco plástico que a

embala, pega um copo com água e começa a trabalhar com ela. A psicoterapeuta coloca-se a uma distância confortável para ele, nem muito próxima e nem muito longe, caso ele solicite algo. Bruno envolve-se com a atividade e molda algo. Trabalha atento e, finalmente, anuncia que faz um menino. A produção de Bruno é olhada com admiração pelos dois, que a elogiam. A sessão acaba e ele pergunta se pode levar para casa. Antes que a psicoterapeuta responda, ele mesmo resolve deixar a obra ali, para secar. Escolhe um canto da sala e põe um papel em cima.

Na sessão seguinte, Bruno corre em direção ao boneco, pega-o com cuidado, verifica se já está seco e pega tintas, pinceis e cola colorida. Bruno pinta com empenho e diz que com cola colorida fica mais legal, mais vivo. Enquanto pinta fala para o boneco que ele é um menino que mora com sua mãe e com seu pai. Ao terminar de pintar, Bruno segura o boneco, olha um tempo para ele, mostra para a psicóloga e afirma o quanto acha que ele está muito legal. Ela confirma para ele que sim, que está legal mesmo. Bruno pede uma caixa para guardá-lo e a faz prometer que ninguém vai mexer nele. Bruno tem a promessa da psicoterapeuta de que ninguém vai mexer, e o boneco de argila é guardado na caixa.

Na próxima sessão Bruno chega, procura pelo boneco e vê a caixa. Retira-o com cuidado e o segura em suas mãos. Olha à sua volta procurando um lugar para brincar ou fazer alguma coisa com ele. Bruno vê a poltrona e decide sentar-se nela, com o boneco em suas mãos. Bruno experimenta jeitos diferentes de sentar-se na poltrona, fica em posição fetal por um tempo, encolhe-se, espreguiça-se e, finalmente, encontra a posição que o agrada – coloca a cabeça em um dos braços da poltrona, as pernas no outro braço e o bumbum no assento, como se a poltrona o segurasse no colo, como se ela o carregasse em seus braços. Bruno, nessa posição, começa a falar com o boneco. Cochicha algumas coisas, que tem saudades de ficar no colo da mãe, que é um bom menino, que vai cuidar dele, quer comprar uma bicicleta nova, uma casa para a mãe, tirar boas notas, viver bem com a tia e outras coisas desse tipo.

Outras sessões acontecem, Bruno chega, pega o boneco, conversa com ele e às vezes o deixa deitado na poltrona e convida a psicoterapeuta para jogar bola, falando de longe com o boneco, se ele vê como ele é bom de bola. Outras vezes chama a psicoterapeuta para jogar com ele jogos que encontra no armário. Ao término da sessão Bruno pega o boneco, guarda-o na caixa e vai embora.

Certa sessão, Bruno senta-se na poltrona, sem pegar o boneco, e propõe um jogo de soletrar. Explica como é o jogo e brinca de soletrar com a psicoterapeuta. Bruno escolhe palavras que fazem parte de sua história para soletrar e a psicoterapeuta entra no jogo e faz escolhas que complementam as escolhas dele. O menino diverte-se com o jogo e com as palavras formadas por eles. Durante o jogo Bruno conversa sobre si mesmo, sobre sua vida, sua família.

Combina com os pais que quer passar férias com eles, quando der. Diz que às vezes tem vontade de ser bebê e acha estranho, mas logo lembra que tem lição da escola e que tem que estudar e jogar vídeo game, e a vontade passa. Conta que a tia é a pessoa mais legal que ele conhece, que o quarto dele é do jeito que ele pede, conta que gosta da escola e tem muitos meninos que jogam bola com ele, e tanta coisa que não dá para falar tudo.

Na última sessão, Bruno faz uma retrospectiva de sua história com a psicoterapeuta e diz que ele está muito bem. Despede-se do boneco que fica na caixa o tempo todo da sessão. Bruno já tem dentro de si o boneco e o que ele representa como o seu si mesmo, não necessita mais dele como objeto e pode separar-se sem experienciar um sentimento de perda. Decide que vai deixá-lo na sala e a psicoterapeuta acolhe sua decisão. Bruno coloca o boneco sentado na poltrona e vai embora, como um menino de dez anos.

Dialogando com a teoria de Winnicott

O relato da história de Bruno apresenta um menino que nasce, é recebido pelos pais e durante seu primeiro ano de vida é cuidado por eles. Pode-se supor, a partir do que foi relatado pelos pais e pela tia de Bruno, que ele conta, nesse começo de vida, com um ambiente suficientemente bom para se desenvolver e viver no mundo.

Winnicott (1956/1993) afirma que ao final da gravidez e logo depois que o bebê nasce, aparece “um estado muito especial da mãe, uma condição psicológica que merece um nome, tal como *Preocupação Materna Primária*.” (p. 493). Uma condição que a mãe não recorda após ter se recuperado dela, podendo até reprimi-la; um estado de sensibilidade aumentada, uma “doença normal” (p. 494) que capacita a mãe a se adaptar às necessidades iniciais do bebê.

De acordo com esta tese, uma provisão ambiental suficientemente boa, na fase mais inicial permite que o bebê comece a existir, a ter experiências, a construir um ego pessoal, dominar as pulsões e enfrentar todas as dificuldades inerentes à vida. Tudo isto é sentido como real pelo bebê, que se torna capaz de ter um *self* que, eventualmente, pode se dar ao luxo de sacrificar a espontaneidade e mesmo morrer. (Winnicott, 1956/1993, p. 497).

Do ponto de vista do bebê, mãe e bebê são um só, até que ele possa diferenciar-se da mãe (do não-eu). Em relação à dupla bebê e mãe/bebê e ambiente, Winnicott (1982) assinala seu ponto de vista: “Certa vez arrisquei este comentário: ‘Não existe tal coisa chamada bebê’, significando com isso que se decidirmos descrever um bebê, encontrar-nos-emos descrevendo um bebê e alguém. Um bebê não pode existir sozinho sendo essencialmente parte de uma relação.” (p. 99).

Bruno é parte de uma relação com sua mãe e com seu pai durante seu primeiro ano de vida, época em que, pelo que contam, recebe total atenção dos pais. Ao apoiar a mãe, o pai ajuda-a a ser uma mãe suficientemente boa - poder falhar por ser humana e não ser perfeita como uma máquina -, e a poder experimentar o estado de Preocupação Materna Primária com segurança. Bruno convive também com os avós, que auxiliam os pais para que nada perturbe seu desenvolvimento. Para Winnicott (1960/1983)

A mãe suficientemente boa alimenta a onipotência do lactente e até certo ponto vê sentido nisso. E o faz repetidamente. Um *self* verdadeiro começa a ter vida, através da força dada ao fraco ego do lactente pela complementação pela mãe das expressões de onipotência do lactente. (p. 133).

A mãe que não é suficientemente boa, ao contrário, não complementa a onipotência do bebê, falha em satisfazer seu gesto, substituindo-o pelo próprio gesto, o que leva o bebê a submeter-se à mãe/ao ambiente. “Essa submissão por parte do lactente é o estágio inicial do falso *self*, e resulta da incapacidade da mãe de sentir as necessidades do lactente.” (Winnicott, 1960/1983, p. 133). O bebê constitui-se pelo que recebe do ambiente/mãe e pelo que não recebe também.

A história de Bruno não reporta nenhuma dificuldade em seu desenvolvimento até à época da separação de seus pais. Assim, supõe-se que a mãe de Bruno, por meio do cuidado dedicado a ele, cumpre as funções maternas/ambientais: dá sustentação e segurança (*holding*); dá

contorno à sua corporeidade sendo flexível em seu movimento de adaptação-desadaptação, garantindo a experiência de continuidade de existir por meio do manejo (*handling*); e apresenta o mundo em pequenas doses, organizando o aparecimento gradual da realidade compartilhada e protegendo-o de situações muito invasivas.

A noção de realidade é construída ao mesmo tempo que os processos de integração e personalização. O cuidado materno facilita o sentimento de confiança do bebê, sua onipotência e criatividade primária.

Desta forma inicia-se no bebê a concepção da realidade externa, um lugar de onde os objetos aparecem e no qual eles desaparecem. Através da magia do desejo, podemos dizer que o bebê tem a ilusão de possuir uma força criativa mágica, e a onipotência existe como um fato, através da sensível adaptação da mãe. O reconhecimento gradual que o bebê faz da ausência de um controle mágico sobre a realidade externa tem como base a onipotência inicial transformada em fato pela técnica adaptativa da mãe. (Winnicott, 1990, p. 126).

Na teoria winnicottiana os conceitos de ego e si mesmo aparecem com frequência e é preciso ressaltar que não são sinônimos, apesar de Winnicott, em seus primeiros escritos, ter usado como se fossem e, posteriormente, descreve o que entende por *self*/si mesmo:

o *self*, que não é o ego, é a pessoa que é eu, que é apenas eu, que possui uma totalidade baseada no funcionamento do processo de maturação. Ao mesmo tempo, o *self* tem partes e, na realidade, é constituído dessas partes. Elas se aglutinam desde uma direção interior para exterior no curso do funcionamento maturacional, ajudado como deve ser (maximamente no começo), pelo meio ambiente humano que sustenta e maneja e, por uma maneira viva, facilita.

...

São o *self* e a vida do *self* que, sozinhos, fazem sentido da ação ou do viver desde o ponto de vista do indivíduo que cresceu até ali e está continuando a crescer, da dependência e da imaturidade para a independência e a capacidade de identificar-se com objetos amorosos maduros, sem perda da identidade individual. (Winnicott, 1970/1994b, p. 210)

Bruno, ao ter o apoio do ego materno, tem condições de constituir o seu próprio ego por meio dos processos de integração, personalização e realização, ou seja, a “apreciação do tempo e do espaço e de outras propriedades da realidade, em suma, realização.” (Winnicott, 1945/1993, p. 274). Processos fundamentais que contribuem para a constituição de seu si mesmo.

A tendência a integrar é ajudada por dois conjuntos de experiência: a técnica de cuidado infantil através da qual a temperatura do bebê é mantida, ele é manipulado, banhado, embalado e nomeado e, também, as experiências pulsionais agudas que tendem a tornar a personalidade uma a partir do interior.

...

Tão importante quanto a integração é o desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo. De novo é a experiência pulsional e as repetidas e tranquilas experiências de cuidado corporal que, gradualmente, constroem o que se pode chamar uma personalização satisfatória. (Winnicott, 1945/1993, p. 276)

Bruno, ao receber os cuidados necessários de sua mãe, incluindo o manejo – dar banho, trocar fraldas, embalar, cantar para dormir -, é capaz de integrar as partes não integradas de seu eu, que potencializam o seu vir a ser em um ser integral, unitário, um *self*, um si mesmo.

Chega um momento em que, se a criança pudesse falar, diria *EU SOU*. Uma vez atingido

este estágio, novos progressos precisam ser feitos para a sólida instituição do estágio em que, inicialmente, alterna contatos renovados com o estágio mais primitivo, no qual tudo está fundido, ou a partir do qual os diferentes elementos não foram adequadamente separados entre si. Há, aqui, um momento muito definido na vida de toda criança, embora possa ser difuso em termos do limite de tempo, no qual ela se deu conta de sua existência e tem algum tipo de identidade estabelecida, não na mente dos observadores, mas em sua própria mente. (Winnicott, 1966/1994a, pp. 45-46).

Bruno desenvolve-se, conquista certa autonomia relativa em direção à constituição de seu si mesmo, diferenciando-se do que é o não-eu e conta com o apoio dos pais para esse amadurecimento. Tudo corre bem até que os pais de Bruno se desentendem e resolvem separar-se. A perda do espaço físico e emocional que ele tem ao morar com os pais, a perda da companhia diária do pai e, posteriormente, a perda da companhia da mãe causam confusão em Bruno. O menino passa a ter uma rotina instável: duas casas, duas escolas e quatro pessoas que cuidam dele. A estabilidade de ser de Bruno é interrompida e ele experimenta uma ruptura, uma invasão, que ele não dá conta de elaborar sem a colaboração do ambiente/ das pessoas, o que o leva a responder com alguns sintomas que incomodam as pessoas à sua volta.

Bruno torna-se ansioso, come em excesso, apresenta enurese, quebra objetos, entristece-se com frequência, agride colegas, pega ob-

jetos dos outros, mente, fala palavras, responde a professores, tem fraco desempenho nos estudos e recusa-se a fazer lições. São atitudes e comportamentos que convocam a participação de outras pessoas. A tia, sensível ao sofrimento de Bruno, oferece ajuda à família, e promove uma nova provisão ambiental para ele, agora com oito anos.

É uma história de tendência antissocial?

Winnicott (1956/1993) afirma que “A tendência anti-social *não é um diagnóstico*. Não se compara diretamente com outros termos diagnósticos, tais como neurose e psicose. A tendência anti-social pode ser encontrada em um indivíduo normal ou em um que seja neurótico ou psicótico”. (p. 502).

No caso de Bruno, a psicoterapeuta trabalha com a hipótese de tendência antissocial e, com esta escolha, a participação da tia, da família, da escola e do acompanhamento psicoterapêutico precisam estar em sintonia. O atendimento psicoterapêutico envolve manejo e compreensão, ao invés de interpretação.

A tendência anti-social se caracteriza por possuir um elemento nela que compele o meio ambiente a ser importante. O paciente, através de impulsos inconscientes, força alguém a se encarregar de seu manejo. É tarefa do terapeuta deixar-se envolver por este impulso inconsciente e seu trabalho é feito em termos de manejo, tolerância e compreensão. (Winnicott, 1956/1993, p. 503).

Bruno, por meio de seus sintomas, envia uma mensagem ao ambiente, pois sente que este trai a sua confiança. Bruno é privado do que tem, necessita recuperar sua perda, e o modo que encontra para lidar com a situação é por meio da reação, ele reage ao ambiente por se sentir invadido de uma forma abrupta.

Winnicott (1967/1996) modifica a compreensão do que é comumente considerado comportamento antissocial e o vê como sinal de esperança e não como delinquência. “Ocorre uma modificação que altera a vida inteira da criança, e essa modificação ambiental acontece quando a criança já tem idade suficiente para entender as coisas.” (p. 72).

A compreensão de que o ato anti-social é uma expressão de esperança é vital para o tratamento de crianças que mostram a tendência anti-social. Vemos o momento de esperança ser repetidamente

desperdiçado, ou esvaziado, devido a um mau manejo ou à intolerância. Esta é outra maneira de dizer que o tratamento da tendência anti-social não é a psicanálise mas o manejo, que significa ir ao encontro do momento de esperança e corresponder a ele. (Winnicott, 1956/1993, p. 503).

Bruno sofre uma verdadeira privação, há a perda de algo bom, algo que é positivo em sua experiência de vida até um determinado momento, e que lhe é retirado por um período maior do que o que ele consegue manter viva, na memória, a recordação. O termo usado para essa situação, que não é uma privação simples, é deprivação. A privação acontece quando a criança nunca experimenta um ambiente facilitador. A deprivação acontece quando a criança experimenta o ambiente suficientemente bom e o perde. Bruno perde seu lar, portanto sofre de privação.

Bruno tem um novo começo com a tia, com a escola e com a psicoterapia. Bruno, ao conhecer o *setting* psicoterapêutico, observa com atenção o espaço e confia à psicoterapeuta que tem, em sua imaginação, um lugar como esse, para conversar a respeito de coisas que ele não tem com quem falar. Bruno, com essa fala expressa o conteúdo de seu mundo imaginativo e acaba por significar o espaço oferecido a ele como um objeto subjetivo.

Winnicott (1984) relata que as crianças expressam um preparo mental imaginativo ao relatar que sonham com ele na noite anterior à consulta, e que ele se descobre ajustando-se a essa noção preconcebida. “Numa linguagem que uso atualmente, mas que não estava preparado para usar naquela época, encontrava-me na posição de objeto subjetivo.” (p. 12).

O modo como Bruno ocupa o ambiente chama atenção, observa as coisas disponíveis, como quem busca algo. Bruno detém-se em um pacote de argila e, em seguida, devolve-o ao armário. Escolhe algo que já conhece - a bola - e, ao jogar com a psicoterapeuta, o menino pergunta ao ambiente/psicoterapeuta, ao mesmo tempo que afirma sua identidade, “sou bom nisso?” Ao jogar com Bruno, a psicoterapeuta devolve a ele o que já é dele, respondendo que sim, que ele é bom.

Winnicott (2019) usa a metáfora da mãe suficientemente boa para estabelecer as bases do trabalho de um psicoterapeuta suficientemente bom.

Psicoterapia não é fazer interpretações perspicazes e apropriadas; em grande medida, é

devolver constantemente ao paciente aquilo que ele mesmo traz. Trata-se de uma complexa derivação do rosto que reflete o que está lá para ser visto. Gosto de pensar dessa maneira sobre meu trabalho e que, se eu o fizer bem o bastante, o paciente encontrará o próprio self e será capaz de existir e se sentir real. Sentir-se real é mais do que existir; é encontrar um modo de viver como si mesmo, de se relacionar com objetos como si mesmo e de ter um self para onde fugir em busca de relaxamento. (p. 187).

A psicoterapeuta devolve a Bruno o que é dele, ela está viva na relação e permite que Bruno também viva/brinque. Bruno traz elementos ou objetos da cultura, como o jogo de futebol, o trabalho com argila, o Jogo de soletrar, que existem na realidade compartilhada e ganham novo estatuto no espaço potencial e na relação que se estabelece entre ele e a psicoterapeuta. A partir de uma ideia, de uma necessidade, algo nasce e Bruno se expressa em algum material disponível, que ganha sentido nesse espaço intermediário, que permite e promove a criatividade dele e o crescimento das pessoas envolvidas nessa relação.

Bruno escolhe trabalhar com a argila, um material que chama sua atenção desde a primeira sessão. Bruno tem um gesto espontâneo em direção ao pacote, que hesita pegar na sessão anterior. O menino começa a brincar e moldar o material. Bruno dá expressão à sua subjetividade, um objeto subjetivo podendo transformar-se em um objeto objetivamente percebido no espaço potencial, criado entre ele e a psicoterapeuta.

Bruno brinca com a argila. “É no brincar, e apenas no brincar, que a criança ou o adulto conseguem ser criativos e utilizar toda a sua personalidade, e somente sendo criativo o indivíduo pode descobrir o self.” (Winnicott, 2019, pp. 92-93).

A psicoterapeuta adapta-se ativamente às necessidades de Bruno e, por meio de sua presença viva e silenciosa, permite que o menino experimente o sentimento de estar sozinho na presença de alguém disponível. “Para mim, é fundamental destacar que o brincar é uma experiência, uma experiência sempre criativa, uma experiência no continuum espaço-tempo, uma forma básica de viver.” (Winnicott, 2019, p. 88).

Bruno pode brincar sozinho, não é obrigado a produzir o que não quer, segue sua pesquisa interior. Winnicott (1958/1983) afirma que “a capacidade do indivíduo ficar só é um dos sinais mais importantes do amadurecimento do desenvolvimento emocional.” (p. 31). Muitos tipos de experiência podem levar à formação da capacidade de ficar só, mas

“há um que é básico, e sem o qual a capacidade de ficar só não surge; *essa experiência é a de ficar só, como lactente ou criança pequena, na presença da mãe.*” (p. 32). Esta afirmação é um paradoxo: “é a capacidade de ficar só quando mais alguém está presente.” (p. 32). Winnicott acrescenta que gosta mais de usar a expressão *ligado ao ego*. “Ligado ao ego se refere à relação entre duas pessoas, uma das quais está de qualquer modo só; talvez ambas estejam sós, ainda assim a presença de uma é importante para a outra.” (p. 33).

A presença silenciosa e ativa da psicoterapeuta vem ao encontro de um apelo que Winnicott (2019) faz “para que todos os terapeutas permitam que o paciente desenvolva a capacidade de brincar, ou seja, de ser criativo no trabalho analítico. A criatividade do paciente pode ser roubada com muita facilidade por um terapeuta que sabe demais.” (p. 97).

Bruno transforma o pedaço de argila em um menino que, em sua imaginação, mora com os pais. Bruno pensa em levá-lo para casa, mas ele mesmo reconhece que o boneco ainda não está pronto, necessita de cuidado, de tempo para secar, e o deixa ali, coberto.

A pessoa que tentamos ajudar precisa de uma nova experiência em um *setting* especializado. Essa experiência é a busca de um estado sem propósito, uma espécie de “ponto morto” da personalidade não integrada. Chamei isso de amorfia na descrição de um caso. (Winnicott, 2019, p. 94)

Bruno vivencia o que Winnicott (2019) chama de experiência da amorfia – “o estado do material antes de ser moldado, cortado e montado.” (p. 64). Bruno parte de um material bruto e, por meio de sua relação e uso desse material, realiza um boneco/menino e realiza-se. “Isso serve de indicação para nosso procedimento terapêutico – propiciar a oportunidade de experiências amorfas, impulsos criativos, motores e sensoriais, que constituem a matéria-prima do brincar.” (p. 107).

Bruno é o boneco e o boneco é Bruno

O estabelecimento de uma relação entre Bruno e o boneco começa a partir de dar vida e colorido a ele. Escolher detalhes do rosto, cuidar da roupa e olhar com atenção para o boneco, de certa forma, dão integridade a Bruno. Ao verbalizar recordações da época em que mora

com os pais, Bruno integra experiências e sentimentos passados, como o colo da mãe e a saudade que sente dele e dela. “Em outras palavras, em condições especiais de psicoterapia, a criança é capaz de se lembrar, em termos do material produzido no brincar, nos sonhos ou no falar, das características essenciais da privação original.” (Winnicott, 1967/1996, p. 72).

Bruno cochicha segredos e sentimentos, ao mesmo tempo que elabora suas questões de perda e abandono, enumerando elementos da realidade compartilhada para o boneco. Bruno transita de seu mundo interno para o mundo externo da realidade compartilhada, no espaço entre, no espaço potencial de criatividade e jogo, propiciado pelo *setting* psicoterapêutico. A psicoterapeuta oferece, pelo manejo, a possibilidade de ele ocupar o espaço transicional e Bruno ocupa e cria, nesse espaço, o boneco e a si mesmo. Bruno confere ao boneco uma identidade legal, confirmada pela psicoterapeuta. Bruno pede segurança e exclusividade - ninguém mexe com ele - e ele ganha um espaço para ser/ter um boneco/menino.

Bruno encontra a poltrona, encontra para ele e para o boneco um lugar de onde existir. O boneco nasce pelas mãos de Bruno, que o cria e o acolhe. Bruno renasce por meio das condições ambientais fornecidas a ele pela psicoterapeuta e por meio dos próprios movimentos em sua experimentação na poltrona/ no colo.

Bruno fora do *setting* psicoterapêutico provoca as pessoas, “provoca reações ambientais totais, como se buscasse um sistema cada vez mais amplo, um círculo que teria tido como seu primeiro exemplo os braços ou o corpo da mãe.” (Winnicott, 1956/1993, p. 505)

Bruno, no espaço potencial, resgata e reencontra o colo de sua mãe. “Experientiamos a vida na área dos fenômenos transicionais, em que a subjetividade e a observação objetiva se entrelaçam, e na área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo, que é externo aos indivíduos.” (Winnicott, 2019, p. 107).

Bruno faz um gesto em direção ao ambiente/à psicoterapeuta – neste momento sem o boneco - e propõe um *Jogo de soletrar palavras*. As palavras usadas por Bruno revelam aspectos de sua experiência de vida. O modo como Bruno e a psicoterapeuta jogam assemelha-se, de certa forma, ao *Jogo do rabisco* proposto por Winnicott (1984).

O jogo dos rabiscos é simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança. O que acontece no jogo e em toda entrevista depende da utilização feita da experiência da criança, incluindo o material que se apresenta. Para se utilizar a experiência mútua, deve-se ter em conta a teoria do desenvolvimento emocional da criança e o relacionamento desta com os fatores ambientais. (p. 11).

Bruno sente confiança e faz novo gesto em direção ao ambiente, propõe soletrar uma palavra para a psicoterapeuta verbalizar qual é. Em seguida, a psicoterapeuta - baseada no *Jogo do rabisco* – escolhe uma palavra que complementa a palavra de Bruno e a soletra. Bruno escolhe outra palavra que, de certa forma, completa a palavra da psicoterapeuta e assim por diante.

No *Jogo do rabisco*, Winnicott (1984) solicita que a criança desenhe da seguinte forma: “Fecharei os olhos e farei um risco a esmo no papel; você o transformará em alguma coisa e depois será sua vez e você fará o mesmo e eu transformarei seu traço em alguma coisa.” (p. 20). As figuras que surgem por meio do jogo comunicam o sofrimento da criança e permitem que Winnicott converse a respeito dele e dos sentimentos envolvidos na situação.

Pode-se afirmar que Bruno vive uma experiência completa com o boneco, desde o momento em que vê a argila no armário, o momento em que a pega para brincar e moldar algo, até o momento de sua despedida, em que deixa o boneco sentado na poltrona, finalizando um ciclo de experiências com ele. No texto “A observação de bebês em uma situação estabelecida”, Winnicott (1941/1993) usa o método da observação, descreve o que chama de experiência completa e indica “até que ponto ela pode ser usada como um instrumento de pesquisa.” (p. 139).

A situação estabelecida consiste em receber a mãe e seu bebê para consulta - a mãe senta-se à frente de Winnicott com o bebê no colo - e ele coloca entre eles, em cima da mesa, um objeto de metal brilhante, uma espátula de examinar garganta. Winnicott solicita à mãe para deixar o bebê à vontade, sem interferir em seu comportamento, “deverá haver um período de tempo no qual eu e ela contribuiremos o menos possível para a situação, de forma que o que acontece possa ser creditado à criança.” (Winnicott, 1941/1993, p. 140).

Winnicott descreve, na opinião dele, uma sequência normal de eventos que acontecem nessa situação e que é composta de três momentos que podem ser vivenciados pelo bebê: o primeiro é o momento

de hesitação, em que o bebê vive o dilema de pegar ou não a espátula; o segundo é o gesto de pegar a espátula, levá-la à boca e brincar com ela; o terceiro é o ato de jogar a espátula ao chão e brincar com ela, até cansar-se e despedir-se dela.

A experiência de ousar querer e pegar a espátula, tomar posse dela, sem na verdade alterar a estabilidade do meio ambiente imediato, age como uma espécie de lição de objeto que tem um valor terapêutico para a criança. Não apenas na idade considerada como também através de toda a infância, uma tal experiência não tem um poder apenas temporário de renovar a confiança: o efeito acumulativo de experiências felizes e de uma atmosfera estável e amistosa à volta de uma criança é o desenvolvimento de sua confiança nas pessoas e no mundo externo e de seu sentimento geral de segurança. A crença da criança nas coisas e nos relacionamentos bons dentro de si mesma é também fortalecida. (Winnicott, 1941/1993, p. 158).

Bruno, ao sentar-se na poltrona sem o boneco, apropria-se de sua vida e acredita nela, tem consciência de quem está sendo, a partir da realidade que se apresenta a ele. Bruno já pode ser ele mesmo e isso o realiza. Ele tem diante de si a realidade que se apresenta a ele e a que ele pode, ao mesmo tempo, criar – mas ela já existe -: encontros possíveis com os pais nas férias, a tia legal, o quarto sonhado, os amigos que compartilham com ele o gosto por jogar bola, e muita coisa ainda por ser criada e por vir.

Bruno encontra a si mesmo e transita, por meio do espaço potencial, do colo de sua subjetividade à realidade externa compartilhada, sem perder a sua espontaneidade e sem precisar extrapolar a dose de incômodo ao ambiente.

O ambiente escolar

A escola vê-se diante de um problema com Bruno, não tem condições de resolver ou de pensar procedimentos que não sejam os de punição ou de cobrança de um comportamento adequado. Solicita à tia que procure um acompanhamento psicoterapêutico.

Um primeiro contato é feito com a escola, que conta como é Bruno na relação com colegas, professores e coordenação. A psicoterapeuta conversa a respeito da leitura que Winnicott faz da tendência antissocial com algumas pessoas da equipe escolar e ilustra o que diz com alguns exemplos, entre eles o que é relatado a seguir:

Darei um exemplo, o do menino que estava roubando na escola. O diretor, ao invés de puni-lo, reconheceu que ele estava doente e recomendou uma consulta psiquiátrica. Esse menino de nove anos de idade estava às voltas com uma privação que era parte de uma idade anterior

...

Se tivesse sido espancado, ou se o diretor lhe tivesse dito que ele deveria se sentir malvado, ele teria se endurecido e organizado uma identificação mais completa com o feiticeiro; tornar-se-ia incontrolável e arrogante e eventualmente uma pessoa anti-social. (Winnicott, 1958/1983, p. 30).

As pessoas se surpreendem com o modo como Winnicott aborda a questão da tendência antissocial, mas na escola há espaço para a aprendizagem e para a discussão. A equipe da escola se sensibiliza com a história de Bruno e firma um compromisso, o de compreender o momento que ele vive, com tantas mudanças. Os professores comprometem-se a conversar mais com ele e a buscar alternativas, juntos, para lidar com as inadequações dele, sem advertências ou punições.

A escola é um ambiente que pode facilitar ou dificultar o desenvolvimento emocional dos alunos. Práticas muito dirigidas e sem oportunidades de expressão livre levam à submissão, que é o oposto da criatividade que se quer ver nas crianças. Em situações como essa, é fundamental a parceria com a escola.

Concluindo?

O momento atual é de reflexão, a sociedade sofre as consequências da pandemia da Covid 19, em que uma ruptura da estabilidade de ser é imposta a todos, da noite para o dia, pois corre-se o risco de morrer. Muitas são as perdas – perda de pessoas conhecidas e desconhecidas, perda da convivência social, perda do espaço e dos colegas da escola ou do trabalho, entre tantas outras perdas. O mundo sofre de privação.

Bruno é atendido muito antes do pesadelo da pandemia, mas os problemas anteriores a ela continuam a existir e demandam novos estudos, olhares e escutas diferenciados, para que sejam oportunidade de prevenção e promoção de saúde mental.

Será que uma teoria como a de Winnicott pode auxiliar na compreensão e na discussão de que tipo de sociedade está se construindo para hoje? E para o futuro?

Sozinha não pode – é como o bebê de Winnicott, não existe sozinho -, é preciso cuidar das pessoas por meio de manejo, interpretação e tudo o que a teoria de Winnicott fundamenta. É preciso uma provisão ambiental articulada a outras áreas do conhecimento, em particular com a cultura, para que um projeto de vida saudável, em sociedade, possa se efetivar como um todo.

A relação do ser humano com outros seres humanos e com o mundo é dinâmica e é fundamental que se considere a provisão ambiental suficientemente boa como responsável por facilitar ou impedir condições de desenvolvimento emocional ao longo do tempo. Winnicott reconhece a complexidade de seu pensamento e de sua clínica e faz uma observação:

Mas não gostaria de dar a impressão de que acredito que refletir o que o paciente traz seja uma tarefa fácil. Não é fácil e é emocionalmente exaustivo. Entretanto, também temos nossas recompensas. Mesmo que nossos pacientes não fiquem curados, eles nos são gratos por vê-los como realmente são, e isso nos traz uma satisfação profunda. (Winnicott, 2019, p. 187).

“Vê-los como realmente são”, ver-se como se é, realmente é um desafio e um amadurecimento, e isso não é pouca coisa. Na atualidade tem-se mais complexidade ainda: um eu virtual em um espaço virtual que se soma ao si mesmo? É preciso avançar nessas pesquisas, mas continua valendo que após o nascimento o ser humano vive o estágio de dependência absoluta e, com o cuidado apropriado - da mãe ou pessoa substituta -, chega ao estágio de dependência relativa. Atingido este, o ser humano continua rumo ao estágio de independência relativa e às relações de interdependência - é importante que mais pessoas dentro de uma sociedade atinjam o estágio da independência relativa. O que mais se encontra na sociedade são pessoas imaturas. “Quando pessoas saudáveis se agrupam, cada uma delas contribui com um mundo completo, pois cada uma delas traz uma pessoa completa.” (Winnicott, 1950/1996, p.193).

O desenvolvimento emocional do ser humano ao contar com um ambiente suficientemente bom e após muitas experiências de vida, chega à adolescência e revive questões já conhecidas, ao lado de outras desafiadoras. É preciso contar com a ajuda do ambiente para atravessar a complexa fase da adolescência, cada vez mais com questões inéditas.

Se tudo corre bem, ao chegar à fase adulta e viver em sociedade, o ser humano encontra meios de manter suas escolhas pessoais, sem prejudicar a vida na comunidade. É capaz de lidar com a realidade de forma madura, ao mesmo tempo que preserva sua identidade pessoal.

Ao chegar à velhice o ser humano pode despedir-se da vida e morrer, realizando o último ato criativo do self/si mesmo. Winnicott tem uma linda mensagem para esse momento tão misterioso da vida, por meio de sua famosa frase: “Oh, Deus! Possa eu estar vivo quando morrer.” (C. Winnicott, 1994, p. 3).

Transformar experiências vividas em narrativa permite que o profissional se distancie da história para problematizar e repensar sua prática e desafios decorrentes. Ao escrever uma história clínica tem-se como propósito pensar a respeito dela e pensar-se enquanto psicoterapeuta.

A abertura a questionamentos é um dever, para que a teoria de Winnicott mostre a sua força vital nos dias de hoje e na sociedade brasileira, mesmo tendo sido escrita entre as décadas de 1930 a 1971 e de ter origem na sociedade inglesa.

Winnicott (2019), por meio de sua generosidade e inteligência, comunica às pessoas a descoberta de que a vida vale a pena de ser vivida, e que ela é terapêutica. “Todos nós esperamos que nossos pacientes terminem o trabalho conosco e nos esqueçam e que descubram que a vida em si mesma é a terapia que faz sentido.” (p. 143).

Winnicott valoriza a vida e ilustra isso em sua clássica pergunta “vale a pena viver”? Às vezes acha-se que sim, outras vezes acha-se que não e seguimos vivendo para descobrir se vale a pena viver e sobre o que a vida é, na companhia dos escritos de Winnicott (2019) e de sua presença viva neles:

... sobre o que é a vida. É possível curar um paciente e, ainda assim, não saber o que o leva a continuar vivendo. Para nós, é fundamental reconhecer abertamente que a ausência de uma doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida. (p. 161).

Pensar e repensar a vida, a importância de vivê-la com colorido e saúde, mesmo que existam alguns sintomas. Fazer a pergunta é mais importante do que respondê-la. “O que é a vida? Não preciso saber a resposta, mas podemos chegar a um acordo: ela está mais próxima do SER do que do sexo.” (Winnicott, 1967/1996, p. 27).

Ler relatos de experiências clínicas enriquece a formação profissional. Aprende-se a refletir com a experiência do outro, que aponta caminhos alternativos, revela ações ainda não pensadas e pode ajudar a despertar a criatividade e a espontaneidade já adormecidas por alguma rigidez teórica.

A teoria de Winnicott é apresentada e é usada para dialogar com a compreensão das ações e realizações de Bruno no *setting* psicoterapêutico. A privação sofrida é ressignificada e Bruno retoma seu processo de desenvolvimento emocional.

Vale a pena viver.

Referências

Khan, M. M. R. (1993). Prefácio por M. Masud R. Khan. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (4a ed., pp. 7-61, J. Russo Trad.). Francisco Alves.

Winnicott, C. (1994). D. W. W.: uma reflexão. In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davi (Orgs.). *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (pp. 1-13, J. O. A. Abreu Trad.). Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1982). Que entendemos por uma criança normal? *A criança e o seu mundo*. (6a ed., cap. 19, pp. 140-147, A. Cabral Trad.). Guanabara Koogan.

Winnicott, D. W. (1982). Mais ideias sobre os bebês como pessoas. *A criança e o seu mundo* (6a ed., cap. 13, pp. 95-103, A. Cabral Trad.). Guanabara Koogan.

Winnicott, D. W. (1983). A capacidade para estar só. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (cap. 2, pp.31- 37, I. C. S. Ortiz Trad.). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958)

Winnicott, D. W. (1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (cap. 12, pp. 128-139, I. C. S. Ortiz Trad.). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960)

Winnicott, D. W. (1984). Introdução. In *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. (pp. 9-19, J. M. X. Cunha Trad.). Imago.

Winnicott, D. W. (1984). Paciente I “Iiro” aos 9 anos e 9 meses. In *Con-*

sultas terapêuticas em psiquiatria infantil. (pp. 20-36, J. M. X. Cunha Trad.). Imago.

Winnicott, D. W. (1990). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Natureza humana.* (pp. 119-135, D. Bogomoletz Trad.). Imago.

Winnicott, D. W. (1993). A observação de bebês em uma situação estabelecida. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.* (4a ed., cap. 4, pp. 139-164, J. Russo Trad.). Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1941)

Winnicott, D. W. (1993). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.* (4a ed., cap. 12, pp. 269-285, J. Russo Trad.). Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945)

Winnicott, D. W. (1993). Preocupação materna primária. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.* (4a ed., cap. 24, pp. 491-498, J. Russo Trad.). Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956)

Winnicott, D. W. (1993). A tendência anti-social. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.* (4a ed., cap. 25, pp. 499-511, J. Russo Trad.). Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956)

Winnicott, D. W. (1994a). A amamentação como forma de comunicação. In *Os bebês e suas mães.* (Cap. 3, pp. 19-27, J. L. Camargo Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968)

Winnicott, D.W. (1994b). Sobre as bases para o self no corpo. In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Orgs.). *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott.* (cap.37, pp. 203-218, J. O. A. Abreu Trad.). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1970)

Winnicott, D. W. (1996). O conceito de indivíduo saudável. In *Tudo começa em casa.* (2a ed., pp. 17-30, P. Sandler Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967)

Winnicott, D. W. (1996). A delinquência como sinal de esperança. In *Tudo começa em casa.* (2a ed., pp. 71-78, P. Sandler Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967)

Winnicott, D. W. (1996). Algumas reflexões sobre o significado da palavra “democracia”. In *Tudo começa em casa.* (2a ed., pp. 188-204, P. Sandler Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1950)

Winnicott, D. W. (2019). Sonho, fantasia e vida: caso clínico que des-

creve uma dissociação primária. In *O brincar e a realidade*. (cap. 2, pp. 52-68, B. Longhi Trad.). Ubu Editora.

Winnicott, D. W. (2019). O brincar: proposição teórica. In *O brincar e a realidade*. (cap. 3, pp. 69-90, B. Longhi Trad.). Ubu Editora.

Winnicott, D. W. (2019). O brincar: atividade criativa e a busca do self. In *O brincar e a realidade*. (cap. 4, pp. 91-107, B. Longhi Trad.). Ubu Editora.

Winnicott, D. W. (2019). O uso de um objeto e a relação por meio de identificações. In *O brincar e a realidade*. (cap. 6, pp. 141-153, B. Longhi Trad.). Ubu Editora.

Winnicott, D. W. (2019). A localização da experiência cultural. In *O brincar e a realidade*. (cap. 7, pp. 154-166, B. Longhi Trad.). Ubu Editora.

Winnicott, D. W. (2019). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In *O brincar e a realidade*. (cap. 9, pp. 177-188, B. Longhi Trad.). Ubu Editora.

A contratransferência no fio da navalha

Carolina Oliveira de Souza

Grupo de Estudos Encontro com Winnicott

Lia Dauber

Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul (SPRGS)

Introdução

No processo de psicoterapia psicanalítica, as crianças brincam, desenham e trazem à tona seus conflitos, ansiedades e fantasias, material suscetível de interpretações e que dão acesso a sexualidade infantil e a agressividade. É em torno destas fantasias que se instaura a relação transferencial-contratransferencial entre criança e psicoterapeuta.

Winnicott (1896-1971), como pediatra e psicanalista, descreve o desenvolvimento emocional primitivo, salientando que o bebê, a par da tendência inata para a integração, só pode existir a partir da sustentação ambiental - mãe-ambiente - ou seja, que o ambiente deve adaptar-se às necessidades instintivas e relacionais e que a constituição da subjetividade e sentido de ser, irão se dar à medida em que o bebê possa dar sentido “... aos acontecimentos corporais, fantasias, desejar, criar e encontrar a si mesmo e ao outro” (Fulgencio, 2016, p. 38), desenvolvendo a elaboração imaginativa, para dar sentido ao mundo e a si mesmo, instituindo a possibilidade do verdadeiro *self*.

Mesmo trazendo a compreensão do desenvolvimento a partir de uma noção de saúde, daqueles que foram bem cuidados e conseguiram um grau de integração do *self* que permite sentir-se real e adaptar-se com seu estar no mundo, Winnicott (1960) não poderia deixar de pensar sobre o que acontece quando o ambiente falha, de modo que ultrapassa a capacidade de tolerância da criança, ainda imatura.

Enfatiza os casos em que o ambiente falhou no estágio de dependência absoluta, em suas funções essenciais, levando à organização de defesas primitivas, impedindo o desenvolvimento da personalidade e estabelecimento do *self* (psicoses) e aqueles que, possuindo uma certa organização psíquica, foram apresentados a um ambiente não suficien-

temente bom, tendo reagido mal às intrusões. Estes buscam, para adaptar-se, um falso *self*, o que pode classificar-se como organizações do tipo *borderline* (Winnicott, 1960).

Refere Fulgencio (2016) que Winnicott teve experiências com pacientes que manifestavam problemas relacionados ao fato de não se sentirem reais, tendo uma enorme dificuldade em confiar, de não julgarem que a vida valeria pena ser vivida e sem esperanças de encontrar algo, ou alguém, que pudesse entendê-los ou servir para eles. Enfatizava que esses conflitos ligados a perda da continuidade do *self*, são aspectos que seriam levados para a transferência.

Atualmente nos deparamos, cada vez menos pacientes que conseguimos genuinamente classificar no quadro das estruturas neuróticas. Além da falta dos limites, recebemos muitos casos em que a depressão toma conta com a perda de sentido da vida, trazendo à tona a sensação de irrealidade, vazio, crise de identidade.

Crianças com indicadores de organização de personalidade *borderline* são, infelizmente, cada vez mais frequentes em nossos consultórios, demandando um maior conhecimento das características e do manejo clínico, principalmente na relação contratransferencial, objeto de nosso trabalho.

Borderline

O conceito de personalidade compreende o resultado de variáveis neurobiológicas inatas (temperamento), com experiências psicossociais precoces (estressores ambientais), que contribuem para o caráter do indivíduo (relações de objeto internas). Sendo assim, a combinação de fatores biológicos e ambientais constitui a personalidade do indivíduo: seu jeito de ser, experimentar e reagir diante de si e do mundo, de forma relativamente estável e duradoura (Schestatsky, 2015).

Tendo isso como indicador, são as características básicas da personalidade *borderline*, segundo a APA/DSM-5 (2013/2023, citado por Eizirik e cols, 2015, p. 610): “padrão geral de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, nas manifestações afetivas e na própria autoimagem, associado a acentuada impulsividade, cujo início pode estar presente desde a infância e a adolescência”.

Além disso, para o DSM-5 (2013/2023), cita os critérios diagnósticos da personalidade *borderline* exige que, pelo menos, cinco características/sintomas estejam presentes:

- Esforço frenéticos para evitar abandonos reais ou imaginários;
- Padrão instável e intenso de relacionamentos interpessoais, alternando extremos de idealizações e desvalorização;
- Distúrbio de identidade: autoimagem e percepção de si mesmo persistentemente instável;
- Impulsividade em áreas da vida potencialmente autodestrutivas;
- Comportamentos suicidas ou automutilações recorrentes;
- Instabilidade afetiva decorrente de acentuada reatividade do humor: intensos episódios de irritabilidade ou ansiedade;
- Sentimentos crônicos de vazio;
- Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlar a raiva;
- Ideação paranoide ou graves sintomas dissociativos transitórios.

Manejo clínico

O objetivo da psicoterapia psicodinâmica com um paciente com indicadores de organização de personalidade *borderline* é propiciar o desenvolvimento de padrões inconscientes de funcionamento mais acessíveis, aumentar a tolerância com seus afetos, construir a capacidade para adiar ações impulsivas, acrescentar o *insight* nas interações interpessoais e desenvolver a função reflexiva da mente, permitindo que identifique melhor seus próprios estados mentais e os dos outros, ao seu redor.

O foco não é corrigir introjeções precoces, mas auxiliar a criar introjeções positivas que não puderam ser feitas, devido ao fracasso do ambiente em provê-las. Se faz necessário que, nesse processo, o psicoterapeuta possa estabelecer uma aliança terapêutica através do exercício das funções de *holding*, validando empaticamente as carências do paciente, de forma que novas capacidades se estruturam pela introjeção de objetos bons e tranquilizadores inexistentes anteriormente. Assim, aspectos cindidos se integram e o paciente passa a utilizar defesas mais amadurecidas (Schestatsky, 2015).

O *setting*, nesse tipo de paciente, recomenda Schestatstky (2015), deve ser estável e estruturado, com uma maior atividade do psicoterapeuta, onde seja capaz de tolerar as transferências negativas, transformando os comportamentos autodestrutivos e não gratificantes,

colocando limite para as atuações, estabelecendo conexões entre as ações e os sentimentos do paciente com as situações do presente, com foco nas intervenções no aqui e agora. A par disto, estar atento e ser cuidadoso quanto à contratransferência, aos significados das próprias emoções durante a interação e após a sessão com o paciente.

Resumindo, o objetivo de todo esse processo é levar o paciente à autonomia para cuidar de sua vida, ou seja, trabalhar com o paciente, para que este se torne apto para enfrentar suas dificuldades e alegrias, encontrando a sustentação ambiental para retomar seu processo de amadurecimento (Fulgencio, 2016).

Transferência/contratransferência

A transferência, inicialmente, abordada pela primeira vez por Freud, em 1895, no texto “Estudos sobre a histeria” se constituiu, inicialmente, em uma dificuldade para o processo psicoterapêutico, porque uma série de fantasias e sentimentos do paciente eram revividos e invadiam o processo. Após, ele percebeu que o surgimento destes aspectos, chamados de transferências, ao invés de constituírem um problema eram, na verdade, uma ferramenta fundamental no processo psicoterápico. O mesmo trajeto aconteceu com a contratransferência, já que revelava pontos cegos e dificuldades do psicoterapeuta, transformou-se em um instrumento essencial para a prática clínica.

O encontro entre psicoterapeuta e paciente passou a ser observado e estudado como uma relação que produz impacto emocional mútuo, onde ocorrem trocas de informações, sendo comunicações de modo verbal e não verbal, conscientes ou inconscientes que demonstram o funcionamento mental do paciente e eventualmente, do psicoterapeuta, sendo a contratransferência, ferramenta primordial na relação paciente-psicoterapeuta (Zaslavsky, 2006).

Aponta Zaslavsky (2006) que a contratransferência permite que o psicoterapeuta escute, por meio dos seus sentimentos, não só o que o paciente verbaliza, mas também o que ele não diz no plano do consciente. Além disso, o psicoterapeuta passa a ser um observador que agora é um participante, tornando-se parte de uma dupla, um par analítico, que, apesar de sua neutralidade, intervém como parte integrante do processo.

Os fenômenos transferência e contratransferência, com crianças e adolescentes, são semelhantes aos dos adultos: uma repetição de

necessidades e desejos que não foram compreendidos e satisfeitos no passado. A criança tem um passado a transferir e o que transfere para o psicoterapeuta são as vivências precoces dos pais internalizados, que se configuram nos (não)cuidados por seus pais, no dia a dia (Stürmer, 2009).

O processo psicoterápico com os pacientes *borderline* envolve a criação de um vínculo terapêutico de confiança. Esta é uma condição fundamental e, ao mesmo tempo, a mais difícil de ser alcançada. Trata-se de indivíduos que desenvolveram muita desconfiança em relação ao ambiente e, geralmente, é necessário muito tempo para que o psicoterapeuta “passe nas provas”. A regressão aos acontecimentos traumáticos dos estágios de dependência e a revivência transferencial dos mesmos de forma reparadora constitui, para Winnicott, a grande ferramenta terapêutica (Hegenberg, 2013; Naffah, 2007).

Gabbard (2016) descreve a transferência em pacientes *borderline*, sob o olhar de alguns autores: Stern (1948) fala que a transferência do *borderline* tem aspectos infantis, pré-edípicos, como se se tratasse de uma criança traumatizada (justamente como Eduarda, a paciente em questão, se apresentava). Frente a isso, o autor propõe ao psicoterapeuta evitar situações intensas de angústia, sugerindo o atendimento frente a frente, sem o uso do divã, também mais comum em atendimento de crianças.

Winnicott (1960/2022) ao pensar sobre contratransferência, diz que o psicoterapeuta precisa estar consciente do possível ódio que sentirá do paciente. Este, desse modo, sentirá que pode ser amado quando souber que pode ser odiado. Sendo assim, é recomendado ao psicoterapeuta manter contato com seus próprios conteúdos, já que o processo psicoterápico com pacientes *borderline* pode gerar sentimentos intensos que precisam ser cuidados.

Gabbard (2016) continua: Stern (1945), recomenda uma postura mais ativa, pois o silêncio do psicoterapeuta é doloroso. Luz (2009), enfatiza a necessidade de o psicoterapeuta suportar e sentir a dor do paciente e não apenas compreendê-la, para que, assim, este consiga suportar as interpretações.

Zaslavsky (2016) traz as ideias de Rosenfeld (1987), que diz que a identificação projetiva ocorre maciçamente com o *borderline* e gera um estado fusionado com o psicoterapeuta, o que pode refletir um desejo de simbiose. Além disso, o vínculo constituído pela identificação

projetiva gera um estado no qual o paciente se sente perseguido pelo psicoterapeuta, uma vez que ele projeta no mesmo os ataques que realiza à sua parte libidinal. Não obstante, a identificação projetiva é uma forma de estabelecer comunicação entre paciente e psicoterapeuta, caso ele consiga ser continente ao que lhe é projetado.

Bion (1959 como citado em Zaslavsky, 2016), fala sobre ataques à capacidade de pensar do analista, por meio de atuações, atos delinquentes e ameaças de suicídio, mas para este autor, esses ataques são fundamentados na inveja sentida pelo paciente pela capacidade do psicoterapeuta de suportar os conteúdos do paciente comunicados via identificação projetiva, aspecto a ser identificado e elaborado pela contratransferência, para poder ser trabalhado com o paciente, de forma continente.

Eduarda

Passamos, agora a contar sobre Eduarda, 11 anos de idade. Os pais procuraram auxílio em razão de sua submissão à sua melhor amiga, a quem eles caracterizavam como uma menina autoritária, que sempre ditava as regras da convivência e comandava tudo de forma manipuladora. Além disso, constantes cicatrizes “apareciam” no corpo de Eduarda, causadas por riscos de lapiseira na pele, cutucões na cutícula com agulhas, casquinhas de machucados que eram retiradas.

Através dos relatos, Eduarda demonstrava, inicialmente, o que se configurava uma organização de personalidade falso-*self*, com um sentido precário de identidade e necessidade de agradar e se submeter aos objetos, como defesa contra a separação e o abandono.

A formação do falso *self*, segundo Winnicott (1960/2022), ocorre quando o bebê tem de interromper a sua continuidade-de-ser, para reagir a uma mãe insuficientemente boa, ou seja, incapaz de garantir que as suas necessidades básicas sejam atendidas nas formas e tempos conformes à sua singularidade. Trata-se de uma defesa para o verdadeiro *self* ser protegido desse ambiente, devido ao caráter caótico, inesperado, e ameaçador do mesmo.

Com o seguimento do processo psicoterápico de Eduarda foi preciso uma reestruturação do *setting* habitual, pois foi se configurando uma criança com indicadores de organização de personalidade *border-line*. Exigiu o aumento da atividade do psicoterapeuta, estabelecimento

de limites, intervenções de apoio, uso de fármacos com prescrição de uma psiquiatra e encontro frequentes com os pais.

Hegenberg (2013) observou que o apoio que o *borderline* precisa não é uma empreitada simples, exige reflexão e sutilezas ao longo do processo psicoterápico. Inicialmente, esse apoio ocorre através do acolhimento visando uma regressão, com o psicoterapeuta no lugar do objeto-subjetivo, reconhecendo a incapacidade do paciente de escutar as interpretações, sendo necessário oferecer o *holding*.

No início, Eduarda, com frequência, dizia que não sabia o motivo de estar ali. Ficava em silêncio. Sua recusa em falar, ressaltava a importância da comunicação silenciosa, que contra-transferencialmente, o psicoterapeuta deve suportar e aguardar até que o retraimento, denunciado pelo silêncio, possa arrefecer, através do estabelecimento de um vínculo de confiança.

A falha na comunicação mãe-bebê ocasiona uma “não comunicação reativa”, o que é patológico, pois deriva de um ambiente vivido como não confiável e seguro. Quando há experiências de falhas ou invasões ambientais é preciso criar uma estrutura defensiva, um falso *self*, protegendo-se pelo retraimento ou regressão. “Quando o relacionamento submisso é tudo o que a criança pode vivenciar devido as falhas do cuidado, os impulsos, a espontaneidade e os sentimentos que parecem reais ficam confinados no interior ... incomunicáveis” (Gomes, 2017, p. 150).

Durante muito tempo, a recusa de Eduarda em falar com a psicoterapeuta era uma indicação da necessidade de construir uma relação transferencial que lhe permitisse passar da dissociação ao conflito, da encenação à elaboração. Além disso, o *borderline* tem receio de ser invadido pelas ideias do outro e de não ter chance de ser ele mesmo. Perante um *self* ainda não constituído, a invasão que o outro pode lhe fazer pode ser vivida, dramaticamente, como uma impossibilidade de se constituir com sua própria identidade. Para Eduarda, era insuportável, como revelam seus sintomas, a invasão em sua frágil constituição, ainda em construção, o que ameaça até a própria defesa falso *self*.

Para a psicoterapeuta, ver-se excluída, sem poder ser ouvida ou ouvir da forma como se pensa no tratamento com neuróticos, traz sentimentos contratransferenciais muito difíceis de serem entendidos e enfrentados. Foi preciso paciência, marcando a presença e atenção corporal, por longa fase de acolhimento, sendo o fazer-se presente, apto,

atento, disponível, vivo, muito mais importante do que as palavras, naqueles momentos.

Eduarda, após 6 meses de psicoterapia, diz que aceita auxílio e que confia no psicoterapeuta: *Tem coisas que eu acho que não dá para você ajudar uma pessoa. Tipo, se a pessoa for toda estragada... se ela for muito, muito, muito estragada, desde que saiu da barriga da mãe, acho que não dá.* Ela oculta sua necessidade de ajuda, já justificando que não tem como ser ajudada, mas vai submetendo, a terapeuta, a um elaborado conjunto de testes, na busca de saber se ela será capaz de compreendê-la e de confiança. Aos poucos, e só então, descobrindo que é capaz de confiar, revela seu estado doloroso, o estado “estragado”.

Após este momento, se estabelece a verdadeira aliança terapêutica e uma relação transferencial que permite maior confiança com a psicoterapeuta. O foco muda, do meio externo e do comportamento, para a expressão de afetos e sentimentos internos da paciente, já que um ambiente terapêutico de confiança abriu caminho para regressões aos estágios de dependência, por meio da transferência, como nos confirma Naffah Neto (2007).

É calculado a dimensão do vazio afetivo vivenciado por ela: os pais também revelam, com o tempo, características *borderline*, em graus variados. A mãe muito eficiente profissionalmente, mas pouco afetiva, agressiva, dominante, exigente e controladora, com enorme dificuldade em olhar e se vincular com a filha. O pai, um homem passivo, com *hobbies* agressivos e muito dependente de sua esposa.

O *borderline* vive em um ambiente traumático, onde não há, necessariamente, a ocorrência de um grande trauma, mas há, sim, eventos constantes que fazem com que a criança passe a experimentar situações e conflitos cotidianos como se fossem traumáticos (Hegenberg, 2013).

No caso de Eduarda, as falhas parentais ocorreram em não compreender as necessidades da criança, que cresce sem segurança interna, em situação de desamparo. A relação com a mãe alude à dificuldade na construção da existência psíquica (*minha mãe desistiu de mim... estragada desde a barriga...*) que propiciaria a confiabilidade para instituir a individuação e separação. Configura-se uma relação simbiótica, um excesso invasivo da mãe, numa relação corporal mal diferenciada que não permitiu a construção de bordas, limites, debilitando a identificação e construção de uma identidade feminina. A relação com a mãe agressiva e não continente, ao invés de afastar, faz com que haja “uma

cola” ainda maior, na esperança de que possa, quem sabe, estabelecer a individualização e se constituir como sujeito (Costa, 1995).

Por sua vez, o pai teve dificuldades em exercer sua função, com seu modo de ser passivo-agressivo, não soube fazer o corte da simbiose mãe-filha. Não sustentando a saída da dependência absoluta, nem emprestando sua força para suportar as frustrações do período da transicionalidade, deixou Eduarda sujeita a um ego frágil e masoquista e a um superego sádico.

Nestas circunstâncias, a sensação de morte em vida traz vivências terríficas de desintegração e aniquilamento, que foram vivenciadas, mas não experienciadas: a vivência de um colapso (Gomes, 2017).

Na adolescência, fase em que logo Eduarda estará adentrando, fica muito difícil fazer a simbolização de si, do outro, da realidade, reconhecendo a si própria, já que vem carregando tamanha fragilidade e desestruturação. Além disso, o modelo de comunicação familiar parece negar os pedidos de ajuda que ela expressa, não através de palavras, mas de seus atos, o que cria uma espiral crescente de *acting-outs* cada vez mais perigosos: *Naquele dia eu estava meio desesperada, eu fiz de tudo e não fez efeito. Fiz todo o tipo de automutilação. Primeiro me bati, porque não fica cicatriz e tenho me preocupado com isso. Me cortei na barriga, porque ninguém vê e depois na boca, aí fiquei brincando (com o sangue).*

Ela continua: *Escorre (o sangue) e fico desenhando... Na boca também sai muito. Na boca é o melhor lugar, prá você cortar ... fica escorrendo e sara rápido depois. É o mais de boa, porque não dói tanto.*

Além disso, recorda como era alguns meses atrás: *Parei de vomitar todos os dias, parei mesmo, porque a garganta dói, eu não gosto. Parei de verdade, essa fase passou.*

Relata também: *Com uns 10 anos, eu pedia muito para ter câncer, em um nível absurdo. Eu chorava para ficar doente e nunca ficava. Acho que toda criança já rezou para ficar doente. Não deve ser raro. É normal...*

Nesta fase de sintomas com alto grau de desintegração do *self*, a terapeuta percebe-se aflita. Teme que, a qualquer momento, um episódio de desestruturação psicótica possa ocorrer, colocando Eduarda em risco de vida. O momento impulsivo é, geralmente, detonado quando Eduarda se sente sozinha, ou incompreendida, gerando explosões de raiva que podem ter consequências sérias, conforme o manejo dos circunstâncias.

Na contratransferência, surgem sentimentos e sensações físicas viscerais, difíceis de serem suportadas, pois são da ordem do primitivo e da pulsão de morte. Sentimentos de medo, de horror, de aflição quando relata a forma como se cortava, o prazer em ver o sangue escorrer, a vontade de tomar seu sangue, de desenhar com ele.

Eduarda descreve uma cena, capturando a terapeuta para que possa sentir por ela seu próprio drama interno. Os cortes são mensagens para poder ser captado pelo outro - o que assiste - mostrando e ocultando, mas fazendo olhar, para provocar o limite, a borda. Esta condição revela que o olhar da mãe sempre vem em excesso. A cena atua uma separação. Ficando suspensa em uma produção de furos, bordas, cortes, que compulsivamente, se repete.

A forma como ela descreve, sem arrependimentos e com prazer, traz a sensação da desintegração e do colapso e a sensação do mortífero, da ordem da pulsão de morte, atuante e tomada do prazer na dor. A vontade de vomitar do psicoterapeuta causa muito mal-estar e é uma reação de expulsão daquilo que não pode ser digerido emocionalmente, naquele momento.

A dor como função de alerta, está a serviço de entender o limiar entre prazer e desprazer, mas com a angústia não elaborada, a desfusão dos impulsos agressivos e libidinais tem o próprio ego como alvo, acionado pelo masoquismo primário. As duas, terapeuta e paciente, andam, na intensidade das emoções vivenciadas na sessão, no fio da navalha.

Conforme vão surgindo os *acting-outs* mais perigosos, houve a necessidade de outro tipo de manejo: solicitar que a paciente entrasse em contato quando sentisse que o impulso suicida pudesse sair do controle, a fim de que se pactuasse as providências necessárias, por exemplo: antecipação da sessão, sessões extras, convocação de familiares. Hegenberg (2013) recomenda oferecer o telefone pessoal para o paciente para que este tenha um suporte para suavizar seu vazio e solidão que são angustiantes.

Sobre o manejo (na regressão à dependência), Outeiral (2001) fala da necessidade de dar ênfase no *holding* e deixar-se em suspenso o trabalho de análise. O *setting* passa a ser lugar de cuidados maternos primários, com a presença real e verdadeira do psicoterapeuta – como uma verdadeira mãe suficientemente boa, à medida em que possa se utilizar dos sentimentos contratransferências como sendo da cena reeditada dos traumas primitivos.

Entendeu-se que os cortes eram consequências do transbordamento para o corpo dos excessos impossíveis de simbolizar, o que deveria ter sido constituído na separação e intervenção paterna (que não houve). Os cortes fazem a função de dar carne ao corpo; sem o corte, a castração, não se constitui o corpo, os limites entre eu e outro.

À medida da passagem do tempo, Eduarda começou a ter um cuidado maior consigo mesma, diminuindo os *acting-outs*. Ela dá-se conta do bizarro de sua conduta sobre o prazer na dor e em ver o próprio sangue: *Gosto muito de ver o sangue saindo do meu dedo, mas não gosto de ver meu dedo roxo... Fico brincando com sangue... falar isso pra você, vai ficar meio esquisito, mas eu fiquei fazendo desenho de sangue no chão. O que estava saindo da minha barriga... Eu não gosto de cicatriz...A questão é que não pode ser profunda...tomo cuidado porque a intenção não é morrer...joguei fora todas as minhas agulhas...lâminas não tenho mais, porque vi que ia dar merda.*

O juízo de realidade está mantido, embora frágil e revela buscar algum controle sobre fantasias de “morte” flertando com situações de risco, mas lidando, ainda, de forma onipotente.

Eduarda não só coloca a prova a tolerância e continência da terapeuta, mas também a capacidade de trabalhar com sintomas que trazem a morte para a cena. A circunstância exige que a terapeuta tome consciência dos sentimentos provocados e responder aquilo que é da angústia sem nome. Deixar-se afetar, mas “permanecendo viva” deu, para Eduarda, a possibilidade de ter esperança. Ao se perceber aceita e compreendida, vai se sentindo contida em suas ansiedades e, aos poucos, vai discriminando os próprios impulsos, sentimentos e pensamentos, sem a necessidade de projetá-los tanto, suportando melhor o vazio e a solidão, podendo reter seu sofrimento em nível psíquico.

Considerações finais

Quando chegam aos consultórios dos profissionais de saúde mental, indivíduos de qualquer idade, que se mutilam e com tendências suicidas, em geral, causam um espanto ou um estranhamento. Esse estranhamento pode ser explicado porque contrariam uma formulação simples, desenvolvida por Freud: de que o impulso dos seres humanos é, a princípio, o de evitar a dor e buscar o prazer.

São pacientes difíceis, que trazem o que existe de mais primitivo em sua constituição; que desafiam o terapeuta, diariamente, a desenvol-

ver respostas terapêuticas que possam suprir as necessidades das emoções intensas, caóticas e dolorosas, despertadas pela interação. Estar exposto a variados sentimentos de ódio, excitação, inveja, pena, horror, impotência, desespero, abandono exige que a atenção se volte à contra-transferência de forma particularmente intensa.

Cabe ao terapeuta sustentar seu paciente, sem invadi-lo, acompanhando-o em seu próprio caminho, na busca de constituição de sua subjetividade, processo longo e trabalhoso para que possa encontrar algo de realmente seu, que possa aliviar seu tédio e sua falta de sentido na vida.

Os cortes de Eduarda serviam para aliviar a dor psíquica que estava para além do que se conseguia suportar, sendo a sensação física aparentemente o único recurso que ela possuía para dar um contorno ao transbordamento pulsional ao qual ficava submetida. As mutilações não visavam a sua morte, mas a busca por aliviar uma dor psíquica extremamente difícil de suportar.

Eduarda conseguiu desenvolver maior tolerância em suas relações, construindo aos poucos a capacidade para adiar ações impulsivas. Desenvolver uma função reflexiva lhe permitiu identificar seus sentimentos e ações, diminuindo consideravelmente os *acting-outs*. Mas, com a prática da autolesão e o controle onipotente desta ação, “descobriu” um prazer na dor e no brincar com sangue, modo de se sentir viva; estranhamento aos que “a assistem”, pois precisa aproximar-se da morte para se sentir viva.

Foi preciso, contratransferencialmente, conter o desconhecido, deixar-se colocar diante do sofrimento mesmo sem saber como realmente era, funcionando como suporte de transferência das demandas comportamentais mais profundas e primitivas, para depois poder pensar o que cada ação poderia representar na história desta menina.

Trabalhar com Eduarda, de modo a trazer as regressões para as sessões de psicoterapia, e colocar-se como terapeuta-objeto, onde o psicoterapeuta era destruído, retaliado, alvo de suas agressões sádicas, proporcionou que os ataques a si própria, puderam tomar um novo rumo e o ódio ao objeto primário pode ser demonstrado. Oferecer um ambiente de *holding*, em tudo que este conceito representa: continuidade, comunicação e confiança, propiciou um início de reparação ao dano causado ao objeto, na fantasia, causado pelo ódio. Iniciar este processo: reparar e se preocupar com o outro, leva tempo, que não se faz com o tempo

cronológico. Separar-se, reconhecer o outro, para depois poder reparar, leva tempo interno. Quem sabe, reconhecer sentimentos e emoções e poder lidar com a fusão de seus sentimentos agressivos e amorosos, poderá limitar suas descargas de prazer e desprazer no fio da navalha.

A partir destas considerações, reforça-se a necessidade de confirmar, cada vez mais que, o psicólogo de orientação psicanalítica, precisa se valer do tripé de sua formação: formação teórica, supervisão e tratamento pessoal. Instrumentalizar-se e desenvolver uma suficiente experiência clínica que envolva, além de atualização permanente do estudo da teoria, o aprimoramento de suas capacidades: intuição, empatia, capacidade e a plasticidade do ego em se colocar “junto com” o outro, seja sentindo, brincando, desenhando ou jogando, para depois afastar-se, analisar e devolver para o paciente aquilo que foi vivido na sessão, em pequenas doses, exercendo a função de contenção.

Deste modo, o psicoterapeuta, ao poder tolerar a contratransferência, ao se fazer ferramenta viva em seu trabalho -especialmente com crianças e adolescentes que funcionam com dinâmicas tão primitivas- poderá oferecer a esperança de uma vida mais saudável e verdadeira.

Referências

American Psychiatric Association (2013/2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-5-TR. 5.ed. rev.* Porto Alegre: Artmed.

Costa, A. (1995). Apagando marcas: registro e endereço adolescente. *Rev. Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 23, pp. 9-17.

Eizirik, C. L. Aguiar, R.W. & Schestastky (2015). *Psicoterapia de Orientação Psicanalítica. Fundamentos teóricos e clínicos*, p. 617.

Fulgencio, L. (2016) *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni.

Freud, S. (1912/1996). A dinâmica da transferência. In *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Ed. Standart Brasileira.* vol. XII. Rio de Janeiro: Imago.

Gabbard, G. O. (2016) *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Gomes, S. (2017). *A gramática do silêncio em Winnicott.* São Paulo: Zagodoni.

- Hegenberg, M. (2013). *Borderline*. 7ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Naffah Neto, A. (2007) A problemática do falso *self* em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 41(4), pp.77-88.
- Outeiral, J. (2001) *A clínica da transicionalidade*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Schestatsky, S. S. (2015) Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. In Eizirik, C. L. e cols. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Sturmer, A e cols. (2009) *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1960/2022). Distorção do ego em termos de *self* verdadeiro e falso *self*. In *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo: Ed. Martins Fontes/UBU editora, pp. 177-194.
- Winnicott, D. W. (1960/2022) Contratransferência. In *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo. Martins Fontes/UBU, pp.203-2011.
- Zaslavsky, J. e Santos, M. J. P. dos. (2006) *Contratransferência teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.

A Função Dos Juízos e seus Desdobramentos na Clínica do Autismo¹

Altair José dos Santos

Universidade Federal de Goiás - UFG
Corpo Freudiano Escola de Psicanálise

Lana Magna Sousa Braz

Corpo Freudiano Escola de Psicanálise

Marcos², um menino de 3 anos com diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista), chega ao serviço de psicologia encaminhado pelo neuropediatra da unidade de saúde. Chega à primeira consulta acompanhado da mãe e ao entrar na sala imediatamente tapa os ouvidos e fecha os olhos; a boca já está cerrada. A mãe se põe a falar do isolamento em que a criança vive: não brinca, não fala, não demanda nada, a não ser manter-se em seu isolamento.

A clínica psicanalítica desde os primórdios se apresenta não apenas como forma de tratamento, mas um método de investigação da constituição psíquica. Deparar-se com uma criança em posição autística exige um esforço de escuta e um retorno à metapsicologia freudiana. Estamos diante de um fenômeno totalmente diverso das origens da clínica psicanalítica. Enquanto a histórica se põe a falar pelos cotovelos, ou melhor, com todo o corpo, o pequeno aqui descrito busca tapar todos os buracos que lhe propiciem uma fala ao outro. O reconhecimento de tal esforço vem, em contrapartida, indicar um dizer que o devolvo via palavra: *Quando você tapa os ouvidos e fecha os olhos eu escuto que você não quer estar aqui e não quer falar comigo, e está tudo bem. Falarei com sua mãe.*

O fragmento clínico aqui descrito serve para ilustrar o posicionamento de recusa ao outro, e o esforço que o sujeito faz para manter-se à margem de tudo que possa capturá-lo pelas zonas erógenas (oral e escópica). Como acentua Bruwer (2015), no autismo há um trabalho ativo de exclusão e não-implicação, de produzir a aversão do Outro e,

¹ Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Lydia Coriat, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Problemas do Desenvolvimento na infância e adolescência – Abordagem Interdisciplinar, sob orientação de Carolina Gubert Viola.

² Os nomes aqui citados são fictícios a fim de preservar a identidade dos sujeitos envolvidos

para isso, “tem que virar-lhe a cara ao Outro do significante” (p. 125). Se for possível falar em desejo aqui, seria que o autista sustenta em seus atos o desejo de NÃO entrar no jogo do Outro.

O conceito de Outro em Lacan pode ser abordado como a estrutura de linguagem que antecede o sujeito e o constitui. Assim, inaugura uma concepção de sujeito tecido e tramado com as marcas que vem do Outro, instaurando assim, um lugar a partir do qual o sujeito poderá ou não falar em nome próprio. O Outro também pode ser compreendido como a alteridade radical, lugar de endereçamento e de reconhecimento, de onde o sujeito recebe sua mensagem de forma invertida.

Se é pela via do “não” ao que vem do Outro que o autista se apresenta, o presente estudo partirá da negação como forma possível de manifestação do sujeito. Safatle (2014) nos lembra da riqueza de negações presentes no pensamento freudiano, conjugada de acordo com suas especificidades. A negação presente na constituição do fetiche (*Verleugung*) não é a mesma que provoca a alucinação no caso do Homem dos Lobos (*Verwerfung*). Tais negações têm distintas elaborações e modos de se manifestar. Seguindo uma perspectiva estrutural a prevalência de cada uma dessas negações pode definir modos de funcionamento do sujeito. A *Verleugnung* é hegemônica nas estruturas perversas, a *Verwerfung* nas psicóticas e a *Verneinung* nas neuróticas. Não se trata de um fator excludente, visto que cada negação listada pode aparecer em todas as estruturas, mas há um modo de negação que prevalece como matriz de agenciamento do conflito, definindo assim, um modo de estruturação psíquica.

O texto *A Negação* de Freud (1925/214) não só aponta o uso do *não* na fala do neurótico em análise, mas trata daquilo que ele chama de “as origens psicológicas das funções de julgamento” (p. 23). Com isso, é possível dizer que ele não faz uma distinção entre sujeito psicológico e sujeito cognoscente, ambos nascem de um mesmo movimento: a partir das dinâmicas pulsionais. Como diz Safatle (2014): “Pensamos da mesma maneira como procuramos nos satisfazer diante do mundo” (p. 45).

Através da compreensão pulsional da função de julgamento Freud (1925/2014) distingue duas formas de negação, demonstrando assim, sua complexidade na constituição psíquica. Sua reflexão parte dos juízos de atribuição, no qual se decide se uma propriedade pertence ou não a um sujeito; e juízo de existência, no qual se decide se algo existe ou não na realidade. Há também uma explicação sobre a

gênese do Eu e da realidade a partir da constituição desses dois modos de julgamento. E nessa explicação o juízo de atribuição situa-se em posição originária, estabelecendo o campo no interior do qual o juízo de existência vai atuar. Para esclarecer do que trata as origens da função de julgamento, Lacan convida o filósofo Jean Hyppolite a realizar uma leitura do texto de Freud.

Jean Hyppolite (1954/1998) distingue dois níveis de negação: “a negação interna ao juízo e a atitude de negação” (p. 894). Inicialmente iremos abordar a atitude interna ao juízo como o processo primário formado pelo par *Bejahung-Ausstossung* (Afirmção- Expulsão). Portanto, já no juízo de atribuição temos uma primeira negação que corresponde à negação da afirmação, pensando esta última enquanto não produtora de diferenças. Segundo Hyppolite “Freud vê-se em condições de mostrar como o intelectual se separa em ato do afetivo, de formular uma espécie de gênese do juízo, ou seja, em suma uma gênese do pensamento” (p. 897).

A partir disso, pode-se pensar que o ato acima referido trata da inserção do *infans* na linguagem, visto que esta é a condição de todo ser humano. O afetivo por excelência é descrito como campo distintivo da condição humana, campo o qual só pode ser pensado miticamente. Esse primeiro NÃO ao afetivo puro insere o homem na linguagem e instaura o discurso como via de manifestação do ser. Para se realizar enquanto sujeito deve-se, de partida, negar uma relação imediata com o mundo, e essa negação só é possível pela via da linguagem.

Segundo Lacan (1954/1998), a *Bejahung* é a inclusão no indivíduo de algo que já é uma simbolização, e a *Ausstossung* constitui o real como aquilo que subsiste fora da simbolização. Essa operação inaugural demarca uma primeira intersecção entre Simbólico e Real, como um movimento das mais antigas moções pulsionais: “Somos assim levados a uma espécie de intersecção do simbólico e do real, que podemos dizer imediata, na medida em que ela opera sem intermediário imaginário” (p. 385). Em *Resposta ao comentário de Jean Hyppolite* Lacan propõe usar o termo *Verwerfung* (Foraclusão) para designar essa negação radical que indica uma expulsão originária e que se opõe a *Bejahung*:

A Verwerfung, por tanto, corta pela raiz qualquer manifestação da ordem simbólica, isto é, da *Bejahung* que Freud enuncia como o processo primário em que o juízo atributivo se enraiza, e que não é outra coisa senão a condição primordial para que, do real, alguma

coisa venha a se oferecer à revelação do ser (...) (Lacan, 1954/1998 p. 389).

A forclusão aqui descrita constitui o real e não se restringe a um mecanismo da psicose. A expulsão originária é inerente a todo falante, ela funda o sujeito e inaugura sua produção discursiva. Ela coloca para o sujeito o fato de ele ter limite e engendra um vazio no psiquismo. Ainda pensando sobre o artigo *A Negação* Lacan, no *Seminário 7* (1959/2008) retoma o juízo de atribuição e nomeia *das Ding* (a Coisa) como aquilo que do interior é levado para um primeiro exterior e em torno do qual se orienta todo o encaminhamento do sujeito ao mundo dos seus desejos.

Essa forclusão originária que marca um vazio é perda de si e perda do objeto. O indivíduo é barrado enquanto ser e só pode advir enquanto *falasser*. Nesse sentido, é forçado a se identificar aos significantes do Outro, condição necessária para que o pensamento venha a se estruturar. Se a inclusão simbólica se faz pelo juízo de atribuição, isso quer dizer que a primeira operação é a de predicação de um vazio. No nível da representação *das Ding* (a Coisa) se caracteriza como ausente, tudo o que dela se articula são atributos que entram na ordem da representação (Lacan, 1959/2008). A Coisa se situa sempre mais além, ainda que regulando todo o processo.

Nesse sentido, o juízo de atribuição tratado por Freud comporta, num mesmo ato, o SIM e o NÃO e instaura a possibilidade do dito e do impossível de dizer. Ao dizer sim ao significante e não ao puro vivo, o sujeito recebe a palavra (representação) e a interdição ao gozo. Devido ao NÃO primordial, o destino do puro pulsional é transformar-se em linguagem sem jamais se esgotar nela. Toda a complexidade do registro dos significantes é fruto dessa atividade impossibilitada de atingir *das Ding*.

O bebê que inicia seu percurso na linguagem é uma potência pulsional dispersa, sem nenhuma unificação. Lacan atribui à função significante papel fundamental para a constituição do sujeito de desejo. No entanto, para se realizar ele já deve ser de partida, negação de uma condição primária que mantém uma relação não mediada com a realidade, e essa negação ocorre através da linguagem. Ocorre que apenas nascer imerso na linguagem não garante a entrada em suas leis, o sujeito pode ficar petrificado pelo significante, sem conseguir compreendê-lo em sua dimensão simbólica. Para isso é preciso algo mais...

Da Atribuição Do Outro À Existência Do Objeto

Pedro chega à clínica acompanhado da mãe que o descreve como autista. Relata que a criança, já com 4 anos, não fala, a não ser palavras em inglês. Durante a sessão percebo que Pedro em alguns momentos discorre algumas palavras parecidas com: Disney, world channel, red, blue... de forma aleatória, como se as palavras ressoassem nele.

O bebê nasce banhado pela linguagem, mas para se tornar sujeito precisa se submeter aos significantes transmitidos pelo outro parental, levando em conta o lugar que ocupa no desejo do Outro. Essa submissão à determinada lei é a alienação a ordem simbólica. Sem essa articulação não há laço social, ou seja, um endereçamento e uma resposta ao outro.

A partir do juízo de atribuição Freud demonstra como o pensamento se funda numa estrutura de linguagem que possibilita tomar o mundo e a si mesmo como objeto de reflexão. Segundo o autor, no juízo de atribuição se decide se uma propriedade pertence ou não ao Eu: “Expresso na linguagem das mais antigas moções pulsionais orais (...) isto eu quero introduzir em mim e isto eu quero excluir de mim, por tanto: isto deve ficar dentro ou fora de mim” (Freud, 1925/2014, p. 23). Nesse sentido Freud nos mostra que no início não há uma distinção entre dentro e fora, esta primeira oposição decorre de uma exigência pulsional ligada a maximização do prazer e fuga do desprazer.

Segundo Freud “o mau, aquilo que é estranho ao ego e que se encontra fora, é inicialmente idêntico a ele” (1925/2014, p. 23). Para sair dessa posição é necessário que o sujeito invista positivamente o outro a ponto desse outro tornar-se parte do Eu. A palavra outro, marca da alteridade radical, remete no juízo de atribuição a tudo aquilo que é colocado fora do Eu. Se no início tudo lhe é indiferente, podemos supor que o *infans* atravessa um tempo em que a língua comum pode ser por ele rejeitada, afetada por uma atribuição negativa de desprazer e por tanto, situada como outra ao Eu. Essa é uma questão complexa que se apresenta na clínica do autismo, quando algumas crianças apresentam de forma sintomática uma rejeição da língua materna³, ou seja, da língua escutada e falada pelas pessoas que o cercam.

3 De acordo com Gasparine (2010) a língua materna pode ser compreendida como a língua primeira do sujeito, inscrita em seu corpo de forma particular e, por isso, considerada como inscrição simbólica primitiva, sem a qual não há possibilidade de compreender e adentrar uma língua estrangeira

Entretanto, alguns estudos⁴ têm revelado que o bebê prefere o que diz respeito à língua privada que estabelece com sua mãe, nomeada por Catão (2009) como manhês e referida por Lacan como *Lalangue*⁵. Retomando o texto de Freud (1895/1996), é possível afirmar que dessa indiferença inicial somente o discurso da mãe no lugar do Outro pode fazer emergir o sentido. A mãe, ao atribuir um sentido ao grito do bebê e supor nele um sujeito que demanda, sai da posição de Coisa. É daí que ela pode advir como Outro e operar de seu lugar atributivo. Através do pensamento, consciente e inconsciente, e através do discurso que projeta sobre o bebê a mãe lhe atribui conteúdos que formam uma primeira organização do Eu. Essa atribuição é o que confere acesso ao simbólico e a suposição de um sujeito.

Ainda no texto *A Negação*, Freud (1925/2014) afirma que o juízo de atribuição é regido pelo princípio de prazer, cuja tendência é introjetar em si tudo que é bom e expulsar o que é mau. Dessa forma, o investimento no que está fora do Eu decorre da experiência de satisfação com o objeto. Jean Bergés, no texto *A função estruturante do prazer* (1985/2019) demonstra que o prazer não é unilateral, é preciso pelo menos dois nessa história. Os estados de tensão relacionados à fome, sede e sono; e os estados de distensão, enquanto satisfações desses imperativos estão presentes no que se passa entre a criança e a mãe, não só pela satisfação das necessidades, mas pela qualidade dessa relação e pela harmonia que se estabelece entre essas demandas e as respostas dadas.

Bergés (1985/2019) é enfático ao afirmar: “Quanto ao prazer, o que ele é senão o prazer da mãe, isto é, o prazer do outro” (p. 44). Assim, pode-se dizer que inicialmente a satisfação está do lado da criança, mas o prazer está do lado da mãe. Ao dar-se conta do prazer suscitado no outro a criança é convocada a mudar para uma posição “imitativa”, que evidencia uma identificação ao prazer do outro. Tal afirmação demonstra que o fechamento autístico pela via da recusa do olhar, da

4 Boysson-Bardies, B. (1999). *Comment la parole vient aux enfants: de la naissance jusqu' à deux ans*. Paris: Odile Jacob.

Fernald, A. (1989). Intonation and Communicative Intent in Mother's Speech to Infants: Is the melody the message? In *Child Development*, 1989, 60, pp. 1497-1510.

Ferreira, S. M. O. (2001). Em cena, o manhês. In *Revista travessia*. FACHO – Faculdade de Ciências Humanas de Olinda, ano III, n. 3.

5 *Lalangue* não é formada por palavras de uma língua específica. Ela contém antes marcas inconscientes de sons e balbucios. Algo que resta na fronteira entre o fonema, a palavra, a frase e mesmo todo o pensamento. A Linguagem é feita de *lalangue* e marcada por seus efeitos que são afetos. Segundo Gasparine (2010) *lalangue* tem papel preponderante na inscrição do sujeito na língua materna, sendo esta suportada por *lalangue*.

escuta e da fala, por mais que às vezes pareça uma falha do órgão ou da função, diz de uma falta de realização do prazer no outro.

Nesse sentido, a experiência de satisfação e o prazer suscitado no outro estão no cerne da constituição dos juízos de atribuição e de existência. A partir dessa experiência se inscrevem, além dos traços mnêmicos referentes a descarga que pôs fim a tensão, os atributos do objeto de satisfação. Segundo Catão (2009), algo do desejo da mãe, que se traduz nos traços de seu rosto, na melodia da sua voz e nos pares significantes que apresenta ao bebê, deixa uma marca que fica registrada no psiquismo, como um índice de uma experiência que o sujeito tenta recuperar.

Como tentativa de reproduzir a experiência de satisfação, esses traços serão reinvestidos de forma alucinatória, o qual, segundo Freud (1895/1996), não é produtivo ao desenvolvimento do Eu. É pela frustração com o funcionamento alucinatório que o sujeito passa ao juízo de existência, que consiste em avaliar se o objeto representado pode ser reencontrado na realidade externa como percebido. O juízo de existência lida com a existência real ou não da coisa que está sendo psiquicamente representada. Esse já é “um interesse do eu-real-definitivo, o qual se origina e se desenvolve a partir do eu-prazer inicial” (FREUD, 1915/2004, p. 148), trata-se do teste de realidade.

É no interior do campo delimitado pela expulsão originária do que vai contra as exigências do princípio de prazer que o juízo de existência pode aceder (Freud, 1925/2014). As consequências disso são que o juízo de existência só se aplica ao que já está incluso no Eu pela afirmação primordial; e o juízo de atribuição não comporta ainda a existência. O fato de ter ocorrido a afirmação primordial não garante ainda a existência do afirmado. Nesse sentido, é num só depois, por meio do juízo de existência que o afirmado no juízo de atribuição produzirá seus efeitos.

Freud (1925/2014) pontua como condição para a instalação do juízo de existência a perda dos objetos que um dia proporcionaram uma real satisfação. Falar da perda do objeto como condição remonta mais uma vez à expulsão originária. A radicalidade da expulsão de *das Ding* estabelece um limite intransponível e o juízo de existência só poderá reencontrar um objeto e não mais *das Ding*. Essa operação de busca se dá no registro das representações, onde qualquer objeto pode servir como índice da Coisa e nenhum objeto é a Coisa.

Freud no texto *Projeto para uma psicologia científica* (1895/1996) descreve o que se passa no juízo de existência como reconhecimento do

objeto, onde se desdobra um processo fundamental: a substituição da diferença em semelhança. O objeto é sempre outro, o que é próprio da estrutura significante, mas o aparelho psíquico precisa estabelecer uma semelhança entre o objeto almejado e o percebido. A diferença precisa ser suficientemente substituída por uma semelhança, de modo a proporcionar uma experiência com o objeto. Disso resulta a possibilidade de contentar-se com uma parcialidade no lugar da totalidade, pois esta, pelo estatuto do significante ser pura diferença, está barrada.

Nessa busca por encontrar *das Ding*, as representações atraem-se uma à outra segundo o que Freud chamou de facilitações (*Bahnungen*). Em sua leitura do *Projeto* Lacan (1959/2008) explica que a representação abordada por Freud é algo de essencialmente decomposto, o que a constitui como um elemento associativo combinatório “organizado segundo as possibilidades do significante como tal” (p. 53). Essa organização, acrescenta o autor, se dá segundo as leis da condensação e do deslocamento ou, mais precisamente, metáfora e metonímia.

Cada fracasso inscreve um traço significante novo, ou seja, a pulsão retorna ao Eu com uma marca identificatória do objeto. O sujeito na procura de si passa pela mesma relação que tem com a Coisa. Não se encontra enquanto existente e vai ampliando as redes do Eu nessa procura produtiva, vai se fazendo na procura de si (Lacan, 1959/2008). Hyppolite (1954/1998) destaca que no juízo de existência não se trata mais de atribuir ao Eu uma representação, mas ao sujeito, destacando este termo como mais abrangente.

Pode-se inferir que o juízo de atribuição demarca uma posição inaugural ou pré-subjetiva, necessária à constituição do sujeito do inconsciente, mas que, entretanto, não é sua garantia. No juízo de atribuição o sujeito ainda não se constituiu como sujeito do significante, pois é o Outro que faz a atribuição e cabe ao *infans* aceitar ou não o que lhe é atribuído. Mediante essa atribuição que recebe do Outro, o *falasser*, carente de identidade e de existência é lançado numa procura paradoxal. É obrigado a procurar identidade e existência justamente no significante, pura diferença e volatilidade. Esse percurso do impossível é o trajeto da pulsão, que convoca o sujeito a se haver com a diferença e, por que não dizer com a falta, assinalada pelo desencontro entre objeto desejado e objeto encontrado.

A Resposta Autística Ao Outro

Durante uma sessão Pedro, totalmente tomado por uma excitação, se põe a enfileirar peças de lego enquanto discorre palavras e pedaços de palavras de forma ininterrupta. Depois de algumas tentativas fracassadas de me fazer presente, escuto algo no seu palavratório e o repito em voz alta e interrogativa: “Bate no bumbum? Ele imediatamente me olha, para e responde: “Ai! Bateu no bumbum!” Repito sua frase e acrescento a encenação da afirmação com uma peça de lego batendo na outra. Dessa afirmação e sua exclamação afetiva de dor formulo a negativa “Não bate no bumbum” e ele também a introduz na brincadeira. Das peças de lego passamos para carrinhos onde, entre afirmativa e negativa ele passa a me “provocar” com seu carro, para bater na sua traseira.

No final do artigo *A Negação* Freud fala da polaridade dos dois juízos e os aproxima da oposição pulsão de vida e pulsão de morte: “A afirmação como substituto da união pertence a Eros; a negação, sucedora da expulsão, à pulsão de destruição” (1925/2014, p. 27). Dizer que a afirmação pertence a Eros implica situá-la ao lado das pulsões sexuais, enquanto a negação expõe a insistência da pulsão de morte. A pulsão sexual pode ser pensada como desejo que já opera no campo montado pelo imaginário e pelo simbólico do Outro materno. A pulsão de morte, a pulsão propriamente dita por Lacan, inicialmente é uma energia dispersa com a potência de virar força direcionada quando capturada pela ordem significante.

A afirmação primordial corresponde a esse momento de captura significativa. Quando o neonato “aceita” ocupar o lugar que lhe é previamente atribuído no campo do Outro a partir de seu desejo. Para Catão (2009), a afirmação primordial corresponde à alienação ao campo do Outro, condição necessária ao bebê em seu movimento de constituição do eu e das condições de haver sujeito do inconsciente. Segundo a autora, o autismo exemplifica uma falha nesse processo, o que fica evidente nos sintomas relacionados ao limite eu/outro e na falta de bordas das zonas erógenas.

A instauração dos juízos de atribuição e de existência pode ser pensada como um momento primordial que implica o aparecimento do sujeito e produção de objeto que se inscreve como significante. O objeto ao se revelar como parcial em relação à satisfação absoluta barra o sujeito na meta do seu desejo e produz o que Lacan (1964/2008) chamou de *objeto a*. Um objeto que o sujeito recorta da realidade no lugar do impossível de se encontrar. Em sua busca de repetir a experiência de

satisfação o bebê se depara com o vazio do objeto, um cavo, ocupado por não importa que objeto. Ao contornar esse vazio a pulsão delinea seu circuito relançando-se a cada volta.

O juízo de existência, na tentativa de abordar o que foi expulso pelo juízo de atribuição, instaura o ordenamento simbólico. Funda uma primeira organização significativa, elementos de uma ordem estruturada, e só a partir daí é possível falar em sujeito. Ele é sujeito do significante e sujeito ao significante, enquanto barrado em relação a uma satisfação plena. Esse é o limite que essa primeira organização tributária do juízo de existência impõe.

Essa primeira organização significativa, tributária do julgamento de existência, tem grande importância no adiamento e no controle da ação motora exercida pelo eu. O pensar coloca-se como um tempo necessário a uma efetiva experiência de satisfação, ainda sobre as exigências do princípio de prazer, mas levando em conta a realidade. Não se trata mais de uma descarga mediante a representação do objeto, e sim de uma produção do pensamento pela via da articulação significativa, que impõe certos rodeios antes da descarga.

Segundo Lacan (1959/2008, p. 44), “todo pensamento, por sua natureza, se exerce por vias inconscientes”. Ocorre que só conhecemos o que se passa no nível inconsciente pela via da fala, é porque falamos que, nesse palavratório, articulamos o encaminhamento do nosso desejo. O que é inconsciente funciona do lado do princípio de prazer e o princípio de realidade opera no nível do pensamento na medida em que este passa a ser articulado em palavras. Nesse sentido, o pensar nada seria se não pudesse ser articulado em um discurso.

É justamente a fala o que se encontra ausente ou prejudicada na clínica do autismo. Apesar da diversidade de quadros que chegam com esse diagnóstico, as dificuldades relativas à ordem da linguagem são prementes. Conforme ilustrado nos fragmentos clínicos, a criança oscila de um lugar de total recusa em falar, ou serve-se de uma verborragia que também não diz nada. Ambos os processos apontam um modo particular de lidar com a fala e, ao mesmo tempo, um modo de relação ao Outro.

Se a criança tapa os ouvidos e os olhos como forma de recusa, também é possível dizer que há uma forma de reconhecimento do Outro. A hipótese de reconhecimento do Outro parte do pressuposto de que a foraclusão originária está para todos os humanos. Por ser filho

de falantes o *falasser* está desde cedo imerso na linguagem. O neonato nasce no discurso do Outro, é falado antes mesmo de nascer, recebe um nome e um lugar na família, ou seja, ele porta uma marca que o instaura enquanto ser de linguagem. Ser falado é receber atributos do outro, operação tributária do juízo de atribuição.

Entretanto, entre a atribuição e o seu desdobramento simbólico referido ao juízo de existência, algo se paralisa no autismo. É como se a atribuição inicial ofertada pelo Outro não ganhasse existência e permanecesse apenas no nível perceptivo. A criança recebe um nome, consegue se situar na família, mas isso não se desdobra em significações. Como se o aparelho psíquico do autista funcionasse aquém do juízo de existência, ou seja, com significantes que não passaram por esse segundo juízo e, por isso, permaneceram bloqueados em sua função simbólica.

Esse bloqueio da função de representação é a própria falha na constituição do inconsciente e, como consequência, do sujeito de desejo. Pode-se inferir que a criança dita autista encontra-se restrita a receber a atribuição do Outro sem que isso se desdobre numa existência que a localize e a estabeleça como sujeito dessa atribuição. De onde fica impossibilitada de construir um discurso sobre si ou implicar-se subjetivamente. A fala ecológica ou o palavratório do autista remetem mais a uma ressonância do Outro real do que manifestação de um sujeito de desejo. Afetada em sua função de representação a criança fica impossibilitada de nomear objetos ausentes, construir narrativas e produzir cenários imaginários próprios do brincar.

Se a fala é o modo privilegiado de revelação do ser de linguagem, do sentido que a concatenação significante acede; é também lugar do equívoco, do furo e daquilo que escapa à significação. Nesse sentido, se o autista se defende do Outro pode-se dizer que tal defesa refere-se a sua dimensão simbólica. Ao engano próprio da dimensão significante que, enquanto pura diferença, demarca a arbitrariedade do signo e o apagamento da coisa enquanto referente.

As tentativas de ordenação do mundo externo, a exigência de regularidades e até a restrição alimentar esboçam uma tentativa de paralisar o próprio funcionamento simbólico. A arbitrariedade significante o desorienta porque aponta algo enigmático sobre o qual não tem controle. O que se almeja é manter uma homeostase e evitar um excesso que a precária organização psíquica ainda é incapaz de manejar. Entre-

tanto, essa homeostase é impossível, o que não cessa de não se escrever permanece atuante, buscando uma descarga. Barrado a articulação significativa o que resta é a manifestação no corpo, enquanto objeto das tensões pulsionais. As estereotípias e os gritos podem indicar um transbordamento que ultrapassa o autista, mas também comunicam a forma possível encontrada por ele para lidar com esse excesso.

A rigidez presente no autismo e a dificuldade com as mudanças do ambiente apontam uma falha no estabelecimento do juízo de existência que consiste justamente em substituir a diferença por uma semelhança e, assim, instaurar a possibilidade de reconhecimento. Não há reconhecimento porque ainda se está preso na busca pela identidade, referido a Coisa em sua imutabilidade. Nesse sentido, todo o Simbólico, pensado enquanto diferença e alteridade radical, tornam-se insuportáveis. Retomando assim, a experiência inicial de horror para com o que não é assimilado, objeto hostil que não entra na ordem do ser.

Cabe destacar que o histórico de algumas crianças que chegam à clínica com diagnóstico de autismo realmente é de sucessivas experiências de dor. Nesse sentido, o outro pode ser uma dor física, uma enfermidade, um ambiente vivido como hostil e todas as agruras da qual um recém-nascido não tem defesa, mas pode ser exposto. A resposta autística se torna uma tentativa de conservação do ser e estratégia para manter o que comparece como extremamente doloroso enquanto outro real, ou seja, não assimilado ao eu.

O juízo de existência e sua meta de reencontrar o objeto aponta algo fundamental no nível pulsional: a finalidade da pulsão não deve se encerrar com a satisfação, e sim no movimento circular que não cessa de não se escrever. Nesse movimento a pulsão engendra significantes, faz borda e traçado em busca de algo inapreensível. Lacan destaca que tal função reside em “fazer com que o homem busque sempre aquilo que ele deve reencontrar, mas que não poderá atingir” (1959/2008, p. 85), e que nesse ponto reside a essência do que Freud chamou de interdição do incesto.

A lei da interdição do incesto metaforiza a relação do inconsciente com *das Ding*, e tal interdição não é outra coisa senão a condição para que subsista a fala. Toda a trama do inconsciente é fruto dessas primeiras relações objetais e da interdição que a linguagem opera. Interditado, o sujeito só pode comparecer no *inter dito*, localizado na ordem da linguagem e do próprio desejo (Lacan, 1959/2008). Conforme exposto

até aqui, pode-se dizer que o autista fica preso no gérmen dessas relações primordiais.

Catão (2009) destaca a importância dos objetos voz e olhar para pensar a estruturação do autismo. Cabe destacar que esses objetos são signos da presença do Outro e foram acrescidos por Lacan a uma série iniciada por Freud com os objetos oral e anal. A autora destaca a anterioridade do objeto voz em relação aos demais objetos. A articulação entre real e simbólico é mediada pela pulsão invocante, nesse sentido, “ao possibilitar a inseminação do simbólico no real do corpo, a voz certamente é prioritária na constituição do sujeito” (Catão, 2009, p. 112). A falha na função de representação resulta também numa falha na constituição do *objeto a*. A voz não faz a articulação necessária ao juízo de atribuição, que consiste na intersecção entre real e simbólico e, assim, não se constitui enquanto objeto pulsional, permanecendo apenas como barulho.

Acerca do objeto olhar, Lacan o propõe distinguindo-o da visão, uma vez que esta diz respeito a função do órgão, enquanto o olhar é onde se inscreve o desejo: “É na expressão do rosto materno tomado como espelho que o bebê primeiro se vê, nele encontrando não a visão, mas o olhar da mãe” (Catão, 2009, p. 134). E nesse olhar a mãe reflete seu desejo.

Cabe destacar que os objetos voz e olhar não se restringem a nenhuma fase do desenvolvimento da libido e se situam nos primórdios da constituição psíquica, como suportes para o desejo do Outro. Esses objetos têm que portar o desejo para transformar a mera satisfação de um órgão em experiência de prazer, atributo essencial para que haja inscrição significativa do objeto e tentativa de reencontrá-lo. Só assim o bebê será convocado a percorrer novamente as trilhas deixadas pelo Outro, aceitando submeter-se ao engodo da linguagem e se fazer nessa trama. Essa busca é um chamado ao laço com o Outro. Uma decisão à qual o sujeito pode ou não assentir.

Algumas Considerações

Os autistas nos ensinam que quando algo falha no estabelecimento do laço com o Outro primordial resta apenas a tentativa, ainda que fracassada, de tapar os ouvidos e fechar os olhos. Trata-se de evitar o contato com os objetos voz e olhar, visto que estes, por uma falha na

constituição dos juízos, não acedem ao estatuto de objetos pulsionais. O artifício de tagarelar palavras, descrito no terceiro fragmento clínico, também é uma tentativa de evitar a voz do outro, o calando com seus ruídos. De pedaços de palavras inarticulados há que se fazer uma passagem que implica o SIM e o NÃO.

NÃO a pura materialidade sonora e SIM a uma simbolização. A passagem do tagarelar sem sentido à formulação de uma frase constitui um passo de sentido, uma marca ganha legibilidade na relação com outro. Algo pode ser recortado e transformado em significante passível de entrar numa combinação. Fazer borda e série na qual o sujeito pode se representar e sobre a qual é possível falar. Cabe ao analista, na função de Outro primordial, afirma Catão (2009), emprestar seu psiquismo e sua voz ao autista para traduzir seus gestos e sons em palavras. Escutar o sem sentido e transformá-lo em mensagem abre a possibilidade para que algo afirmado se inscreva e ganhe um novo estatuto.

A função do juízo não é algo que acontece de uma vez por todas na tenra infância. O trabalho da fala é uma força que sai de uma posição puramente atributiva em busca de uma existência entre os significantes. Uma vez estabelecido o encadeamento do pensamento, mecanismo próprio do juízo de existência, tem-se a possibilidade de permitir a assunção de um sujeito que, ao falar, recalca sua posição de objeto. Nesse sentido, o ato de fala é uma recondução a função dos juízos, não é a toa que essa é a função mais afetada no autismo.

Segundo Lacan (1954/1998) o NÃO da (*Austossung*) é indissociavelmente ligado a um SIM (*Bejahung*). Duas operações complementares e indissociáveis que ilustram o encontro entre o real humano, ou o organismo em sua materialidade; e aquilo que sobre ele vem inscrever-se, a ordem significante. Interação do SIM e do NÃO que configura um pacto ético, onde o sujeito pode ou não consentir com ele.

Referências

- Bergès, J. (1985). Função estruturante do Prazer. In: Escritos da Criança n. 2. 4ª Edição. Centro Lydia Coriat de Porto Alegre, 2019.
- Bruwer, N. (2015) Entradas e saídas do autismo. In: Jerusalinsky, A. Dossiê Autismo. 1. Ed. Instituto Langage, 2015.
- Catão, I. (2009). O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autis-

mo. Instituto Langage,

Freud, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. V. 1. Imago, 1996.

Freud, S. (1925). A Negação In: Freud, S. A Negação. 1º Ed. Cosac Naify, 2014.

Gasparini, D. S. R. (2010) Língua materna, língua estrangeira e psicanálise: um olhar outro para a questão da aprendizagem. *Anais do Seta*, 4. 226-237. <https://revistas.iel.unicamp.br/index.php/seta/article/view/903>.

Hyppolite, J. (1954) Comentário falado sobre a Verneinung” de Freud. Apêndice I. In: Lacan, Jacques. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Lacan, J. (1954) Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a Verneinung” de Freud. In: Lacan, Jacques. Escritos. Jorge Zahar, 1998.

Lacan, J. (1959) O seminário livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

Lacan, J. (1964). O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Zahar, 2008.

Safatle, V. (2014). Aquele que diz “não”: sobre um modo peculiar de falar de si. In: Freud, S. A Negação. 1º Ed. Cosac Naify.

A Clínica Psicanalítica Infantil, A Tendência Antissocial e o Transtorno Opositor Desafiador – Tod: Um Estudo de Caso

Elaine Marinho Bastos
Faculdade Unichristus

Introdução

As demandas da clínica psicanalítica infantil vêm surgindo amplamente, considerando os aspectos da contemporaneidade, a psicopatologização frequente e a diversidade de aspectos psíquicos decorrentes das condições sociais atuais. O transtorno opositor desafiador - TOD é uma realidade cada vez mais frequente na clínica e tal fato pode ser analisado a partir da definição de tendência antissocial desenvolvida por Winnicott onde a criança manifesta situações de brigas, agressividade, oposição, mentiras, fugas, entre outros sintomas que estariam relacionados às angústias, sofrimentos e incertezas diante da vivência de privação vivido pela criança. O caso de Marquinho traz aspectos que elucidam a teoria de Winnicott quanto a tendência antissocial e o tratamento dessas crianças.

Os diagnósticos psicopatológicos, baseados no modelo biomédico e no Manual de diagnóstico e estatístico em transtornos mentais - DSM -V, utilizado amplamente por profissionais da área de saúde mental, têm sido aspectos prementes que perpassam o atendimento de crianças na atualidade e que estão presentes na clínica psicanalítica infantil de forma constante.

O caso clínico apresentado traz aspectos do atendimento psicológico/psicanalítico de Marquinho (nome fictício), 9 anos e um diagnóstico médico de Transtorno Opositor Desafiador – TOD.

A psicanálise com crianças diagnosticadas, pela área médica, busca entender as especificidades dos conteúdos que surgem nos atendimentos. A posição do psicanalista diante do diagnóstico biomédico, recebido pela criança, é conciliar a necessidade de escutar a criança em sua singularidade utilizando para isso do brincar como uma forma de

comunicação infantil e, baseado na teoria de Winnicott, trazer suporte para a família diante da necessidade de um ambiente acolhedor para o cuidar da criança.

Na teoria psicanalítica, o diagnóstico é feito diante da transferência, com aspectos teóricos e práticos bem diversos do discurso biomédico. Os fenômenos da transferência, vivenciados durante a psicoterapia psicanalítica, tornam a manifestação das questões infantis e o brincar da criança com amplos significados diante da agressividade, considerado um dos sintomas mais marcantes no TOD e que são ampliados, no caso, analisado, diante da falta do pai e o desenvolvimento da relação com a mãe depressiva. Considera-se que durante a infância, o sujeito está em processo de desenvolvimento e Winnicott traz aspectos relacionados a privação e a tendência antissocial como significativos, aspectos aqui relacionados aos comportamentos relacionados ao TOD.

Para Winnicott (1999), na privação, houve um início de desenvolvimento positivo e depois o afastamento, uma perda do cuidado materno, aspectos apontados no caso analisado, com o adoecimento por depressão da mãe e o afastamento dos cuidados maternos. Com o objetivo de obter o cuidado perdido, manifesta-se a tendência antissocial, com mentiras, agressividade e desordem generalizada.

No atendimento psicanalítico infantil busca-se a criação de um espaço de comunicação, com expressões diante do brincar, considerando as nuances da clínica psicanalítica, promovendo uma série de questões sobre a criança que é recebida para atendimento psicanalítico. Nesse contexto analítico, a psicanalista infantil dialogou com os pais e no caso de Marquinhos, aspectos como a distância do pai e a presença faltosa da mãe, com sentimento de culpa, surgiram em todos os seus atendimentos e claramente apareceram nos atos agressivos de seu brincar.

À luz de um estudo de caso clínico, por meio da abordagem psicanalítica winnicotiana, objetivou-se demonstrar que é possível intervir diante da escuta da demanda clínica de uma criança, com diagnóstico de TOD, que vem para atendimento, diante da preocupação materna, e que é possível preservar a condição subjetiva da criança em atendimento, sem considerar o diagnóstico biomédico, mas considerando a própria história da criança.

Referencial Teórico

O atendimento de crianças na clínica psicanalítica demanda conhecimentos que vão além do contexto teórico da abordagem de atuação. No atendimento infantil as especificidades são as mais diversas e na atualidade o contexto biomédico assume um espaço o qual os profissionais devem buscar compreender para atuar considerando a demanda dos pais que buscam auxílio diante das dificuldades que os filhos possam apresentar. Uma realidade comum nesse fato está relacionada aos diagnósticos biomédicos baseados no Manual diagnóstico e estatísticos dos transtornos mentais - DSM V (2014) e que trazem especificidades que muitas vezes diferem da clínica psicanalítica. Pode-se pensar algumas similaridades, fato que será aplicado no caso apresentado, diante da classificação winnicotiana dos distúrbios psíquicos, como por exemplo a tendência antissocial apontado como um distúrbio cuja origem se deve a uma deficiência/falha ambiental e que produz consequências diversas, como agressão, roubo, desorganizações comportamentais.

A falha ambiental, caso ocorra no período anterior ao estabelecimento do eu unitário é interrompido, causa o que Winnicott denomina “*privação*” e o bebê reage à falha sistemática do ambiente e a imaturidade o impossibilita de ter entendimento do que está acontecendo e de que foi o ambiente o responsável pela falha. A fase de dependência é um aspecto importante diante da perturbação ambiental impede que a personalidade se constitua de forma saudável.

A falha também pode ocorrer após um processo de desenvolvimento, onde a criança já tem experiência psíquicas e já alcançou uma identidade unitária e tal falha ambiental causa “*deprivação*” onde Winnicott indica que a criança teve um bom começo, já houve constituição de uma capacidade de acreditar, mas a imaturidade para perceber que uma perda foi causada pelo ambiente e que houve falha ou omissão externa (Winnicott, 2002).

O trabalho que Winnicott realizou com crianças antissociais confirma a importância do ambiente na constituição do indivíduo. A tendência antissocial, decorrente da privação, é indicada como um distúrbio psíquico, com aspectos essenciais na sua origem, onde a criança recebeu cuidados suficientemente bons, mas que eles foram retirados de forma repentina, com mudanças bruscas e traumáticas.

Winnicott aponta que os primeiros sinais decorrentes da privação são comportamentos exigentes, que incomodam e que já são ma-

nifestações iniciais da tendência antissocial. A agressividade seria uma estratégia empregada pela criança para buscar limites e contenção por parte das figuras de autoridade.

Essa deprivação vem de uma realidade onde as necessidades que precisam ser atendidas por uma mãe capaz de identificar-se com ele não são realizadas. Caso o cuidado da mãe falhe, como vinha fazendo até então, ocorre uma desilusão abrupta e a criança começa a “incomodar” a mãe, aparentando nunca estando satisfeito, inventando muita sujeira, dando muito trabalho e com comportamento irritadiço. Nesse momento, pode surgir avidez, que é identificado por Winnicott como um precursor do roubo e que é apontado como uma busca compulsiva, no ambiente, para a cura da deprivação vivida.

Se a mãe é suficientemente boa, ela atende a reivindicação da criança, funcionando como uma terapeuta, considerando que houve a falha e reconhecendo essa falha atua com a omissão de amor materno (2002, p. 134). Frequentemente, a mãe consegue ser bem-sucedida no seu papel de terapeuta, acolhendo aos clamores da criança, aplicando cuidados especiais que poderiam ser confundidos com “mimos”. Esse sucesso ocorre quando o cuidado está perto da deprivação de origem e a mãe recebeu e acolheu a reivindicação expressa pelo bebê. Porém, é importante apontar que a mãe falhou e a necessidade desse período de cuidados deriva da falha. Se a mãe não consegue reconhecer sua falha e fracassa no seu papel de terapeuta, a criança segue em frente, mas com o desenvolvimento do comportamento antissocial. O retorno da esperança é um aspecto significativo que deve ser considerado quando emergem os atos antissociais, os quais forçam, de alguma forma, o ambiente a efetuar sua cura.

A criança que se torna antissocial não desenvolveu uma capacidade de controlar-se, pois ela vivenciou intensos sentimentos quando vivenciou o trauma. Ela precisa de um controle externo para estar tranquila. Assim, ela pratica atos antissociais para que o controle externo volte e restitua a segurança de que necessita. Por outro lado, a criança que conseguiu desenvolver essa capacidade de controle, por ter tido cuidados suficientemente bons. Para Winnicott, a tendência antissocial apresenta-se com comportamentos que atingem e incomodam o ambiente que podem estar relacionados a avidez, enurese, encoprese até o roubo, a mentira e a destrutividade. O *acting-out*, na tendência antissocial, é a maneira que o indivíduo tem de demonstrar, ao ambiente, que

sofreu de privação e a criança procura um ambiente forte e estável que suporte os resultados de seus comportamentos acirrados, permitindo que possa viver suas ideias agressivas de forma segura.

A experiência clínica de Winnicott com crianças que sofreram de privação foi uma das grandes vivências do psicanalista. A descoberta teórica foi de que a tendência antissocial pode ser mais facilmente tratada quanto mais perto estiver do seu ponto de origem. Se a criança sofrer de privação e o ambiente ressarcir, com cuidados especiais, a chance de ela ser não desenvolver o comportamento antissocial é muito grande. Mas, se o ambiente não reconhece a perda sofrida, a criança desenvolve a delinquência que, com os ganhos secundários, afasta-a cada vez mais do trauma original, tornando cada vez mais difícil a sua cura.

Sobre o processo terapêutico para a tendência antissocial, Winnicott (2000) indica que os sintomas pertinentes poderão ser sanados caso a figura materna consiga distinguir e acolher às necessidades da criança e que seja capaz de admitir que a criança expresse o seu aborrecimento pela privação sofrida. É importante a intervenção junto a criança, a família e a escola. Para Winnicott, percebemos manifestações de tendência antissocial nos pacientes de análise. Comportamentos agressivos ou de destrutividades nas sessões são sinais dessas condutas diante de um ambiente que ela pode considerar seguro, portanto, o retorno da segurança do ambiente, retoma sua agressividade. O analista deve acolher as atuações do paciente, assim, o paciente pode viver na transferência um sentimento de raiva apropriado. O tratamento necessário é o fornecimento de um ambiente ao mesmo tempo forte e compreensivo e para a criança que vive em ambiente relativamente bom, e conta com uma família disposta a oferecer cuidados especiais, enquanto forem necessários, o processo terapêutico será eficaz.

A partir dessas considerações, percebe-se a tendência antissocial uma temática complexa e que envolve uma variedade de fatores. É importante a compreensão das relações familiares para a compreensão dos sintomas da criança e o estudo de caso apresentado a seguir tem como objetivo apresentar aspectos significativos do desenvolvimento da tendência antissocial, bem como as formas de intervenção no contexto da psicanálise winnicotiana.

O estudo de caso é baseado na demanda trazida por uma família que apresentou queixas referentes a comportamentos relacionados à tendência antissocial do filho de nove anos de idade, identificado como

Marquinhos (nome fictício) e com diagnóstico feito por um médico com transtorno opositor desafiador – TOD.

A família participante é composta por uma criança do masculino, mãe (nome Maria – nome fictício, 40 anos). O pai não participou das atividades realizadas com a criança e a avó foi presente em algumas sessões. O acompanhamento deu início de abril de 2022, sendo finalizado em janeiro de 2022. As sessões foram realizadas uma vez por semana, sendo incluídas sessões extras para orientação e escuta da mãe e avó do menino.

Análise do Processo Terapêutico

A tendência antissocial é definida por Winnicott (1999) com aspectos que hoje podem ser associados ao Transtorno opositor desafiados - TOD que tem como principais sintomas a presença de brigas, intimidações em excesso, mentiras, crueldade com pessoas ou animais, desobediência, frequentes ataques de birra, dentre outros. Como apontado, para Winnicott (1999), o desenvolvimento emocional nos primeiros anos é complexo e necessita de um ambiente favorável e a tendência antissocial está relacionada com a privação ocorrida no passado da criança, onde a criança perdeu algo de bom que adveio em sua vida, e a duração dessa remoção extrapola o tempo em que ela teria sido capaz de reter a lembrança do objeto e da experiência vivenciada, caracterizando a deprivação. Os comportamentos antissociais seriam uma tentativa de reencontrar o objeto e a experiência que foram perdidos e de reconquistar a autoconfiança.

Para Winnicott (1999), deve-se levar em conta os contextos de desenvolvimento da criança e muitos sinais ocorrem logo após a vivência da deprivação, tais como avidez ou inibição de apetite. Vale ressaltar que a avidez representa uma procura da mãe que foi responsável pela privação e a inibição do apetite demonstra que a criança não consegue receber aquilo que foi oferecido pela mãe, o alimento.

O efeito da separação, interferência na vida de uma criança tão pequena e perda que ele vivenciou, trouxe consequências para suas relações pessoais. O desenvolvimento emocional tem como necessidade um ambiente seguro e estável, no entanto, a condição de separação nos primeiros anos de desenvolvimento, teve como reação à perda de segurança e da pessoa amada e tais aspectos apontam para o desenvolvimen-

to da tendência antissocial, onde o mundo interior da criança precisa ser levado em conta.

Marquinhos nasceu no contexto familiar definido pela mãe como alegre, o casamento era recente e todos estavam felizes com a gravidez. O nascimento foi considerado uma data de extrema felicidade e o primeiro ano de muitas descobertas, mas também de muito apoio na família recém-formada. No entanto, quando Marquinhos completou três anos, ocorreu a separação, segundo a mãe, sem maiores explicações e desde esse momento até a finalização do processo terapêutico, o pai de Marquinhos não se fez presente no desenvolvimento do filho, atuando apenas nos contextos financeiros dos custos da criança. Após a separação, a mãe passou por um processo de depressão, sendo inclusive internada por três meses, por conta de uma tentativa de suicídio e o cuidado de Marquinhos ficou sob a responsabilidade da avó materna. O retorno da mãe para casa e seus cuidados com o filho foram cobertos de dificuldades e muitas delas relacionadas ao comportamento do filho. Ele já apresentava irritação, inquietação e muitas dificuldades com alimentação, dificuldade para seguir regras, tais comportamentos já seriam sinais de angústia de separação. Os primeiros sintomas antissociais foram sendo ampliados e já apareciam com significância, sendo os mais frequentes: as explosões, crises de humor, comportamentos alucinados e descontrolados relacionados a figura de maior cuidado, identificada como faltosa: a mãe.

Cuidadores, escolas ou pessoas próximas a criança apontavam que ele era uma criança muito difícil, sendo inclusive solicitado que tomasse medicação para os comportamentos impulsivos. Alguns diagnósticos foram apontados, no entanto Maria não concordava e fugia de tais pontuações. À medida que Marquinhos crescia os sintomas eram mais frequentes e intensos, com muitas consequências em seu convívio familiar e social, inclusive com ganhos secundários, pela atenção que recebia diante das reações sociais que eram frequentes e que apontavam as dificuldades inerentes ao desenvolvimento emocional. Ao ser avaliado por um médico veio o diagnóstico de TOD, com a sugestão de psicoterapia, com o objetivo de orientar e complementar o desenvolvimento emocional, com orientação de um ambiente voltado para seu desenvolvimento.

O processo terapêutico teve início com o contato com a criança e mãe para melhor compreensão do caso. As intervenções foram

baseadas em contexto lúdico, onde Marquinhos poderia demonstrar sua insegurança quanto a um ambiente familiar não acolhedor de seus comportamentos. Como Winnicott aponta, o tratamento ajuda a criança através da demonstração de amor e compreensão e para isso é utilizado o brincar, não somente com o propósito de prazer, mas como essencial para a vivência de bem-estar e acolhimento. O brincar é considerado, por Winnicott, como uma forma de conter a destrutividade interna.

Os sintomas antissociais são considerados um pedido de ajuda que, embora distorcido, está manifesto como um sinal de que a esperança na criança ainda não morreu, ou seja, de que ela ainda crê que o meio reconhecerá e a ressarcirá do dano causado. Não é considerado um diagnóstico, mas consequência da privação de um meio ambiente importante. Nesse sentido, os atos antissociais apontam para o fato de que, sendo uma manifestação de esperança, ainda é possível alcançar a raiz da deprivação e promover uma recuperação significativa, além da comunicação de que precisa de ajuda.

Maria revelou que o filho tem o hábito de dormir tarde, horário da madrugada, por assistir filmes de terror e recusa de alimentação nos horários familiares. Os horários de escola são envoltos em vários gritos e não aceitação em ir para escola; muitas brincadeiras são cobertas de comportamentos perversos, na escola já foi retirado de sala de aula diante de muitos de seus comportamentos agressivos com colegas e professores. Na análise da interação familiar é preciso destacar a falta de limites em relação ao comportamento da criança. Os comportamentos da relação mãe\filho ocorriam de maneira agressiva. A ausência de *holding* apresenta aspectos de ansiedade e falha no enquadre das relações afetivas, com aspectos de ansiedade e grande agitação.

Marquinhos apresentou dificuldades emocionais desde bebê, aspectos reforçados ao longo do processo de separação dos pais, sumiço do pai e adoecimento da mãe que também acabou por se afastar. Tais fatos reforçam o aspecto de trauma, com vivência de deprivação, apresentando os comportamentos antissociais como respostas ao que faltou.

É importante destacar que os sintomas de Marquinhos são indicadores positivo, pois representam um movimento de busca da criança por algo que poderá ajudá-la a superar seus impasses desenvolvimentais, embora sejam de má compreensão no contexto social em que esteja inserido. Além disso, a sintomatologia antissocial parece refletir, em parte, a dinâmica familiar. O terapeuta teria o papel

de administrar, tolerar e compreender a esperança que ocorre diante dos comportamentos antissociais, oferecendo uma estabilidade ambiental a qual a criança ainda não teve acesso e, além disso, orientar a família quanto a parentalidade e suporte às situações vivenciadas.

Compreende-se que Marquinhos experimentou um sentimento de insegurança em relação à mãe, e essa insegurança surge na forma em que ela vivencia a relação com a mãe: não confia que a figura materna possa protegê-la. Essa fantasia impede que ela se desenvolva livremente rumo ao alcance gradual da autonomia, o que acentua a dependência, criando um círculo vicioso difícil de romper. Marquinhos sente que a mãe não consegue atender suas necessidades e demonstra que o *holding* materno é deficitário, não oferecendo suporte e limites e sem a contenção por parte da mãe, Marquinhos não consegue estabelecer solidamente os limites do seu *self*. É essa situação que promove os sentimentos de desproteção, vulnerabilidade e angústia, expressos por meio de uma conduta impulsiva e agitada. Embora tenha consciência de que essas ações podem ocasionar danos graves ao outro, a criança não consegue conter-se sozinha, o que agrava a angústia.

Como evidenciado na estória descrita, Marquinhos apresenta dificuldades enraizadas nas perdas sofridas, de natureza emocional e real, e vinculadas sobretudo à figura da mãe. Essas experiências não foram reparadas pela mãe em seu retorno e tal fato dificultou o processo de introjeção de uma figura materna boa e sólida.

Em sua vertente positiva, os comportamentos agressivos, agitados e impulsivos de Marquinhos constituem um esforço para que a mãe ofereça *holding*, atenda a suas necessidades e a auxilie na compreensão dos limites do *self*. O insucesso dessas tentativas faz com que se acentue seu sentimento de desamparo e passasse a buscar experiências de reparação em figuras externas ao meio familiar.

Os sintomas da criança indicam uma busca por mudanças, lembrando que não está passiva, mas que precisa de auxílio para prosseguir e se desenvolver. Marquinhos apresenta tentativas de reparações autênticas, com o desenvolvimento de comportamentos para reconstrução de si, indicando um bom prognóstico. A mãe teve falhas em diversas condições, atualmente está física e psicologicamente presente, no entanto, as falhas do passado deixaram marcas que buscam ser resolvidas.

Ao considerar os dados obtidos foi possível compreender como as relações familiares influenciam a forma como Marquinhos expres-

sa suas dificuldades e necessidades. O trauma decorrente das perdas concretas e emocionais, a insuficiência de *holding*, a ausência de apoio percebida em etapas precoces do desenvolvimento leva a buscas de ajuda do outro

Estendendo a formulação teórica, proposta por Winnicott (1993), de que a criança com tendência antissocial busca por algo que foi vivenciado em algum momento, mas que foi perdido e esquecido, compreende-se que essa família transmite a busca por um objeto perdido e que isso de alguma maneira mantém os mãe\filho, na expectativa de que os sintomas de Marquinhos possam ter a função de elaborar as perdas e interromper esse processo de comportamento antissocial.

Os sintomas se enquadram na busca no ambiente por estabilidade e limites claros, que não foram encontrados no lar para que ele pudesse conter a impulsividade. Esses conteúdos se referem a perdas concretas e emocionais, depressão, ausência de apoio, elevadas exigências e sentimentos de insuficiência para fazer frente aos desafios da vida.

O acompanhamento terapêutico ocorreu ao longo de um ano, com resultados bem positivos em relação a interação entre mãe e filho, bem como do controle dos comportamentos antissociais nos meios sociais em que Marquinhos estava inserido.

Considerações Finais

O caso clínico tratou da tendência antissocial que tem origem na infância, com uma deprivação provocada pelos pais, no ambiente familiar, com a desconfiguração do ambiente seguro com o qual a criança, já contava à época de seu desenvolvimento emocional.

A aplicação do referencial teórico de Winnicott proporcionou a compreensão entre os níveis individual e familiar. O estudo realizado apontou que a família está aprisionada em uma condição complexa em que mãe e filho necessitam de ajuda e carecem de recursos emocionais seu processo de desenvolvimento. Ressalta-se a necessidade de promover intervenções familiares que possibilitem atuar nas dificuldades apresentadas a partir de uma perspectiva ampla e integradora.

As manifestações da tendência antissocial de Marquinhos demonstram aspectos de defesas psíquicas diante de sofrimentos a partir do trauma da relação mãe e filho. É uma tentativa, mesmo que malsucedida, de organizar os conteúdos recebidos e ressignificar suas limitações.

O estudo clínico apresenta limitações, no entanto, os resultados revelam a importância de realizar estudos de caso envolvendo o contexto mãe/filho para que a problemática individual, frequente na atualidade nas clínicas de psicanálise infantil, o TOD. Nesse contexto, é importante reforçar que a psicoterapia dirigida apenas à criança, seria incompleta e com poucas chances de ser bem-sucedida, portanto, a importância de incorporar a mãe ao processo terapêutico. Adverte-se a necessidade de novas pesquisas que verifiquem estratégias de intervenção para crianças com tendência antissocial, lembrando que existem poucos estudos que tragam a discussão dessa temática relacionando a perspectiva do diagnóstico de TOD.

Referências

American Psychiatric Association (APA) (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Artmed.

Winnicott, D. W. (1993). A família e o desenvolvimento individual (M. B. Cipola, trad.). Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (199). Privação e delinquência (A. Cabra, trad.). Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (2000). A tendência antissocial. In Winnicott, D. W. [Autor], Textos selecionados: da pediatria à psicanálise (D. Bogolometz, trad.). Imago.

Winnicott, D.W. (2002). Da Pediatria à Psicanálise. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Francisco Alves.

A regressão no setting com crianças: contribuições de Balint e Winnicott

Isabella dos Santos Ribeiro

Consultório particular no município de Nova Friburgo-RJ

Bruno Quintino de Oliveira

Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA)

Um breve início

Neste capítulo apresentamos duas perspectivas teóricas e técnicas a respeito da psicanálise com crianças a partir do referencial dos psicanalistas Donald Woods Winnicott e Michael Balint. Esperamos, assim, contribuir ao movimento psicanalítico de nossa época considerando os efeitos que a clínica tem nos interrogado diante de sofrimentos psíquicos severos e persistentes.

Winnicott foi um pediatra e psicanalista inglês que propôs um pensamento próprio acerca da constituição psíquica. Para ele, o bebê nasce como não integrado, isto é, o lactente necessita dos cuidados fornecidos pelo ambiente que, ao longo de toda uma travessia para se tornar uma pessoa inteira, se reconhecendo e se relacionando com objetos identificados como “eu” e “não eu”, precisou de um cuidado suficientemente bom. Assim, os primeiros anos de vida teriam crucial importância para pensarmos sobre essa subjetividade que está por se constituir. Inclusive, Winnicott (1958/2011) aponta que a experiência de nascimento, as primeiras horas de vida e dias não deveriam passar despercebidos na escuta dos responsáveis quando uma criança é sugerida para atendimento, por exemplo.

No entanto, observamos diariamente em nossa prática clínica indivíduos que não puderam contar com esse ambiente considerado pelo autor como suficientemente bom. Quando não há esse cuidado que se faz fundante para a emergência do eu, e isto segue permanecendo no decorrer da vida, então temos notícias de graves falhas ambientais que podem se expressar na fala dos analisandos por um vazio sem nome,

acompanhado de uma fragilidade nos laços associativos e, por sequência, pouca criatividade. Assim, temos uma clínica que exige de nós, analistas, outras técnicas para acolher esses sofrimentos. Acreditamos que uma aposta no manejo com crianças que apresentam falhas importantes em sua constituição narcísica seria o conceito de regressão em análise que foi amplamente discutida pelos psicanalistas trabalhados aqui.

A clínica psicanalítica com crianças também nos coloca diante desses casos e, se não repensarmos sobre as especificidades da técnica psicanalítica, corremos o risco de metaforizar mais um ambiente hostil que falha em não escutar as demandas genuínas deste indivíduo. Para ser um analista suficientemente bom (Oliveira, 2022) se faz imprescindível a escuta sensível diante do que transparece na fala e dos gestos da criança. Uma rede que circunda esse indivíduo merece um olhar também cuidadoso pois é por ela que podemos costurar a singularidade da criança. A criança que chega para o atendimento psicanalítico não vem sozinha, ela é encaminhada, geralmente, por médicos, escola ou pelo âmbito da justiça, sendo acompanhada por algum adulto que irá relatar os motivos da procura por atendimento. Muitas vezes nesse primeiro contato já nos deparamos com questões graves e precisamos oferecer uma escuta sensível inclusive para o responsável que nos busca. Não se trata de também o incluir em análise, mas de encaminhá-lo para outros serviços caso isso seja necessário.

Atender crianças e adolescentes exige outras formas de emprego da psicanálise, sem deixar de seguir seus pressupostos epistemológicos. Foi a psicanalista Melanie Klein (1955/1980) quem afirmou que a criança expressa suas questões através do brincar. Essa é uma forma potente de acessar conteúdos inconscientes.

A clínica Winnicottiana: da teoria do amadurecimento emocional à técnica da regressão

A importância de Winnicott no movimento psicanalítico que continua a ressoar na contemporaneidade se deve a sua observação cuidadosa da relação de mães e bebês. Sua clínica era constituída por pessoas neuróticas, psicóticas e borderlines (Fulgêncio, 2016), apontando assim um vasto caminhar teórico e clínico bem particular para a época. Com efeito, podemos adquirir com ele uma técnica singular frente a casos considerados difíceis para o manejo transferencial do analista.

O autor propõe um pensamento próprio acerca da constituição psíquica pois valoriza os cuidados fornecidos pelo ambiente que connota o pequeno ser em detrimento de questões mais intrapsíquicas como era tematizado por Freud ao longo de sua obra. Estamos apontando, então, uma clínica voltada para os primórdios da constituição psíquica que se dá muito antes a triangulação edípica freudiana que fora tão explanada na teoria psicanalítica como o centro da constituição psíquica do sujeito e seus singulares desdobramentos na vida adulta.

Assim, Winnicott ao longo de sua obra valoriza os modos de ser da mãe, ou de quem se disponibilize em fornecer os cuidados ao lactente. Para ele o bebê nasce como não integrado, isto é, o lactente necessita dos cuidados suficientemente bons fornecidos pelo ambiente que, ao longo de toda uma travessia para se tornar uma pessoa inteira, se reconhece e se relaciona com objetos identificados como “eu” e “não eu”, conquistando assim o senso de individualidade (Winnicott, 1945/2021). Ou seja, “a tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica de cuidado do bebê pela qual o bebê é mantido aquecido, manuseado e banhado e ninado e chamado pelo nome” (Winnicott, 1945/2021, p. 289) terá papel de destaque no processo do amadurecimento emocional o que foi cunhado pelo autor como *holding* e *handling*.

Ao ressaltar a importância do ambiente no processo de amadurecimento emocional, ele valoriza aspectos entendidos naquela época como simplistas nos cuidados, como o modo que se segura o bebê, como ele é amamentado, o trocar as fraldas, etc. É fundamental que o lactente tenha seus cuidados corporais registrados no toque de um adulto que facilite e nomeie suas experiências psíquicas tão primitivas que, num momento posterior, se tornarão necessidades egóicas. Todos os cuidados fornecidos pelo ambiente de forma suficientemente boa serão então a base para uma vida balizada no gesto espontâneo, ou seja, no verdadeiro *self* (Winnicott, 1945/2021). Não temos muitas notícias desse processo quando tudo vai bem, mas podemos identificá-los com certa facilidade na clínica em sujeitos que não tiveram essa provisão sensível do ambiente. Conforme afirma o autor,

a localização do *self* no próprio corpo é muitas vezes tomada como certa, mas uma paciente psicótica em análise se deu conta de que, quando bebê, ela achava que sua irmã gêmea no assento ao lado do carrinho ela era mesma. E até se surpreendia quando alguém

pegava a irmã no colo e ela permanecia onde estava. Sua percepção do eu e do outro-que-não-o-eu não tinha se desenvolvido (Idem, 1945/2021, p. 287).

Desse modo, podemos identificar na clínica com crianças inúmeras queixas e sofrimentos que aludem a falhas consideráveis graves e que ocorreram num período precoce sem que o lactente estivesse pronto para isso - ou seja, sem um aparato psíquico que desse conta de metabolizar minimamente tal intrusão ambiental. Winnicott (1963a/1983) nos alerta que alguns estágios são fundamentais no amadurecimento psíquico. Toda a sua extensa obra contorna estes períodos como inerentes ao processo de se subjetivar enquanto indivíduo. O autor os intitula como estágio de dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência, os quais serão explorados aqui de forma a evidenciar a sua importância e que, caso não tenham ocorrido de forma satisfatória, desdobramentos psíquicos de conteúdos traumáticos e de aniquilação do ser poderão irromper no indivíduo.

Para Winnicott, o infante inicialmente se encontra em um estágio de dependência absoluta dos cuidados do ambiente: não há uma relação entre mãe e bebê porque não é possível fazer essa distinção tão clara assim. É chamada absoluta justamente porque não haveria vestígio algum de uma consciência da dependência por parte do lactente (Winnicott, 1958/2011). Trata-se de um momento em que ele está em um período chamado por Winnicott de ilusão, ou seja, o bebê acredita que está criando os objetos a sua volta. Assim, é esperado que o(a) cuidador(a) fundamental neste momento, que por vezes poderá ser a mãe, esteja ali, identificada às expressivas demandas singulares que aquele bebê exige nestas circunstâncias primitivas. Este momento de ilusão é considerado por Winnicott (1966/2012) como crucial para que somente a experiência de ser do pequeno lactente apareça, não precisando recorrer à sua frágil defesa psíquica quando há um ambiente hostil. Não há, portanto, uma clara noção por parte do lactente de ser um indivíduo. Ele é o ambiente, assim como este quem cuida também é mais um de seus feixes projetivos.

No texto “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos”, Winnicott discorre sobre a importância do ambiente facilitador nestes primeiros meses de vida do lactente, período em que o ambiente deve viabilizar o que ele conceitua como experiência da onipotência:

Com isso quero dizer mais do que controle mágico, e quero incluir no termo o aspecto criativo da experiência. A adaptação ao princípio da realidade deriva espontaneamente da experiência da onipotência dentro da área que faz parte do relacionamento com objetos subjetivos (Winnicott, 1963b/1983, p.164).

Como nos mostra a psicanalista Elsa Dias “o ambiente que no início é a mãe, ou melhor, os modos de ser da mãe – é parte do bebê, indistinguível dele. Não há, aqui, dois indivíduos, mas uma relação *sui generis* que pode ser chamada dois-em-um” (Dias, 2003, p. 130). Segundo Winnicott isso só poderá acontecer se a mãe ou quem representa esta função colocar “o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento exato (...). Em outras palavras, ocorre uma sobreposição entre o que a mãe supre e o que a criança poderia conceber” (Winnicott, 1971/1975, p.26-27). É esperado que com o tempo este ambiente suficientemente bom se desadapte de uma forma gradativa das necessidades quase ininterruptas do lactente, a fim de que ele mesmo possa lidar com os fracassos ambientais sem que com isso o mobilize a reagir psiquicamente como se fosse um trauma, pois a sua capacidade espontânea, o seu “vir a ser” está protegido (Oliveira, 2022).

Temos com o conceito de integração, termo cunhado por Winnicott, uma boa explicação sobre os efeitos que um ambiente facilitador propicia na subjetividade do pequeno indivíduo:

Gostaria de dizer que, nestas primeiras e importantíssimas semanas da vida do bebê, os estágios iniciais dos processos de amadurecimento têm sua primeira oportunidade de se tornarem experiências do bebê [...]. Pode-se dar nome a estas coisas. A principal delas pode ser abrangida pela palavra *integração*. Todas as partículas e fragmentos de atividade e sensação de que vão constituir aquilo que passamos a conhecer como este bebê específico começam a congregarem-se em determinados períodos, de tal forma que há momentos de integração em que o bebê é uma unidade, embora, naturalmente, uma unidade muitíssimo dependente. Dizemos que o apoio do ego materno facilita a organização do ego do bebê. Com o tempo, o bebê torna-se capaz de afirmar sua própria individualidade, e até mesmo de experimentar um sentimento de identidade pessoal (Winnicott, 1950/2012, p. 8-9).

Caso ocorra um considerável fracasso em termos de *holding* neste momento tão sensível em que o bebê está por se constituir psiquicamente, poderá haver um verdadeiro estado de aniquilação, fragilizando

a possibilidade deste lactente de se constituir no tempo, no espaço e na relação com o mundo (Graña, 2016). Winnicott dirá que a partir dessas excessivas falhas aconteceria então “uma séria interferência com a tendência natural que existe na criança de se tornar uma unidade integrada, capaz de ter um *self com um passado, um presente e um futuro*” (Winnicott, 1963a, p.82, grifos nossos). Assim, um *holding* deficiente (Winnicott, 1960a/2011) produziria uma intensa aflição na criança, sendo fonte da sensação de despedaçamento, isto é, um “eu” estilizado com poucos recursos psíquicos para se defender das intrusões do grave fracasso ambiental, metaforizado por Winnicott como a sensação de estar caindo num poço sem fundo, como se a realidade exterior, ou em outros termos a noção de “não-eu” estar impossibilitada de ser usada para um reconforto interno. Seria, enfim, um tipo de ansiedade que fica no plano do inconcebível na infância trazendo notícias de uma não conquista da importante relação entre a psique do bebê com o soma, o seu corpo (Winnicott, 1966/2012).

Posteriormente, o infante se encontra no segundo estágio, que foi denominado por Winnicott (1963a/1983) de dependência relativa. Nesse momento, se o período anterior foi sentido pelo bebê como sendo suficientemente bom, ele começa a ter notícias dos cuidados fornecidos pelo ambiente emergindo assim certa diferenciação entre o ambiente e o bebê, há uma consciência desta dependência. Há muitos ganhos nesse estágio como a volta deste cuidador para outros interesses de sua vida (Winnicott, 1963a/1983). Segundo Abram (2005), os cinco principais fatores da experiência de dependência relativa são: 1) A desadaptação materna, com sua falha gradual para o bebê; 2) a compreensão intelectual deste em torno do ambiente que o rodeia 3) a consciência de sua própria dependência; 4) a apresentação dos objetos pela mãe e 5) a capacidade do bebê de identificar-se com estes.

Num terceiro estágio, passada as duas anteriores de forma satisfatória, a criança encontra-se na assim denominada rumo à independência. Winnicott (1963a/1983) usa a expressão rumo à pois a noção de uma independência nunca é completa de fato. Contudo, a ida da criança para a escola, suas conquistas ao se relacionar com outras pessoas para além do seio familiar, trazem reverberações de que houve anteriormente um ambiente facilitador que propiciou este amadurecimento emocional, esta conquista em se relacionar com os objetos. Este período segue estendido a vida adulta por meio dos aspectos culturais que atravessam o indivíduo.

Brevemente exposto os três estágios fundamentais para um amadurecimento emocional satisfatório discutiremos sobre as falhas ambientais num momento muito precoce onde infante não as entende como sendo do ambiente, mas como sendo dele próprio (Winnicott, 1967/1999). Assim, o que é traumático é o bebê precisar a reagir a falhas sem que ele esteja pronto para isso. O conceito de trauma pode ser compreendido como uma

significativa quebra de continuidade na existência de um indivíduo. É somente sobre uma continuidade no existir que o sentido do *self*, de se sentir real, de ser, pode finalmente se estabelecer como uma característica da personalidade do indivíduo (Winnicott, 1967/1999, p.4).

Não podemos esquecer que a clínica infanto-juvenil também é composta por casos graves decorridos de falhas ambientais num momento muito precoce do amadurecimento emocional. Acreditamos que uma aposta no manejo com essas crianças seria o conceito de regressão em análise, o qual pode trazer muitas controvérsias na psicanálise, mas buscaremos pensá-lo a partir das formulações feitas por Winnicott e Balint.

Congelado o tempo, inibição da espontaneidade: a regressão para Winnicott

A regressão, por meio da técnica de *holding* do analista, oferece a oportunidade de o *setting* funcionar como um ambiente facilitador frente ao que foi traumático para o bebê. A regressão à dependência possibilitaria um recomeço dos processos de maturação do sujeito, que até então estavam paralisados. Se trata, portanto, de possibilitar um processo sendo este fortalecido para cada paciente que “tem seu próprio ritmo e traça seu próprio percurso. Todos os aspectos importantes desse processo originam-se no paciente, e não em nós como analistas” (Winnicott, 1954a/2021, p. 462-463). Sob esse viés, entendemos ser vital que o analista tenha uma escuta sensível para localizar o paciente no seu processo de amadurecimento emocional, para não sermos intrusivos ou faltosos demais.

Essa formulação winnicottiana sobre o conceito de regressão é de suma importância, uma vez que não se trata de submeter os pacientes

a um processo de regressão à dependência, mas de estar disponível caso essa possibilidade surja em análise. Para isso é necessário compreendermos quem é o analisando que está sob nossos cuidados e, de maneira muito didática, Winnicott (1954a/2021) fez essa distinção: existem os pacientes inteiros, ou seja “funcionam como pessoas inteiras, cujas dificuldades estão no âmbito dos relacionamentos interpessoais” (Winnicott, 1954a/2021, p. 463). São as pessoas afortunadas que puderam contar com um ambiente suficientemente bom em sua infância. Também há os pacientes em que “a personalidade está começando a se tornar algo que poderíamos, com segurança, descrever como inteiro” (Winnicott, 1954a/2021, p. 463). Assim serão os pacientes que passaram por falhas ambientais num momento precoce do processo de amadurecimento emocional, mas que com um suporte poderão se tornar pessoas inteiras. Ainda há um grupo que serão

todos aqueles pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, até o estabelecimento da personalidade como uma entidade e antes da aquisição do status de unidade em relação a espaço-tempo (...) a respeito desse terceiro grupo, a ênfase recai mais frequentemente sobre o manejo, e por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, com o manejo ocupando a totalidade do trabalho (Winnicott, 1954/2021, p. 464).

Nesse contexto, o importante é a ampla disponibilidade do analista para compreender as necessidades de cada analisando (Winnicott, 1954b/1978). A regressão à dependência pode se dar no *setting* analítico pois se por um lado

as sensações de fragilidade e desamparo conduzem ao desespero, por outro, o traço mais forte do *holding* é dar apoio à ilusão de ter poder. Mesmo na vida adulta, é preciso manter certo grau de crença na onipotência para compensar a desigualdade entre as dificuldades da vida cotidiana e os recursos de que disponibilizamos para enfrentá-las. O *holding* garante, pois, uma reserva de onipotência necessária à vida para que se sinta esperança no futuro (Cintra, 2003, p. 41-42).

Destacamos que a regressão à dependência não deve ser confundida com paciente regredido. Regressão à dependência está relacionada ao paciente que, via transferência, regride à dependência. Já o paciente regredido é um sujeito que, devido a uma falha ambiental

precoce, não pôde alcançar sua maturidade emocional de forma suficientemente boa (Winnicott, 1954a/2021; Abram, 2000).

Em “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico”, Winnicott (1954a/2021) valorizava o fato da regressão ser uma técnica fundamental para casos graves. Mas por qual motivo?

A organização que torna a regressão útil se distingue das outras organizações defensivas pelo fato de carregar consigo a esperança de uma nova oportunidade de descongelamento da situação congelada e de proporcionar ao meio ambiente, isto é, o meio ambiente atual, a chance de fazer uma adaptação adequada, apesar de atrasada (...) Parece-me que apenas recentemente na literatura a *regressão à dependência* passou a ocupar seu lugar legítimo nas descrições clínicas. Isto deve ter acontecido porque apenas recentemente nos sentimos fortes o suficiente na nossa compressão do psique-soma de do desenvolvimento mental individual, para podermos nos permitir examinar e levar em conta o papel desempenhado pelo meio ambiente (Winnicott, 1954a/2021, p.466-467, grifado no original).

Muitas crianças possuem histórias de vida muito densas e com repetidos históricos de violências, abusos físicos, sexuais e psicológicos, uso de substâncias psicoativas e lutos que não foram elaborados, por exemplo, que são elementos que já nos dão notícias de um ambiente traumático e hostil. O que Winnicott (1954a/2021) propõe nesses casos é uma psicanálise que não esteja pautada em grandes interpretações, mas numa escuta sensível e no manejo como protagonista da sessão. Na clínica com crianças isso pode ficar ainda mais exacerbado pois pode chegar no contato físico, inclusive. Como algumas crianças vão querer se deitar no colo de seus analistas e ficar ali sem nada dizer e, em casos de regressão em análise, não se trata do analista interpretar esse momento, mas estar ali disponível para atender as necessidades do infante. Fazendo alusão do analista como essa metáfora de um ambiente suficientemente bom, Winnicott pontua: “na terceira categoria está o desenvolvimento emocional primitivo, no qual é necessário que a mãe esteja segurando concretamente a criança” (Winnicott, 1954a/2021, p. 464).

Precisamos estar advertidos de que a regressão tem como função uma “busca pelo *self* verdadeiro” (Winnicott, 1954a/2021, p. 464). Quando estamos diante de pacientes que passaram por ambientes traumáticos o verdadeiro *self* pode estar encapsulado, escondido e submetido ao predomínio do falso *self*. Winnicott (1960b/2007) diz que muitas

vezes a criança sobrevive ao trauma, mas sobrevive falsamente. Dito de outro modo, ela sobrevive graças aos cuidados de higiene e alimentação, mas perdeu o gesto espontâneo e a capacidade de se sentir real e pertencente ao próprio corpo. Por isso, a regressão pode ser um importante manejo junto aos casos graves, pois “regressão indica simplesmente o contrário de progresso” (Winnicott, 1954a/2021, p. 466). Ou seja, muitas vezes, faz-se necessário regredir ao estágio de dependência absoluta para que seja possível descongelar afetos que se encontram encapsulados e, posteriormente, seguir adiante. De forma muito clara, Winnicott, nos diz como isso acontece na clínica:

Provisão de um *setting* que proporcione confiança.

- Regressão do paciente à dependência, com a devida consciência dos riscos envolvidos.
 - O paciente tem a noção de um novo senso de si, e o *self*, até aqui oculto, rende-se ao ego total. Nova progressão do processo individual que estava paralisado.
 - Descongelamento de uma situação de falha de ambiente.
 - A partir da nova posição de força do ego, raiva relativa à falha inicial, sentida no presente e expressada.
 - Saída da regressão à dependência, em progressão organizada em direção à independência.
 - Desejos e necessidades instintivos tornam-se realizáveis de modo genuinamente e viva.
- E tudo isso repetindo-se inúmeras vezes* (Winnicott, 1954a/2021, p. 475, grifos nossos).

Assim, temos uma direção de como esse manejo pode funcionar na clínica com casos graves, o que inclui crianças e adolescentes. Ocorrido então essa técnica da regressão pela perspectiva winnicottiana se estabelece alguma condição para a emergência de um *self* menos rígido frente ao ambiente e mais espontâneo no seu âmago, sendo então o trabalho analítico um espaço que consistirá em “pavimentar o caminho para que o paciente consiga caminhar rumo à independência, travessia que lhe confere certa segurança no relacionamento com os objetos” (Oliveira, 2022, p.161).

A regressão na clínica balintiana e a possibilidade de um novo começo

Outro autor que abordou bastante esse tema em sua obra foi o psicanalista húngaro e discípulo próximo a Sándor Ferenczi: Michael

Balint. Contamos com algumas traduções aqui no Brasil e dentre elas o livro que se intitula “A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão”, que foi originalmente publicado em 1968. Nessa obra ele expõe alguns conceitos que serão brevemente descritos para que possamos avançar na discussão. Inicialmente iremos abordar o que ele postula como sendo falha básica, que seria ocasionada devido a experiência do infante em viver em um ambiente traumático, ou seja, há um descompasso nas necessidades biopsicológicas e o cuidado oferecido pelo ambiente (Balint, 1968/2014), gerando uma dificuldade de ser, de sentir a si mesmo. A falha básica é uma ferida que pode ser mais ou menos grave e o que podemos proporcionar na condução da análise é uma cicatrização.

Aqui podemos fazer alguma aproximação com a discussão winnicottiana sobre o lugar de destaque que o ambiente exercerá na constituição psíquica do bebê. Como aponta a psicanalista Ana Suy (2022), ser recebido com amor é uma questão de vida ou morte, e Balint (1968/2014) também privilegia o lugar em que nasce e vive uma criança, propondo que ser recebido com cuidado ou com hostilidade terá efeitos na vida psíquica do infante. Desse modo, ele afirma que “o que chamamos de falha básica, que não é um complexo, conflito ou clivagem, mas uma falha na estrutura da personalidade, algo mais parecido como um defeito ou cicatriz” (Balint, 1968/2014, p. 99). Muitas crianças que chegam em nossos consultórios trazem essa marca como uma defesa frente ao ambiente em que vivem ou viveram.

Por esse motivo se faz necessário estarmos atentos ao nosso lugar enquanto analistas para não atualizarmos uma inadaptação que já foi experienciada pelo infante. Assim como proposto por Winnicott (1954a/2021), Balint (1968/2014) também fala sobre a regressão em análise como um manejo frente aos casos difíceis. Para ele o momento da regressão na análise é um fenômeno intrapsíquico e interpessoal. Valorizando mais o aspecto interpessoal, o autor acredita que não precisa haver grandes interpretações, já que o mais importante, segundo ele, é a figura do analista que precisa estar disponível para fornecer novo começo ao paciente. Essa é a aposta clínica de Balint aos casos mais graves, conforme descreve:

Depois que se permitiu o desenvolvimento dessa atmosfera, inevitavelmente o paciente irá esperar o retorno ao mundo harmonioso onde vivera antes do “trauma” que estabeleceu sua falha básica.

Naquele mundo, que chamamos de amor primário, não pode haver e não existe nenhum choque de interesse entre o sujeito e seu entorno (Balint, 1968/2014, p. 119).

Com essa afirmação, Balint se distancia do pensamento freudiano de narcisismo primário e aponta para o conceito de amor primário, pois compreende que o bebê busca, desde o início de sua vida libidinal, estabelecer relações de objeto. O autor relata casos clínicos em que os pacientes frequentemente acabam agindo no campo simbólico porque a falha básica foi constituída nos estágios anteriores à fala, sendo, portanto, difícil de ser verbalizada. Então:

as expressões não verbais (comportamentos, repetições ou *acting outs*) adquirem a mesma importância das comunicações verbalizadas, uma das principais tarefas do analista é traduzir para o paciente seus comportamentos primitivos que ainda prescindam da linguagem, não apenas como um intérprete, mas como o que Balint chama de 'informante', ajudando o paciente a se dar conta do que vinha fazendo na situação analítica (Peixoto Junior, 2013, p. 65).

Assim é imprescindível nos atentar ao que será atuado na clínica, uma vez que muitas crianças podem fazer isso ao se negar a entrar no consultório, por exemplo. E isso não se trata, necessariamente, de uma defesa ou resistência, mas de uma dificuldade em sustentar a análise, em entrar em contato com seus afetos. Balint (1986/2014) nos convida a compreender o que também não é dito na sessão. Isso significa ir além do conteúdo verbal, e na clínica com crianças isso ganha muitos contornos devido a vastidão de possibilidades que pode acontecer. Desse modo, é preciso estar atento ao uso que o infante faz do brinquedo, o destino que dá a eles, como é o seu brincar dentro no *setting* analítico.

Sob esse viés, entendemos que o analista precisa apresentar uma escuta sensível para localizar o paciente no seu processo de amadurecimento emocional, para não sermos intrusivos ou faltosos demais e, se possível, uma vez que compreendemos que nem todos os analisandos chegarão ao novo começo, como descrito por Balint (1968/2014), possibilitarmos tal conquista. Como o conceito de novo começo é voltado para objetos e para uma entrega, ou seja, voltar a confiar na relação e no vínculo com o mundo, estabelecendo um ambiente de confiança mútua, o paciente precisa se habilitar a (re)fazer novos caminhos e a desenvolver novas formas de estar com o objeto. E,

para cumprir com essa finalidade, ele deve aceitar representar o papel de um objeto primário durante o tempo que for necessário, colocando-se no *setting* sem oferecer resistência. Desta forma, o analista permite que o paciente experimente com ele uma espécie de interpenetração harmoniosa, como aquela que é vivida com as substâncias primárias no período primitivo do sujeito com seu ambiente (Peixoto Junior, 2013, p. 64-65).

Por isso, é importante destacar o papel do analista com esses pacientes graves, e estarmos advertidos de que esse novo começo pode ser possível através de uma regressão em análise. Balint (1968/2014, p. 119) afirma que “o desenvolvimento dessa atmosfera, inevitavelmente o paciente irá esperar o retorno ao mundo harmonioso onde vivera antes ‘trauma’ que estabeleceu sua falha básica”. Assim sendo, trata-se de regredir ao momento antes da falha básica e estabelecer relações de objeto, voltando a confiar no mundo externo.

Não podemos esquecer que Balint (1968/2014) aponta para os riscos da regressão em análise e afirma que elas podem ter seu lado maligno e benigno. A respeito disso, Medeiros & Peixoto (2016, s/p) valorizam o conceito de regressão maligna e benigna: a primeira é caracterizada “por uma insaciabilidade e voracidade com fins de gratificar os impulsos pulsionais” (Medeiros & Peixoto Junior, 2016, s/p); já a segunda, como a possibilidade de um novo começo ao paciente, sendo “uma regressão que conduz a uma progressão não traumática” (*idem*).

Na esteira desse pensamento, destacamos que a regressão maligna pode estar ligada a um ressentimento, ou seja, os pacientes não sabem daquilo que os traumatiza, e podem continuar nessa posição de não querer saber e mostrar resistências no processo analítico, apresentando uma indisponibilidade de elaborar o que lhe foi retirado na infância – isso implica uma não adaptação à realidade compartilhada. Em contrapartida, na regressão benigna, o novo começo é possível. Inclusive, podemos fazer um paralelo com o conceito winnicottiano de *holding*, visto que ele também se preocupa com uma psicanálise que não esteja pautada em grandes interpretações, mas que “proporciona uma oportunidade para algo novo acontecer dentro da criança. A confiabilidade e a regularidade proporcionadas pelo setting psicanalítico – a criança é atendida na mesma sala e na mesma hora” (Alvarez, 1936/2020, p. 26).

Considerações finais

Assim sendo, podemos pensar numa proximidade nas construções teóricas de Winnicott e Balint, uma vez que ambos têm em comum a valorização do ambiente na constituição psíquica e seus possíveis desdobramentos traumáticos. Muitas crianças, que habitaram um terreno espinhoso para se constituírem enquanto indivíduos, irão inaugurar, no percurso de análise, essa experiência de cuidado. Também precisamos apostar que, apesar nos inúmeros desafios na clínica com crianças, os dispositivos de saúde e os consultórios privados podem funcionar como um ambiente suficientemente bom.

Geralmente, os serviços que atendem crianças e adolescentes se deparam com uma clientela que não contou com um ambiente facilitador e, por isso, algumas demandas estão diretamente ligadas a falhas que ocorreram numa fase precoce do amadurecimento emocional. Sendo assim, os serviços em geral que se propõem a atender crianças, seja público ou privado, incluindo os serviços-escola, deveriam exercer essa função facilitadora para que essas crianças possam experimentar, de algum modo e talvez pela primeira vez, a continuidade do ser.

Desafios colocados, propomos não recuarmos frente a nossa contemporaneidade clínica a partir de uma escuta sensível, particular e sobretudo vitalizadora que permite a esses sujeitos um olhar para si mais integrado, criativo e espontâneo. Metaforizados pelo *holding* ou pela regressão benigna, o analista poderá ser um facilitador para que este trauma, ainda que insista na história psíquica desses pacientes, não seja o protagonista de suas falas.

Referências

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Alvarez, A. (1936/2020). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderlines, desamparadas e que sofrem abuso*. São Paulo: Blucher.
- Balint, M. (1968/2014). *A falha básica, aspectos terapêuticos da regressão*. Traduzido por Francisco Franke Settineri. São Paulo: Zago-doni, 2º Ed.
- Cintra, E. M. U. (2003). As funções anti-traumáticas do objeto primá-

- rio: holding, continência e rêvieri. In: *Tempo Psicanalítico*. 35, 37-55.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Fulgêncio, L. (2016). *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni
- Graña, R. B. (2016). *Origens de Winnicott: ascendentes psicanalíticos e filosóficos de um pensamento original*. Curitiba: Juruá.
- Kupermann, D. (2019). *Por que Ferenczi?* São Paulo: Zagodoni.
- Klein, M. (1955/1980). A Técnica Psicanalítica Através Do Brinquedo: Sua História E Significado. In: Klein, M.; Heimann, P.; Monkey-Kile, R. E. (orgs). *Novas Tendências na Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 25 – 47.
- Medeiros, E. C. & Peixoto Junior, C. A. (2016). O manejo clínico de “casos difíceis”: herança e atualidade de Sándor Ferenczi nas abordagens de Winnicott e Balint. *Rev.Subj.*, v.16, n.2.
- Oliveira, B. Q. (2022). *A técnica psicanalítica nos casos-limite: contornando fronteiras*. Rio de Janeiro: INM Editora.
- Peixoto Junior, C. A. (2013). *Michael Balint: A originalidade de uma trajetória psicanalítica*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Suy, A. (2022). *A gente mira no amor e acerta na solidão*. São Paulo: Planeta do Brasil.
- Winnicott, D. W. (1945/2021). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu editora.
- Winnicott, D. W. (1950/2012). A mãe dedicada comum. In: *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1954a/2021). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu editora.
- Winnicott, D. W. (1954b/1978). Retraimento e regressão In: *Textos Escolhidos: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott, D. W. (1958/2011). O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional In: *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1960a/2011). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê In: *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1960b/2007). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “Self”. In: Winnicott, D. W. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1963a/1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo in: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1963b/1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1966/2012). A mãe dedicada comum In: *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1967/1999). O conceito de indivíduo saudável. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Winnicott, D. W. (1971/1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

EIXO 3
RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Luz, Câmera e Ação: o brincar enquanto ferramenta clínico-política

Beatriz Morais Adler

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Melissa Ribeiro Teixeira

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Perla Caldas Klautau de Araújo

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Introdução: a construção de um dispositivo clínico-político com crianças

Este capítulo busca discutir o conceito do psicanalista Donald Winnicott (1971) de brincar enquanto forma de associatividade e articulá-lo com a construção de um dispositivo clínico-político realizado em uma escola municipal do Rio de Janeiro. Essa experiência ocorreu através de um projeto de extensão denominado Rede, Território e Atenção Psicossocial: estratégias para a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) durante os anos de 2021 e 2022. Estavam presentes semanalmente na escola estudantes de psicologia e de terapia ocupacional, assim como as coordenadoras do projeto. A partir do que se escutou das crianças, o trabalho se ancorou no processo de realização de um filme que tem como título *Heróis Contra a COVID* e no ano seguinte da sua sequência, a *Parte II*.

Com a criação deste dispositivo, buscou-se colocar as luzes e as câmeras nas crianças, trazendo-as para a cena e propiciando a visibilidade delas na escola, espaço que habitam cotidianamente, mas onde muitas vezes não são escutadas. Juntando-se à luz e à câmera, o brincar representa a parte da ação: com o filme foi possível construir um espaço de confiança em que as crianças podiam fantasiar, simbolizar, experi-

mentar e criar. Por isso, o brincar (Winnicott, 1971) pode ser considerado uma ferramenta que ajudou na sustentação teórica dessa proposta.

Primeiramente, é relevante discorrer sobre o embasamento para a construção do dispositivo. Pode-se afirmar que há uma variedade de dispositivos de escuta, que não se restringem ao mais conhecido da clínica individual. René Roussillon (2019) aponta para a construção de espaços propícios para a integração da experiência subjetiva que, ao ser comunicada e compartilhada por um outro sujeito, adquire valor de linguagem. A partir dessas interações e dos processos de transferência é possível construir um espaço de simbolização e elaboração de sentimentos e memórias (Roussillon, 2019).

Também é essencial sublinhar a relação intrínseca que há entre os conceitos de clínica e política. Rosa (2013) apresenta como o termo clínico-política muitas vezes está associado a uma extensão da psicanálise fora da clínica nas suas formas tradicionais. Porém, é preciso refletir como esse campo de intervenção é construído para não apenas aplicar a psicanálise já existente, mas que seja uma psicanálise que de fato tenha sentido e coerência naquele território e momento. Assim, a autora aponta uma diferença do que seria a psicanálise aplicada, caminhando no sentido de uma psicanálise implicada, isso é, “aquela constituída pela escuta dos sujeitos situados precariamente no campo social que permite teorizações sobre os modos como são capturados e enredados pela maquinaria do poder.” (Rosa, 2013, p. 2). Portanto, demonstra que a abordagem psicanalítica clínico-política propõe diagnosticar não os indivíduos, mas os laços sociais cristalizados nas instituições que perpetuam a exclusão e os preconceitos de classe, gênero e raça (Rosa, 2013).

O caráter político da clínica também aparece pela possibilidade de levar o sujeito a se interrogar sobre si e ao mesmo tempo sobre sua realidade. O objetivo, portanto, é tornar visível essas questões que normalmente são invisíveis e inaudíveis, entendendo que “escutar, dar crédito, validar, em suma, reconhecer os efeitos psíquicos de situações de vulnerabilidade social permite dar visibilidade ao sofrimento. Este é um primeiro passo indispensável para qualquer estratégia de mudança de sua posição no mundo.” (Kloutau, 2017, p. 119).

A partir desse entendimento da articulação entre clínica e política, é imprescindível falar do contexto sócio-histórico que estava presente quando a equipe do projeto de extensão foi construir esse espaço com as crianças. Durante o ano de 2020, a atuação presencial do projeto

na escola municipal foi interrompida pela pandemia da COVID-19. A crise sanitária trouxe como central o risco de morte, que incidiu principalmente em adultos e sobretudo na população idosa. Voltolini (2022) nos convoca a pensar que as crianças e adolescentes não tiveram papel de protagonistas nas manchetes, exceto quando a questão se tornava sobre o fechamento das escolas e todas as suas consequências.

Quando, em março de 2020, o Brasil aderiu às medidas sanitárias para conter a quantidade de casos de COVID-19, uma das ações foi fechar todas as escolas. A realidade da maioria das escolas privadas foi rapidamente aderir ao ensino remoto através das plataformas digitais (Buono & Mazza, 2021). Porém, importante apontar que não foi esse cenário que diversas escolas públicas do país vivenciaram. Segundo uma pesquisa realizada em 2021 pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) apenas 64% das escolas públicas do país disponibilizaram aulas online, enquanto nas escolas privadas esse número chegou a 88% (Buono & Mazza, 2021). Podemos questionar ainda quais foram as condições reais dos alunos e professoras das escolas públicas que tiveram aula online.

A alta porcentagem da população vacinada contra a COVID-19 causou um impacto direto na diminuição dos casos, especialmente os graves e as mortes, como aponta o Instituto Butantan (<https://butantan.gov.br/noticias/nao-vacinados-representam-75-das-mortes-por-covid-19-diz-estudo-brasileiro>, recuperado em 20 de janeiro, 2023). Neste cenário, as crianças e adolescentes foram as últimas a entrarem na fila, ordem essa que gerou diversas discussões. Quais são as prioridades? Será que as crianças e adolescentes deveriam se vacinar primeiro para retornarem à escola? Qual é a importância da escola? Por fim, as escolas públicas apenas voltaram em um modelo híbrido em 2021 após a vacinação das profissionais da educação.

Podemos compreender a escola como um espaço para o aprendizado, mas também um lugar na rede de relações. Dessa forma, a escola é um espaço constitutivo da socialização enquanto processo de entrada da criança no mundo público (Voltolini, 2022). A posição de aluno é o primeiro status público que a criança recebe e que confere a ela uma função importante e um estatuto dentro da pólis (Voltolini, 2022). O que foi para essas crianças, então, ficarem distantes desse espaço? De que forma elas entenderam o que estava acontecendo no cenário da pandemia? Como podemos escutá-las?

A equipe do projeto de extensão pôde escutar algumas crianças durante o período descrito acima. Como embasamento para esse trabalho de extensão, utiliza-se o conceito de promoção da saúde mental, que visa impulsionar processos de fortalecimento de indivíduos e também de comunidades para que desenvolvam maior autonomia, possam lidar com os diversos condicionantes da saúde e consigam viver da melhor forma (Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental [NUPPSAM], 2020). Ter como referência este conceito implica em uma ampliação do próprio entendimento do processo de saúde e doença, em que estar saudável não é apenas a ausência de doenças (Czeresnia, 2003). Com base nesta discussão, o objetivo é construir estratégias para fortalecer as crianças a partir do senso de pertencimento, valorizando as relações entre elas, com a comunidade escolar e os seus territórios de vida.

Nesse sentido, Winnicott (1971) compreende o brincar como um componente essencial para a promoção da saúde. A palavra brincar é tema de pesquisa de diversas áreas do conhecimento. Assim, é importante destacar que neste trabalho será evidenciada a noção do psicanalista inglês que fala do brincar como uma forma de associatividade e como uma ferramenta da psicanálise com crianças, adolescentes e também adultos (Winnicott, 1971). Na versão original, o termo utilizado é *to play*, enquanto no francês é *jouer*, expressões que abarcam campos semânticos mais amplos. Em português a tradução se tornou brincar, que é uma palavra majoritariamente referenciada ao contexto infantil. Porém, é preciso compreender que o autor se debruça em conceituar o verbo brincar, que poderia ser traduzido também como jogar, que não são sinônimos do substantivo brincadeira, como veremos a seguir.

Winnicott (1971) sublinha que o brincar é algo natural, universal e que pertence ao âmbito da saúde. Nesse sentido, aproxima este conceito ao próprio fazer psicanalítico, ao afirmar que “a psicanálise foi desenvolvida como uma forma altamente especializada de brincar, em prol da comunicação consigo mesmo e com os outros.” (Winnicott, 1971, p. 74). O autor compreende o *play* ou o jogo sem regras da criança como formas de associações livres não verbais, por isso os recursos do jogo ou do desenho livre são utilizados nas psicoterapias infantis (Roussillon, 2019). No entanto, esta ferramenta não se restringe ao público infantojuvenil, uma vez que os adultos também têm formas de *play* e de associar como, por exemplo, através das conversações que

vão levando de um tema a outro (Roussillon, 2019). Winnicott (1971) aponta que a linguagem seria uma ampliação ou uma extensão do brincar e da comunicação e, portanto, ter a capacidade de brincar é relevante para as diversas faixas etárias.

Nesse contexto, entender o brincar de forma mais ampla e complexa não significa jogar um jogo ou desenhar com o adulto da mesma forma que se faz com uma criança. Winnicott (1971) chama atenção para o brincar enquanto uma coisa em si, uma ação. Assim, traz o brincar enquanto uma condição do encontro analítico, no sentido da pessoa descobrir a habilidade de jogar e de buscar respostas, tornando essa ferramenta mais importante do que a própria interpretação (Abram, 1996). O que está no cerne da ferramenta do brincar para a psicanálise, portanto, é a possibilidade de associar, ser criativo e poder desfrutar do que o autor vai denominar de terceira área da experiência.

Luz, Câmera, Ação: as crianças entram em cena

Para trazer as crianças para a cena e contar o percurso do trabalho é imprescindível contextualizar seus territórios de vida. O território não é um conceito que se limita ao local físico, natural e estático, é um espaço dinâmico, vivo, feito de interações entre as características físicas da área e as pessoas que ali habitam, suas práticas, instituições, afetos, políticas, memórias e os modos múltiplos de viver (Lima & Yasui, 2014). Por isso, a importância de escutar os diferentes sentidos que os sujeitos constroem sobre os lugares que habitam no cotidiano, compreendendo que isso faz parte da construção de suas subjetividades.

O projeto de extensão acontece em uma escola municipal de ensino infantil e fundamental I, localizada na Zona Sul do Rio de Janeiro, região altamente marcada pela desigualdade social. A escola recebe majoritariamente crianças de uma favela da região, a qual é marcada pela limitação de recursos públicos e constantes intervenções da polícia. Cunha e Mello (2011) apontam que em cenários como estes, a população muitas vezes é tratada como bandidos em potencial, sobretudo a população mais jovem.

Nesse sentido, em muitas situações, inclusive no contexto escolar, a palavra criança é substituída por menor ou meliante. Isso é marcado pelo território e pelas diferenças étnico-raciais. Grande parte dos estudantes presentes são crianças pretas e isso é uma questão essencial

de pensar para implicar a escuta. Como aponta o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2010), o racismo está presente nas escolas e causa efeitos desde a primeira infância. Alguns caminhos indicados em prol de uma infância mais igualitária são: não naturalizar atitudes racistas, uma vez que são crimes, promover a convivência com a diversidade étnico-racial, além de propiciar um espaço acolhedor caso aconteça alguma discriminação (UNICEF, 2010).

A partir da extensão procura-se escutar e valorizar a palavra de crianças que muitas vezes não são compreendidas enquanto sujeitos. Por isso, a importância de olhar para o território de vida delas e refletir sobre as formas que a sociedade as enxerga. É preciso ressaltar que não são apenas palavras, mas formas de olhar, escutar e compreender essas pessoas. O trabalho da equipe visa escutar o que eles têm a dizer sobre si mesmos e construir uma psicologia e terapia ocupacional que atuem em conjunto com essas vozes, e não como quem detém o saber sobre o que é a infância.

Com a presença semanal na escola, a equipe logo recebeu demandas referentes à agressividade entre as crianças. Pensando no próprio contexto da pandemia e do retorno ao ensino presencial depois de dois anos é importante refletir como este não foi um caso isolado. Uma pesquisa realizada em todas as regiões do Brasil aponta que 6 entre 10 professores avaliam que a violência entre os alunos aumentou depois do retorno ao presencial (Palhares, 2022). Entre os possíveis motivos, os educadores apontam para o aumento das fragilidades psicológicas, o agravamento da vulnerabilidade social das famílias durante a pandemia e a pouca socialização dos alunos por conta do afastamento da escola (Palhares, 2022). Assim, é importante não individualizar essas situações e entendê-las a partir de um âmbito coletivo e dentro de um contexto sócio-histórico.

Nesse cenário, caminhando para uma não individualização dos sofrimentos, a equipe apostou na construção de um espaço coletivo em que as crianças poderiam se expressar de diversas formas. Para auxiliar as extensionistas na escuta e no registro utilizou-se o recurso do caderno de campo em que cada uma escrevia suas percepções sobre os encontros com as crianças. A partir desses relatos buscou-se trazer um pouco a voz das crianças, uma vez que eles são os protagonistas dessa experiência. Ademais, importante afirmar que todos os nomes foram modificados a fim de assegurar o sigilo dos participantes.

No início da atuação em 2021, a equipe realizou algumas atividades mediadas pela linguagem escrita e por desenhos para propiciar a conversa sobre a pandemia e o retorno à escola. A partir do que se escutou das crianças foi possível perceber que a linguagem audiovisual fazia mais sentido para eles do que a escrita. Sobretudo, por conta do contexto pandêmico, o processo de alfabetização dessas crianças foi interrompido e estava presente uma insegurança com a escrita. Assim, surgiu das próprias crianças a ideia de produzir vídeos curtos que ao longo do tempo foi se transformando na proposta de fazer um filme.

O primeiro passo foi escolher junto com eles quais seriam os papéis de cada um no filme: roteiristas, atores, atrizes, figurinistas e câmera. A equipe explicou quais eram as tarefas de cada um e eles foram escolhendo de acordo com os seus interesses. O papel das extensionistas era estar ali para apoiar, acompanhar o processo de criação e mediar a interação deles no grupo. O dispositivo filme, então, proporciona não só o produto final, mas também formas de ver e escutar aquelas crianças e as suas inter-relações depois de um tempo afastadas do ambiente escolar.

Depois de algumas semanas explorando as ideias para o roteiro do filme, a equipe e as crianças chegaram na proposta de que o fio condutor da história seria uma batalha contra o coronavírus e que o título seria “Heróis Contra a COVID”. A história do filme girava em torno dos alunos apresentarem os espaços da escola, mostrando como ela estava vazia e convidando as outras crianças para retornarem às aulas também. Ao longo das filmagens, o maior desafio foi lidar com os conflitos na relação entre os alunos. Diversas vezes aconteciam entre eles xingamentos que chegavam a brigas físicas, cabendo à equipe mediar através da conversa, quando possível, e em situações mais graves pedir o auxílio da professora.

Mesmo com as dificuldades, ao final dos encontros em 2021, foi possível concluir o filme, o que foi importante como algo concreto de todo o trabalho que foi realizado com eles, apesar do percurso todo ser o principal. A única parte que não foi possível compartilhar com as crianças foi a edição, uma etapa que seria muito interessante de fazer com eles, mas por dificuldades técnicas não foi possível. Um desafio foi conseguir juntar todas as cenas e fazer o filme ter um fio condutor narrativo que fizesse sentido para outras pessoas que não estavam presentes na gravação. Uma estratégia, então, foi convidar a professora da

turma para ser a narradora do filme. A finalização do trabalho em 2021 foi passar o filme pronto para os pequenos cineastas que o produziram.

A partir dos vínculos criados em 2021 e do pedido deles de uma continuação para fazer o filme *Heróis Contra a COVID 2*, a equipe decidiu continuar com a mesma turma que agora estava no 5º ano. Importante lembrar que esse é o último ano que os alunos ficam nesta escola e a partir do 6º ocorrem diversas mudanças na rotina como a quantidade de professores e matérias. Por isso, o trabalho foi no caminho de apoiar esse momento de transição tão relevante na vida das crianças. Outro desafio deste ano foi a quantidade de alunos na turma, que agora tinha 38 crianças.

Ao longo da filmagem foi possível estar com as crianças em outros espaços da escola além da sala: o pátio, quadra, auditório e parquinho. Esses movimentos acontecem pouco no cotidiano das crianças para além do momento do recreio ou da educação física. Assim, separar em pequenos grupos e em locais diferentes foi uma estratégia não apenas para dar conta da quantidade de crianças, mas também para poder proporcionar que eles ocupassem a escola deles de outras formas, sobretudo, por ser o último ano daquele espaço. Através do filme, portanto, eles puderam se apresentar uns para os outros e se reconhecer em uma função em que cada um era importante para compor o todo.

Na medida em que a equipe estava lá toda semana tiveram diversos desafios, como: conflitos verbais e físicos entre os alunos, alguns que não queriam participar e dificuldade de comunicação com a turma. Nestas situações, as extensionistas, então, proporcionaram um espaço de confiança em que eles pudessem falar, se escutar e pensar junto. Um dos temas que mais apareceu foi que uma solução para os conflitos seria “expulsar os alunos bagunceiros”. O trabalho da equipe foi de estranhar e questionar: “mas se a gente expulsar para onde essa pessoa vai? Ela vai parar de estudar?” Primeiramente, esse debate era realizado em pequenos grupos para depois conversar com a turma toda. Nesse último momento, um aluno disse que não concordava em expulsá-los afirmando que “tem dias que a gente acorda mal e fica meio estressadinho e acaba fazendo bagunça. Aí eu vou ser expulso por causa disso?”

Nesse cenário, é possível ver que, primeiramente, grande parte da turma achava que o caminho seria tirar os alunos ditos bagunceiros para que os outros pudessem assistir às aulas com menos dificuldades e continuar o filme. Porém, os próprios alunos viram que a posição do

“bagunceiro” não estava tão fixa assim, e a partir da fala desse aluno foi possível refletir sobre uma ligação entre o “fazer bagunça” e o “acordar se sentindo mal”. Assim, criar espaços para que os alunos refletissem sobre expulsar os bagunceiros pode favorecer o diálogo coletivo. Isso possibilitou que as crianças olhassem para a questão da bagunça ou da falta de comunicação entre eles como uma questão da turma toda, e não apenas de um ou de outro aluno.

Essa situação corrobora com a função do dispositivo de aposta no coletivo em prol da não individualização das questões na escola. Isso demonstra um caráter clínico e político da ação devido ao espaço-tempo que foi construído junto com elas em que suas vozes eram reconhecidas e valorizadas enquanto relevantes. Ou seja, as crianças deveriam também fazer parte da reflexão de quais caminhos seguir para um problema na turma delas, e não apenas soluções vindas dos próprios adultos. Portanto, mesmo com os desafios e interrupções da proposta, é possível afirmar que foi possível realizar um trabalho de escuta grupal apoiado no recurso audiovisual de gravar um filme.

O brincar como ferramenta em um dispositivo de escuta

A partir da experiência relatada é possível refletir: de que forma Winnicott pode nos ajudar a entender essa experiência? Como o brincar pode ser uma ferramenta nos dispositivos de escuta? O psicanalista indica um caminho dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado e para as experiências culturais. Assim, é relevante apresentar este percurso através de alguns conceitos de sua psicanálise, para depois falar especificamente sobre o brincar e relacioná-lo com as experiências dos filmes.

Pela formação tanto na pediatria, quanto na psicanálise e seu longo trabalho com mães e bebês, Winnicott trouxe uma importante inovação ao discutir o processo que leva o bebê a separar aquilo que é do seu interior e o que é exterior (Abram, 1996). Em um primeiro momento, a mãe - entendida aqui não necessariamente como sinônimo de mãe biológica, mas como quem exerce o cuidado - vai propiciar ao bebê a ilusão de que o seio é uma parte dele, ao qual tem um controle mágico, o que gera uma experiência de onipotência (Winnicott, 1971). Gradualmente, a tarefa da mãe é promover uma desilusão, em que o bebê não vai mais experimentar a onipotência e sim terá um controle através da

manipulação, envolvendo erotismo muscular e prazer na coordenação (Winnicott, 1971).

Durante esse processo de transição, Winnicott (1971) chama atenção para uma área intermediária em que a criança se encontra entre o ato de chupar o polegar e o momento em que ela passa a brincar com bonecas ou com um objeto especial, isso é, entre um erotismo oral inicial e uma verdadeira relação de objeto. Introduce, assim, os termos objetos transicionais e fenômenos transicionais para designar esse espaço intermediário como uma área de experimentação, constituída tanto por uma realidade interior, quanto pela exterior, sem, no entanto, ser uma ou a outra (Winnicott, 1971). Dessa forma, “ao dar início à divisão entre eu e não-eu, abandonando o estágio de dependência absoluta para ingressar no estágio de dependência relativa, o bebê faz uso do objeto transicional” (Abram, 1996, p. 254).

Como pode-se entender, então, os objetos e fenômenos transicionais? Winnicott (1971) aponta para coisas que ganham uma grande importância para o bebê, como uma ponta de um lençol, um edredom ou uma melodia. Os cuidadores reconhecem o seu valor e muitas vezes ele é utilizado para ajudar na hora de dormir. Na medida em que o bebê começa a utilizar sons organizados como *mã, pa, dá*, uma palavra também pode ser considerada um objeto transicional, não se restringindo a objetos concretos (Winnicott, 1971).

O objeto transicional, portanto, seria a primeira posse do bebê, algo que é verdadeiramente seu, pois foi ele que criou (Abram, 1996). Por mais que do ponto de vista do bebê ele crie o objeto, não se trata de uma alucinação, já que coincide com algo externo (Winnicott, 1971). Assim, o paradoxo que é colocado e não deve ser solucionado diz respeito ao objeto transicional ser ao mesmo tempo criado e encontrado (Winnicott, 1971). Nesse sentido, é essencial sublinhar que o objeto transicional não é propriamente o objeto externo, mas o “primeiro modo de relação com algo não-eu e, paradoxalmente, ainda eu.” (Fulgencio, 2011, p.397). Em alguns casos não existe objeto transicional além da própria mãe ou, dependendo do desenvolvimento emocional do bebê, esse estado de transição pode não ser desfrutado (Winnicott, 1971).

Winnicott não estabelece uma distinção conceitual entre objetos e fenômenos transicionais e, portanto, é possível entendê-los como equivalentes, uma vez que o que está no cerne é o uso que o bebê faz de uma primeira posse não eu (Klautau, 2014). Ao longo dos anos, o

objeto vai sofrendo um desinvestimento, isto é, aos poucos ele vai passando a não fazer mais sentido. Isso porque os fenômenos transicionais “ficam espalhados por todo o território intermediário entre a ‘realidade psíquica interna’ e o ‘mundo conforme percebido por duas pessoas em comum’, ou seja, ficam espalhados por todo o campo cultural.” (Winnicott, 1971, p. 20.). Ao trazer o termo experiência cultural, Winnicott (1971) o entende como uma extensão dos conceitos de fenômenos transicionais e brincar criativo, como indicado anteriormente, como um caminho que é percorrido até que a criança consiga apreender o mundo socialmente construído.

Winnicott (1971) discute, então, este território intermediário entre o interno ao indivíduo e o mundo externo e compartilhado. O autor (Winnicott, 1971) reivindica um terceiro espaço da vida do ser humano: um espaço potencial que não se limita à concretude do externo e nem à abstração do interno, mas que ambas as realidades contribuem. Assim, é possível experimentar esta terceira área não apenas no momento inicial de separação entre o bebê e a mãe. Diante desta questão, o psicanalista (Winnicott, 1971) traz o seguinte questionamento: como podemos localizar subjetivamente, se é que podemos, onde se está quando se brinca, escuta uma música ou vai a um show, por exemplo? Argumenta que não seria nem no exterior e nem no interior, seria justamente em uma terceira opção e se refere a esse espaço como “o lugar em que vivemos” (Winnicott, 1971, p. 170). Dessa maneira, a experimentação da transicionalidade seria a área de repouso, o espaço-tempo em que é possível lidar com a realidade externa, interna e suas inter-relações (Maia, 2007). Seria nesse terceiro modo de vida que se encontra a arte, a religião, o trabalho científico e o brincar criativo, em suma, o que chamará de experiência cultural em geral (Winnicott, 1971).

Aqui percebe-se outro conceito importante da psicanálise winnicottiana: o de criatividade. Ao adicionar o adjetivo criativo ao termo brincar, o psicanalista destaca que o espaço do brincar talvez seja o único em que “a criança ou o adulto têm liberdade para serem criativos.” (Winnicott, 1971, p. 91) Ademais, aponta que ao brincarem de forma criativa é possível manifestar a personalidade e criar, assim, o próprio eu, ou como o autor chama o *self*. Aqui é importante ressaltar que o autor não faz uma distinção evidente entre os termos *eu* e *self*, mas o que é essencial entender é que o *self* será construído a partir da relação do bebê com o ambiente (Abram, 1996). Pode-se entender o conceito de

self como sentir-se real, ou como o indivíduo se sente subjetivamente (Abram, 1996). O eu, portanto, será descoberto e ao mesmo tempo inventado a partir de um trabalho de associações feitas a partir do brincar criativo (Franco, 2003). Esse espaço para ser criativo só acontece sem a pressão da demanda por criatividade, isso é, a partir de uma experiência no ambiente de confiança que permita a espontaneidade (Franco, 2003).

Nesse contexto, o psicanalista coloca o brincar criativo como uma experiência central para a entrada na cultura, na qual ao mesmo tempo em que o indivíduo está criando algo para si, também está construindo o mundo compartilhado (Fulgencio, 2011). Ademais, é possível refletir como o mundo compartilhado é simultaneamente encontrado e criado, assim como foi dito sobre os objetos transicionais (Fulgencio, 2011). Em suma, o brincar e a experiência cultural “conectam o passado, o presente e o futuro; ocupam o espaço e o tempo. Demandam e obtêm nossa concentrada e deliberada atenção, mas sem o exagero de quem tenta se concentrar demais.” (Winnicott, 1971, p. 175) Portanto, ao brincar de forma criativa é possível desfrutar a terceira área da experiência, o que se constitui como um sinal de saúde (Winnicott, 1971).

A partir desta breve exposição de conceitos fundamentais de Winnicott, é possível discutir agora de que forma o brincar pode ser uma ferramenta de escuta. Ao aproximar o brincar e a psicanálise e caminhando no sentido de uma comunicação consigo mesmo e com os outros, Winnicott (1971) fala sobre uma sobreposição de duas áreas do brincar: a do paciente e a do analista. Assim, na relação analítica poderá ser recriado o espaço construído no momento da transicionalidade infantil pelo bebê e sua mãe. (Franco, 2003). Dessa forma, pode-se entender o brincar como um modelo para a prática analítica “em função do encontro com o si-mesmo, da comunicação e da interseção entre a realidade subjetiva e a objetivamente percebida” (Fulgencio, 2008, p. 133). Portanto, o brincar como uma ferramenta para a prática analítica busca evidenciar o espaço do entre: entre analista e analisando, entre a realidade externa e interna. Considerando um dispositivo grupal, é possível ainda pensar no entre os participantes ali presente e suas inter-relações.

Como apresentado anteriormente, o brincar se evidencia como uma forma de associar e, por isso, é relevante se debruçar sobre o conceito de associação para a psicanálise. Laplanche e Pontalis definem associação como um termo “que designa qualquer ligação entre dois ou mais elementos psíquicos, cuja série constitui uma cadeia associativa”

(1991, p. 36). Aqui é importante falar sobre o conceito de associação livre, cunhado como regra fundamental da psicanálise freudiana: a de que o paciente deveria falar livremente aquilo que lhe vier à cabeça (Freud, 1913). Roussillon (2019) chama atenção que a associatividade está presente no próprio funcionamento psíquico e não apenas durante uma sessão psicanalítica. Como aponta Green (2013), os conceitos se relacionam na medida em que “da mesma forma como a associação livre é essencial ao trabalho analítico, o brincar deve ser considerado uma criação dos processos de livre associação” (p. 50). Roussillon (2019) atribui a associatividade um método que “por si só já ‘trata’; ele tem a sua eficácia própria; ele é o caminho, o meio mas é também o ‘objetivo’ (p. 77).

Nesse sentido, Roussillon (2019) ressalta que associar livremente é o processo fundamental para a atividade de simbolização e, portanto, será relevante discorrer sobre este conceito. A simbolização é o processo realizado para metabolizar a matéria-prima psíquica, isso é, o que vai possibilitar a apropriação e integração subjetiva das experiências vividas (Roussillon, 2019). Uma analogia comum se refere a entender o aparelho psíquico como um aparelho de digestão, que precisa fazer um processo para metabolizar as experiências emocionais sentidas a todo tempo (Minerbo, 2016). A função simbolizante, então, será dividida em dois tempos. Primeiramente, através da simbolização primária há a transformação do que seria o estado bruto da experiência sensorial, perceptiva e motora (matéria prima psíquica) em imagens mentais. Aqui há a passagem da matéria-prima psíquica em representação-coisa. A simbolização secundária, por sua vez, diz respeito a transformar a representação-coisa em representação-palavra em prol de inscrevê-la no aparelho de linguagem e tornar possível comunicá-la verbalmente (Minerbo, 2016).

Winnicott (1971) traz o processo de simbolização como uma expansão do brincar, e aponta para uma relação entre os objetos transicionais e o simbolismo. Quando a criança consegue fazer as diferenciações do que é externo ou interno, fantasia ou fato e criado ou encontrado é que as relações simbólicas são possíveis (Fulgencio, 2011). Os objetos transicionais, então, têm um papel importante para o processo de simbolização por marcarem justamente a passagem entre o que é um objeto subjetivamente percebido e o objeto objetivamente percebido (Fulgencio, 2011).

O trabalho de simbolização refere-se, então, ao processo de po-

der “tomar para si a própria experiência, tornar-se proprietário dela e tê-la à sua disposição.” (Schor & Coelho, 2021, p. 31) Assim, é possível fazer uma articulação com o pensamento de Winnicott (1966) que, ao falar sobre o que caracteriza a saúde, afirma não ser a quantidade maior ou menor de sofrimento, mas poder sentir-se real, viver uma vida e um mundo que são reconhecidos como seus próprios. Esse processo de apropriação subjetiva, portanto, acontece a partir da comunicação, e por isso para esse trabalho ser realizado outras pessoas serão necessárias. Roussillon (2019) aponta que a simbolização não é solitária, já que “o símbolo é ‘social’, implica uma relação intersubjetiva, resulta daquilo que propus chamar de “entre-jogo”, isto é um jogo intersubjetivo” (p. 202). No original em francês o autor faz uma brincadeira com as palavras *jeu* (jogo) e *je* (eu) para falar justamente dessa relação intersubjetiva entre o eu e o outro (Roussillon, 2019).

Roussillon (2019) vai apontar como um ponto essencial para a implementação do dispositivo algum elemento atrator, algo que seduz os participantes, e Minerbo (2016) chama atenção que o processo de simbolização precisa produzir alguma espécie de prazer. A expressão audiovisual, nesse contexto, foi um caminho que a equipe encontrou para promover a comunicação e relação entre as crianças, uma vez que escutamos delas que não estava fazendo sentido as dinâmicas apenas com a linguagem escrita. O objetivo da equipe não era garantir uma qualidade estética do produto, e sim criar um espaço de confiança em que as crianças poderiam estar umas com as outras e serem protagonistas do processo.

A partir deste embasamento, a proposta do dispositivo filme é propiciar um trabalho de simbolização através de diversas formas de expressão e associatividade. Assim, foi possível construir um espaço-tempo de experimentação em que podem aparecer o passado e o futuro, o interno e o externo e suas associações e relações. Isso esteve presente no próprio fazer do filme, desde o processo do roteiro até a filmagem, e do que as etapas suscitaram, como as brigas e os caminhos para as resoluções dos conflitos entre eles. A linguagem audiovisual permite uma maior movimentação do corpo, que foi propício para a faixa etária das crianças entre 10 e 12 anos. Ao ver a vontade delas em dançar, pular e correr, isso foi levado em conta e incorporado ao dispositivo.

Durante o ano de 2021, uma das questões que a equipe presenciou foi a violência na relação entre os alunos. Muitas vezes as brincadeiras que faziam em sala de aula envolviam bater, dar tapa, soco ou

chute. Também estavam presentes as violências verbais como ofensas e xingamentos, embora o que tenha chamado mais atenção foi o embate corpo a corpo. Aqui é imprescindível lembrar do contexto da retomada ao ensino presencial depois de um ano longe da escola, espaço essencial para aprender a se relacionar com os outros.

Essas situações apareceram em todos os processos do filme e foi preciso dedicar grande parte do tempo do encontro mediando as brigas e conversando sobre a agressividade entre eles. Também foi possível trabalhar essa questão a partir do próprio filme, uma vez que o clímax da história era a luta entre os heróis e o coronavírus, o que propiciou novamente o embate entre eles corpo a corpo.

A ideia era que organizássemos a cena final do filme, a batalha da turma contra a Covid-19 e, para isso, fomos para a sala de leitura que tem um tatame e nos sentamos em roda. Eles estavam bastante agitados e foi difícil conseguir a atenção de todos para que a conversa fluísse. Começamos a conversar sobre a cena da batalha, e eles pareciam animados para gravá-la, mas insistiam bastante em gravar uma cena de luta “de verdade”. Explicamos que, para a cena, a luta não precisava ser de verdade, era apenas de faz de conta. Eles insistiram, e perguntamos se achavam que nos filmes de super-herói os atores realmente se batiam para gravar as cenas. Alguns disseram que sim, e explicamos que, na verdade, eles estão sempre fingindo: estão atuando, a luta é sempre coreografada, quase como uma dança, e a cena é gravada para que pareça real para quem assiste (Nota de campo, 23 de Novembro de 2021).

Dessa forma, foi possível através dos recursos do filme falar sobre a relação entre eles. Buscou-se não apenas silenciar aquilo e falar o que podia e não podia fazer. Era importante, portanto, escutar o que estava sendo expresso através do corpo, poder conversar com eles sobre isso e pensar criativamente em outros caminhos de movimentar o corpo e se relacionarem sem que se machucassem. Em 2022, por sua vez, com a filmagem do filme Heróis Contra a COVID 2, na cena da luta contra a personagem COVID, a questão da briga de mentira ou de verdade também apareceu. Em uma situação, Matheus, o aluno que estava interpretando a COVID, de fato bateu em um dos heróis durante a cena. Foi preciso, então, da mediação por parte da equipe para novamente lembrar que ali a luta seria coreografada.

Quando estávamos filmando a cena da luta final, em certo momento

João Pedro que estava interpretando um herói, saiu do pátio muito chateado porque Matheus, o coronavírus, tinha batido nele de verdade. Chamei os dois para conversar e para pensarmos juntos o que fazer, já que precisávamos terminar de filmar a cena e para isso os dois atores eram essenciais. Depois de um tempo, eles toparam voltar e prometeram um pro outro que seria uma luta de mentira. No roteiro que os alunos criaram, os heróis individualmente iriam perder as batalhas, mas quando juntavam seus poderes conseguiam derrotar a COVID. Na hora de filmar a cena ainda aconteceu um imprevisto: quando todos estavam comemorando a vitória contra a COVID, Eduardo fala “calma gente, mas não era para a gente ter matado o vilão, por dentro eu sei que ele é uma pessoa boa”. Assim, João Pedro fala “então vamos tentar ressuscitar ele” e chama um colega para ser o médico. Juntos, então, eles fazem o movimento de jogar os seus poderes “do bem”, gritando e movimentando suas mãos em cima de Matheus. Chamam, então, a COVID para se juntar a eles e se transformar em um herói também. A cena termina com João Pedro propondo um abraço em grupo e todos gritando e comemorando. Assim, mesmo com os desafios e conflitos entre eles, foi possível terminar de filmar a cena em que eles mesmo valorizam a potência do coletivo. (Nota de Campo, 10 de Novembro de 2022).

Além do objetivo de fazer o filme, os alunos tinham em comum o contexto de finalização do 5º ano do ensino fundamental e a possível separação entre a turma, já que no 6º ano nem todos iriam para a mesma escola. As crianças puderam falar sobre isso através das filmagens, e na medida em que o final do ano se aproximava foi se tornando mais presente. Em um dos dias de filmagem, os alunos realizaram entrevistas umas com as outras para falar sobre como estava sendo o processo de fazer o filme.

Durante as entrevistas, duas alunas falam: “Olá, meu nome é Joana e eu tô adorando fazer esse filme, quero que esse filme seja muito bem falado em todos os lugares, que ele faça muita gente mudar. E eu espero que quando a gente sair da escola venha muita gente melhores estudar aqui.” “Olá, meu nome é Marília, espero que o nosso filme seja muito adorado, muito participado, espero que todo mundo veja. E quando a gente sair, espero que a nossa escola seja muito amada e muito representada”. (Nota de Campo, 22 de Outubro de 2022)

Com esse relato, percebe-se nas alunas um movimento de começar a falar sobre a finalização do 5º ano. Elas expressaram o que desejavam para o filme e para a escola. Ou seja, puderam falar o que esperam

para o futuro e ver no filme uma possibilidade de fazerem algo juntos antes que os colegas se separassem em diferentes escolas. Através do recurso audiovisual há uma mensagem que permanece, formando algo que aquela turma construiu e que continuará presente, mesmo com a passagem deles para outra escola. Dessa forma, a própria construção de um filme contribui para um entendimento do tempo passando, já que foi algo que eles precisaram planejar desde o roteiro, até a etapa da gravação, edição e depois de ver o próprio filme.

A equipe foi percebendo ao longo das semanas a importância das crianças se verem e se entenderem enquanto atores, diretores e figurinistas. Para alguns, a parte de fazer o cenário era a principal, enquanto outros ficavam animados com o momento de aparecer na frente das câmeras. Um aluno, por exemplo, que estava com alguns conflitos com a turma e em geral não participava das atividades, ao incorporar a posição de diretor conseguiu construir algum sentido no meio de um cotidiano que estava esvaziado de sentido. Pode-se pensar, então, nas marcas subjetivas que este trabalho teve nas crianças e seus efeitos no coletivo.

Considerações Finais

O cerne do trabalho desenvolvido diz respeito à criação de espaços para que crianças possam se expressar de diferentes formas e serem reconhecidas enquanto sujeitos da sua própria história. Por isso, a forma que se olha, percebe e escuta as crianças e adolescentes já tem um efeito. Um importante foco do nosso trabalho era poder enxergar aquelas crianças reconhecendo as suas potencialidades, diferente de como muitas vezes elas estão localizadas no laço social, como são vistas e até chamadas. Como ferramenta, o brincar criativo promove a associatividade, a expressão e a comunicação consigo e com os outros, em prol da saúde e do sentimento de sentir-se vivo. Isso tem um potencial terapêutico e ao mesmo tempo político, de descoberta e invenção de si e da realidade à sua volta. A partir disso, é propício pensar: de que forma o Winnicott, que escreveu suas teorias na Europa do século XX, pode conversar com a realidade das crianças do Rio de Janeiro do século XXI? Fazer esse questionamento não significa aplicar os seus conceitos e sim, como foi discutido, implicar as suas teorias para que elas façam sentido aqui e agora.

Referências

Abram, J. (1996) A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Editora Revinter.

Buono, R. & Mazza, L. (2021, 13 de Agosto) Um terço das escolas públicas no Brasil não teve aulas remotas na pandemia. Piauí. <https://piaui.folha.uol.com.br/um-terco-das-escolas-publicas-no-brasil-nao-teve-aulas-remotas-na-pandemia/>

Cunha, N. & Mello, M. A. (2011) Novos conflitos na cidade: A UPP e o processo de urbanização na favela. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social 4(3), 371-401.

Czeresnia, D. (2003) O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

Franco, S. (2003) O brincar e a experiência analítica. *Ágora*. VI (1), 45-59. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/agora/a/fRbthyPwvJ5w9xd-Nz74MYJN/?format=pdf&lang=pt>

Freud, S. (1913). Sobre o início do tratamento. In: Fundamentos da clínica psicanalítica. (pp. 112-136). Belo Horizonte: Autêntica.

Fulgencio, L. (2008). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 42(1), 123-136. Recuperado em 14 de dezembro de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486641X2008000100013&lng=pt&tlng=pt.

Fulgencio, L. (2011) A constituição do símbolo e o processo analítico para Winnicott *Paidéia*.21(50),393-401. Recuperado em 10 de dezembro de 2022 de <https://www.scielo.br/j/paideia/a/cPdm3BZyTTw-wRpCzYnrRwN/?format=pdf&lang=pt>

Green, A. (2013) Brincar e reflexão na obra de Donald Winnicott: conferência memorial de Donald Winnicott. Tradução: João J. Freitas do Amaral. São Paulo: Zagodoni.

Kloutau, P. (2014) Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan. (2ed). Escuta/Faperj.

Kloutau, P. (2017) O método psicanalítico e suas extensões: escutando jovens em situação de vulnerabilidade social. *Rev. Latinoam psicopatol fundam*. 20 (1), 113-127. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v->

20n1p113.8

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1991) Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.

Lima, E. & Yasui, S. (2014) Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde debate [online] .38(102). Recuperado em 10 de novembro de 2022 de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QbbzS8wB6xFWrmKHPKCNRMb/?format=pdf&lang=pt>

Maia, M. V. M. (2007) Rios sem discurso: reflexões sobre a agressividade da infância na contemporaneidade. Vetor.

Minerbo, M. (2016) Diálogos sobre a clínica psicanalítica. (3 ed). São Paulo: Blucher.

Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPP-SAM). Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. (2020) Rede, Território e Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes: Compartilhamento e Colaboração Intersetorial: Relatório de atividades desenvolvidas no ano de 2018 e 2019.

Palhares, I. (2022, 21 de Agosto). Para 65,8% dos professores, alunos estão mais violentos após pandemia. Folha de São Paulo. <https://www1.folha.uol.com.br/educacao/2022/08/para-658-dos-professores-alunos-estao-mais-violentos-apos-pandemia.shtml>

Rosa, M.D. (2013) Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clínico-políticas. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 41, 29-40.

Roussillon, R. (2019) Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia. São Paulo: Blucher.

Schor, D. & Coelho, N. (2021) Em busca de um lugar de onde falar: uso do meio e maleabilidade do enquadre na clínica dos sofrimentos narcísico-identitários. *Ágora*. XXIV (3). <https://doi.org/10.1590/1809-44142021003004>

Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] (2010). O impacto do racismo na infância. Recuperado em 20 de Janeiro de https://www.unicef.org/brazil/media/1731/file/O_impacto_do_racismo_na_infancia.pdf.

Voltolini, R. (2022, 28 de Abril). Escola sem aventuras: as crianças

na pandemia, com rinaldo voltolini, psicanalista. [Arquivo de Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=tJ0qnF1TvpE&t=4049s>.

Winnicott, D. (1966). Vivendo criativamente. In: Tudo começa em casa. São Paulo: Editora Ubu.

Winnicott, D. (1971). O brincar e a realidade. São Paulo: Editora Ubu.

Psicanálise da Criança: Técnica do Brincar e o Aspecto Étnico

Pamela Alves Gil

Universidade Federal de Roraima (UFRR)

Introdução

Trata-se de um estudo sobre a Psicanálise da Criança, no que diz respeito ao brincar em seus aspectos étnicos, tendo em vista a realidade das crianças indígenas brasileiras, a partir de relato de experiência. A reflexão feita teve como foco tanto observações pessoais realizadas junto às crianças de comunidades indígenas do Amazonas e Roraima, quanto anotações de acompanhamento de supervisão clínica realizada no Serviço de Atendimento Psicológico (SAP), que está vinculado ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Roraima, localizada em Boa Vista, capital de Roraima, na região amazônica.

Convém assinalar que, a base da formação da família brasileira e, conseqüentemente, o berço de nossas infâncias remonta à diversidade de povos indígenas do Brasil - atualmente, corresponde a cerca de 896.917 pessoas pertencentes a 305 etnias -, o que gerou crianças de fenótipo asiático e pele morena, que receberam o nome errôneo e genérico de “índio”. Na psicanálise da criança deve-se ponderar sobre tal termo ao nomear uma pessoa ou um material lúdico, utilizado em consultório infantil. À vista disto, enfatiza-se a trajetória da autora, primeiramente no Amazonas, junto ao povo Deni, que traduz o coletivo, gente (1.610 pessoas), considerando-se que essa cultura os conduz ao funcionamento intergeracional adaptável a cada criança, de acordo com seu desenvolvimento psicossocial, ao dar-se continuidade ao saber tradicional, sendo que a brincadeira é um modo essencial da criança Deni representar a própria realidade. Por outro ângulo, em Roraima, em contato com vários povos indígenas, em que frisa as crianças indígenas, principalmente da etnia Yanomami, denominada *Yanomami tẽpẽ*, que se refere a humano (21.600 pessoas), e das etnias Macuxi, que se autodenomina *Pemonkon*, termo que significa gente (30.295 pessoas), e

Wapichana, que inclui os *Vapidiana*, cujo vocábulo para ser humano é *Pidian* (10.572 pessoas), as quais podem ser atendidas no SAP, levando-se em conta que grande parte da população de Boa Vista é composta por indígenas que fixam-se na periferia da cidade (Gil, 1997, 2021; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010; Albert, 1985; Raposo, 2008; Ribeiro, 1995; Silva et al., 2013).

Destaca-se que, nesse serviço a autora supervisiona estágio de clínica infantil individual desde 2011, por meio da modalidade psicoterapêutica *play-technique*, inspirada na teoria de Winnicott, em sala de brinquedos, sendo que essa clientela reflete a vulnerabilidade econômica e social das famílias, associado ao risco sociocultural, o que é projetado nas brincadeiras das crianças em atendimento clínico. Desta forma, o conhecimento dessas relações interétnicas ancoram reflexões sobre as subjetividades das infâncias brasileiras, nomeadamente amazônidas, que revelam diversas vivências, fantasias e sentimentos (Gil, 2021).

Antes de discutir aspectos do brincar na perspectiva étnica, cabe algumas palavras sobre o atendimento psicanalítico infantil. Na sessão de análise é possível compreender e ressignificar o brincar da criança, entendendo-se o que faz a criança quando brinca (Blinder et al., 2011). Por intermédio desta atividade lúdica, a criança projeta seus conflitos, assim, com a intenção de dominar seu medo, a criança o repete em suas brincadeiras.

Neste sentido, nos primórdios da psicanálise de crianças, Freud menciona em “O Pequeno Hans” (1909/1996, p. 53) que o menino, analisado entre três e cinco anos devido a uma equinofobia, costumava representar seu conflito edipiano e se identificar com o pai, ao brincar de cavalo, que era sua brincadeira favorita. Da mesma forma, Hug-Hellmuth (1920/1991, p 205), pioneira na técnica do brincar, considera que as atividades lúdicas da criança de sete a oito anos, pois antes deste período, conforme essa autora, a análise não poderia ser efetuada, “revelam os sintomas, as particularidades e os traços de caráter” da criança. Com efeito, a psicoterapia pelo brincar tornou-se um dos melhores meios para ajudar a criança a superar suas dificuldades emocionais, por dar acesso a seu mundo consciente e inconsciente, uma vez que, “a criança (ao brincar) aprende também a dominar sua angústia original: o medo do abandono e da obscuridade” (Bettelheim, 1988, p. 209).

Consequentemente, a partir dessa vivência de contato com o mundo infantil tradicional - que, em termos simbólicos, expressa repre-

sentenças, mitologia e inspira materiais lúdicos – e do acervo de anotações das supervisões pode-se tecer reflexões sobre as especificidades das infâncias brasileiras, nomeadamente amazônidas, indígenas. Com esse intuito, tendo como suporte teórico a psicanálise, que estabeleceu as bases para a compreensão do sofrimento infantil, optou-se por analisar as técnicas do brincar, em especial os materiais lúdicos, que permitem a expressão de fantasias em brincadeiras, nas obras de referência de psicanalistas da criança: a austríaca Melanie Klein (1882-1960), o inglês Donald Woods Winnicott (1896-1971) e a argentina Arminda Aberastury de Pichon Riviere (1910-1972).

Perspectivas da técnica do brincar e o aspecto étnico

Etimologicamente, brincar, vocábulo do século XVI, que se originou do verbo latino *vinclu*, que se derivou como *vincro*, depois *vrinco*, daí brinco (Cunha, 2010), corresponde a divertir-se; entreter-se. De outro modo, para Winnicott (1968/ 1994, p.160), existe uma associação entre “o brincar, a fantasia e o sonho”.

Entretanto, as culturas lúdicas variam conforme o universo infantil criado em uma determinada sociedade (jogos, brincadeiras, brinquedos) e a imaginação da própria criança, pois, quando brinca, a criança acumula, desde bebê, as experiências que vão constituir sua cultura lúdica, sendo o brinquedo um objeto que simboliza uma visão de mundo e de infância (Brougère, 2000).

Nesta perspectiva, existem diversas infâncias, segundo o modelo étnico, social e familiar, sendo, portanto, uma categoria histórica e cultural. Por isso, é importante compreender cada criança em seu contexto – desde o desenvolvimento, aprendizagens, técnicas corporais e rituais, transmissão de saberes, pertencimento, territorialidade, herança familiar, ancestralidade e mitologia – além de entender sua história pessoal e suas demandas, e observar o papel que é atribuído ao brinquedo e às representações em suas brincadeiras, uma vez que a criança manifesta tanto sua imaginação como suas experiências reais de forma simbólica através do brincar.

Efetivamente, a criança está inserida em seu ambiente familiar, acolhida pela família extensa e por toda a comunidade, onde aprende a ser indígena de modo coletivo, tendo a família como modelo, ao assimilar atividades cotidianas e recorrer à memória corporal, como

pode ser constatado entre os Deni, os Macuxi, os Wapichana e os Yanomami. Neste aspecto, de acordo com a antropóloga norte-americana Mead (2006), pioneira na etnografia de crianças indígenas (das ilhas do Pacífico Sul e dos Estados Unidos), a cultura tradicional é pós-figurativa de padrão repetitivo, assim, a criança aprende com as crianças mais velhas e com os adultos da família. Por sua vez, a construção da pessoa indígena privilegia a corporalidade, individual e coletiva (Seeger et al., 1979), reforçando o intercâmbio social e cosmológico, pois o simbolismo social de ritos de passagem se expressam nos corpos, sendo transmitidos às crianças. Condição esta que pode ser notada entre os povos autodenominados *A'uwe*, conhecidos como Xavante e Xerente, cujas identidade e subjetividade “constroem-se por meio de processos que se realizam em seus corpos e que sintetizam significações sociais, cosmológicas, psicológicas, emocionais e cognitivas” (Lopes da Silva, 2002, p. 41).

Se, no início, o brincar da criança se centraliza como uma elaboração imaginativa em torno das funções corporais, porquanto o brinquedo começa como símbolo da confiança da criança na mãe, gradativamente, torna-se expressão de relacionamentos e ansiedades (Winnicott, 1975). Do ponto de vista tradicional, as crianças pequenas Deni e Yanomami podem vivenciar os fenômenos de *holding* e de *handling* elaborados por Winnicott (1983), dado que a interação corporal é permanente em especial junto ao corpo materno, sustentadas por meio de uma tipoia ou no colo, o que favorece as trocas afetivas entre a mãe e o bebê e os manuseios e cuidados (referentes à alimentação, limpeza, adormecimento). Aliás, essas crianças recebem de seus cuidadores (mãe, pai, tia, avó, irmã, prima) objetos confortadores, como palha ou cabaças com sementes, que se assemelham aos chocalhos de brinquedo ofertados ao bebê de meio urbano, e participam das brincadeiras de meninas maiores, visto que essas meninas cuidam dos irmãos menores, segurando-os no colo ou vigiando-os na rede.

Focaliza-se a observação realizada pela autora entre os Deni, de uma atividade infantil, ao mesmo tempo utilitária e lúdica, em que uma menina de dez anos deambulava tranquilamente no centro da comunidade, em cima de pernas de pau, carregando um bebê no dorso, por meio da tipoia, sem que isso provocasse qualquer reação de medo, referente a queda da criança, por parte dos outros membros da comunidade. Por certo, essa transmissão, de modo intergeracional, do brincar, por posturas e gestos cotidianos, acontece gradualmente no ambiente

doméstico tradicional, e a criança vai se impregnando na cultura, por meio da enculturação, segundo Mead (2006). Nesta lógica, Winnicott (1968/1994) menciona que “a experiência cultural surge como extensão direta do brincar das crianças e, em verdade, dos bebês, desde a idade do nascimento e talvez antes” (p. 160). Por isso, o brinquedo e o brincar, bem como os fenômenos transicionais, formam a base para a experiência cultural.

Na prática, as crianças participam da execução de tarefas familiares de busca de alimento, de lenha e de água, de rituais, de festas, que envolvem pinturas corporais e danças, encenando, assim, o cotidiano comunitário, de acordo com a divisão de tarefas segundo o gênero, em suas brincadeiras. Estas atividades lúdicas entre os povos Deni, Macuxi, Wapichana, ou Yanomami, com suas particularidades, conforme o contexto geográfico e influências culturais exteriores, desde o contato com o entorno (fazendas, vilas, cidades), a presença da educação escolar formal ou a atuação de entidades religiosas, consistem em brincadeiras de caçada e pescaria coletiva com arco e flecha e zarabatana, jogos na água, natação, ou com canoa, brincadeiras com lama, subida em árvores, exercitando os corpos e aprendendo por imitação e jogos de competição, além de brincadeira de casinha, afazeres domésticos, cuidados com bonecas, tanto as tradicionais (de palha, de pano, de barro), como as de plástico (oriundas do meio urbano).

Todavia, as condições desfavoráveis de muitas crianças, como é o caso de crianças Yanomami que sofrem, atualmente, os impactos das invasões de garimpeiros em seus territórios, podem influenciar suas atividades lúdicas (Conselho Indigenista Missionário [CIMI], 2022). Como pode-se perceber nas brincadeiras de crianças Guarani, ao enfrentarem as adversidades criam jogos que mesclam os mundos tradicionais e reais, na tentativa de reinventar o “*Nhande Reko* (modo de ser guarani)”. Assim, enquanto crianças *Nhandeva*, que vivem excluídas no ambiente do lixão da cidade próxima onde moram, brincam de “Cantor, Cozinheira e Catador de latinhas”, crianças *M’byá*, que preservam as tradições, fazem encenações de “Médico, Índio e Chofer de ambulância”, ao representarem a solidão dos indígenas que morrem nos hospitais e o enterro dos mortos, e brincam de “Viajantes, Missionários e *Xondaro Okayguá* (Dança na Casa de Reza)”, o que revela o assédio dos missionários, que pretendem convertê-los ao cristianismo evangélico (Ferreira, 2002, p. 151).

O brinquedo permite que a criança repita, à vontade, situações tanto prazerosas quanto traumáticas, no sentido de lidar com suas fantasias, medos e angústias, deslocando-os para o exterior e dominando-os por meio da brincadeira (Aberastury, 1992). Portanto, a seleção dos brinquedos para o atendimento clínico, pensando no contexto amazônica, deve respeitar os aspectos étnico e cultural da criança atendida, uma vez que o brinquedo viabiliza a representação dos conflitos psíquicos, embora esteja impregnado de valores culturais que podem interferir na percepção da realidade pela criança. Portanto, ao montar a sala de brinquedos para atendimento infantil no SAP, a autora escolheu os materiais lúdicos adequados, levando-se em conta essas especificidades.

Ressalta-se que Klein, no artigo intitulado “A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado” (1953/1991), descreve seu consultório infantil como um ambiente simples, cujo chão é lavável, tendo acesso a água corrente, sendo estruturado com uma mesa e cadeiras, um sofá pequeno, algumas almofadas e um móvel com gavetas, nas quais os materiais de cada criança seriam guardados trancados, o que garantiria a privacidade e intimidade da situação transferencial entre analista e paciente, padrões esses adotados por Aberastury (1982), enquanto Winnicott (1975, 1979) privilegiava em sua obra a teoria do brincar, não a técnica padronizada.

Desta forma, Klein (1953/1991), no intuito de realizar seus atendimentos, mantinha em uma caixa os brinquedos pequenos mais adequados, e, colocava à disposição da criança em uma mesinha baixa em sua sala de análise alguns materiais lúdicos, quais sejam: “pequenos homens e mulheres de madeira, carroças, carruagens, automóveis, trenzinhos, animais, cubos e casas, além de papel, tesouras e lápis” (p. 41), ao mesmo tempo que procurava analisar os motivos que direcionam as crianças a atribuírem papeis em seus jogos de faz-de-conta. De acordo com Klein, tais brinquedos favorecem a expressão de fantasias e experiências, cujos temas e afetos a eles associados podem ser inferidos pelo conteúdo das brincadeiras e pela observação direta, à vista disso, pode-se deduzir a ordem cronológica, uma vez que a proximidade espacial geralmente revela a contiguidade temporal.

Deveras, na sala de brinquedos do SAP a criança pode dispor de alguns materiais lúdicos que simbolizam o mundo infantil, particularmente casinha de madeira mobiliada e com a família de bonecos, um sofá, uma mesa com duas cadeiras, uma pia, um teatrinho de fantoches,

e uma estante com diversos brinquedos - bonecas, boneca-bebê e berço, conjunto de chá, panelinhas e fogão, carrinhos, avião, trem, barco, bicicleta, bolas, jogos de construção, blocos de encaixe, animais domésticos e selvagens, telefone - que facilitam a manifestação de afetos, conflitos, a regressão e a dramatização edipiana, bem como a representação da dinâmica familiar (Gil, 2021). Ademais, cada criança possui sua caixa individual com materiais que permitem a comunicação e a projeção das emoções, tais como: papel, lápis, lápis de cor, massa de modelar e tinta (aquarela, guache, pintura a dedo) com pinceis, além de apontador, borracha, tesoura e cola. Neste sentido, há materiais tanto estruturados, como famílias de bonecos, que representam a realidade, respeitando-se o contexto cultural, o que permite acesso à capacidade simbólica da criança, quanto materiais não estruturados, desde lápis e papel, que permitem a expressão da criatividade (Aberastury, 1982; Afonso, 2012).

Merece destaque a reflexão sobre dois dentre esses materiais lúdicos estruturados, os brinquedos “boneca ou figura humana” e “casinha”, uma vez que as experiências precoces tanto dos meninos quanto das meninas – a alimentação, o banho, ou a aprendizagem da limpeza – podem ser dominadas “brincando com boneca ou com os móveis da casa de bonecas” (Bettelheim, 1988, p. 242).

Brincar de casinha

Trata-se de um jogo típico de meninas, mas que pode incluir também meninos, sendo encontrado em diversas culturas. A brincadeira de construir uma casinha, ou encenar o ambiente doméstico com pequenas mobílias de brinquedo, bonecas e acessórios, ou brincar com uma casinha de boneca, é realizada conforme os materiais disponíveis para a criança. Deste jeito, a criança Deni, ao elaborar essa brincadeira, podia, como observei, construir uma cabaninha com galhos e palhas, pendurar a redinha, para nela se deitar, ou colocar um bebê, e, à guisa de boneca, manter uma cabacinha na tipoia.

Citando caso análogo, a brincadeira de casinha das crianças *A'uwe-Xavante* (Nunes, 2002) pode ser realizada de diversos modos, ora “fazendo de mamãe e filhinha”, ao brincar com os irmãos; ora, fechar um canto da casa com uma esteira e brincar com um ser invisível (que talvez fosse um amigo imaginário), ou com uma criança menor,

que é deitada e coberta; ora, na praça da “aldeia”, grupos de meninas e meninos moldarem uma casinha de barro, com a construção de divisórias, cujo espaço interno reflete a própria casa das crianças, ao indicar os lugares das camas, do fogo, da cozinha, onde as crianças colocam panos, pilhas, tampinhas de garrafa à guisa de pessoas deitadas ou de panelas (p. 92).

A casa de brinquedo, para Aberastury (1992), que criou um “jogo de construir uma casa” (Blinder et al., 2011, p. 22) como instrumento para auxiliar no diagnóstico de crianças, simboliza o corpo. Por conseguinte, nos sonhos com casa, conforme a psicanálise, ela seria reconhecida como os diversos níveis da psique. De fato, a casa (Chevalier, 2012) é um “símbolo feminino, com o sentido de refúgio, de mãe, de proteção, de seio materno”; ela está no centro do mundo para a pessoa, como “simbolismo cósmico” (p. 197), e, nos desenhos projetivos, funciona como “espaço místico” (Mèredieu, 2006, p. 51), além de simbologia continente, representação do corpo da criança e figura materna.

O uso da casinha na sala de atendimento proporciona a abordagem dos problemas familiares; assim, a cozinha permite destacar a relação mãe-filho, na fase oral, as experiências de perda e recuperação; o quarto, a relação entre os pais, a sexualidade; o banheiro, a fase anal e regras educacionais (Aberastury, 1992; Affonso, 2012).

Não obstante, a casa tradicional indígena é diferente dessa casinha de brinquedo, por ser coletiva, ao incluir a família extensa e as relações com a natureza, sendo geralmente de forma circular, que, conforme Chevalier (2012) remete ao símbolo celeste. Portanto, a criança indígena incluirá neste ambiente doméstico tanto as figuras referentes a pessoas como a animais, ao trazer para a brincadeira sua ancestralidade, seus antepassados, face às metamorfoses e personificações, entre humanos, animais, plantas, objetos da vida diária, os quais são traduzidos na mitologia desses povos (Medeiros, 2002), o que precisa ser reconhecido pelo psicanalista de criança.

Brincar com boneca ou figura humana

A brincadeira com boneca favorece a aprendizagem da maternidade e da paternidade (Aberastury, 1992), por isso, no SAP, as crianças têm acesso a pequenos bonecos articulados, representativos da família (mãe, pai, avô e avô, crianças e bebê), entretanto, a boneca industrializ-

zada é utilizada por representar a cultura lúdica urbana, embora simbolize uma infância idealizada, ao valorizar certos modos de vida e o ambiente de algumas classes sociais, como a Barbie, boneca-manequim, a qual remete ao universo desejável de beleza e de riqueza da sociedade dos Estados Unidos, ou escolher alguns contextos do ambiente infantil, como os cuidados infantis relacionados à maternagem, que se reflete na boneca-bebê, o que proporciona retratar a criança de forma realista, e despertar gestos de cuidado e afeto (Brougère, 2000), porém, essas brincadeiras diversificam-se conforme o estilo urbano de maternagem (Gil, 1997) e os acessórios propostos, desde mamadeira, chupeta, banheira, ou carrinho de boneca. Por conseguinte, a criança, em atendimento clínico, interage com essa cultura lúdica ao emitir seus conflitos.

Quanto à reflexão sobre o boneco “índio”, percebe-se que, enquanto Klein (1953/1991) assinala ser importante que “as figuras humanas, variando apenas em cor e tamanho, não indiquem qualquer ocupação particular” (p 154), uma vez que, a própria simplicidade da figura, além de ser pequena e não-mecânica, permite à criança usá-la em situações diferentes, e, Aberastury (1982), por sua vez, ressalta que as bonecas, as figuras, deveriam ser neutras, pois brinquedos simples e menos significativos facilitariam a projeção de fantasias reprimidas, verdadeiramente, o boneco representando “índio” tem sido utilizado como material lúdico em análise de crianças.

Destarte, aponta-se que, Affonso (2012), recomenda a inclusão de bonecos “índios” entre as figuras que compõem o material lúdico referente a “uma cultura urbana”, com vistas ao procedimento ludodiagnóstico (p. 72). No que lhe concerne, Aberastury (1992), em “A criança e seus jogos”, ao traçar a evolução do brincar nas crianças, indica que, entre os seis e sete anos, época de brincadeiras de competição e ação, os meninos brincam de personificação com algumas figuras, entre elas os “índios”, outrossim, ao relatar a análise de crianças, Aberastury (1982) menciona a brincadeira de uma menina de cinco anos e meio, que deixa “dois índios unidos afundarem”, alertando para o perigo do afogamento, pois, na encenação, repetia seu nascimento prematuro e o sofrimento por abandono (p. 126). Por seu turno, Winnicott (1979), em *The Piggle* - relato sobre o tratamento psicanalítico de uma menina dos dois anos e quatro meses aos cinco anos e dois meses - comenta que Gabrielle (a *Piggle*) escolhe entre os brinquedos “o Pele Vermelha”, o qual designa um “índiozinho” dos Estados Unidos, sem dar outros detalhes (p 48).

Todavia, Klein é a psicanalista de criança que apresenta o exemplo com mais detalhes, assim, - em conferência, pronunciada na Sociedade Húngara de Psicanálise, intitulada “O desenvolvimento de uma criança” (1919), posteriormente publicada - ao descrever os jogos de Fritz (que seria na verdade seu filho Erich), aos cinco anos, menciona “lutas entre índios, ladrões e camponeses de um lado e soldados do outro”. Klein cita que a criança expressava seu sadismo em devaneios e jogos, como o de um “índio” que é posto na cadeia pelos soldados após confessar ter sido malvado para com eles. “Os soldados dizem: ‘Sabemos que você foi ainda mais malvado do que diz’. Cospem no índio, urinam e defecam sobre ele, colocam-no na privada e fazem tudo em cima dele. Ele grita e a urina entra-lhe pela boca”, embora, Erich demonstrasse medo, em função de sua própria agressividade (Klein, 1921/1981 p. 65). Não se trata aqui de criticar a fantasia da criança, mas refletir sobre um brinquedo que é fornecido à criança como referência de uma categoria negativa ao contrapor a função do soldado ou policial, que seria visto positivamente. Ou seja, o boneco “índio” estaria na posição de criminoso, perseguido, discriminado, assim como a criança indígena pode ser percebida na sociedade atualmente.

Se, por um lado, Bettelheim (1988, p. 273) refere-se ao jogo de “cowboys e os Índios”, como um brinquedo utilizado durante a socialização da criança e integração da herança cultural, ressaltando-se que essas figuras “imitam eventos históricos”, Brougère (2000), no que lhe diz respeito, analisa o boneco “índio” do brinquedo Playmobil, como “um personagem cultural entre o real e o mito, retomado do romance e do cinema”, de “aspecto infantil”, uma “caricatura, expressão simbólica além dos modelos históricos”, (pp.45-46), destacando a importância da impregnação cultural e da construção de referências culturais, sem aprofundar a discussão sobre a pessoa indígena.

Porém, é necessário um esclarecimento, pois, percebe-se na história de contato dos povos indígenas no Brasil, nomeadamente em Roraima, que envolveu invasões, conflitos e violências, um cenário de choque cultural entre tradição e modernidade, além de adversidades e sofrimento étnico e coletivo, nessa zona de contato entre esses povos, os indígenas urbanos, e o entorno, conseqüentemente, como ressalta o antropólogo Ribeiro (1995), “no curso de um processo de transfiguração étnica, eles se converteram em índios genéricos, sem língua nem cultura próprias e sem identidade cultural específicas (p. 317). No en-

tanto, por uma perspectivaêmica, esse “índio genérico” não representa verdadeiramente as pessoas indígenas, como nos adverte o escritor indígena de literatura infantil Munduruku (2017): “Eu não sou índio e não existem índios no Brasil. Essa palavra não diz o que eu sou, diz o que as pessoas acham que eu sou. Essa palavra não revela minha identidade, revela a imagem que as pessoas têm e que muitas vezes é negativa”, pois ofende culturas milenares, sendo preciso valorizar as diversas etnias do Brasil, com suas culturas e ancestralidades. Esse ponto de vista espelha a vivência da criança indígena, o que também abrange a experiência da estagiária (do estagiário) indígena, ao manipular o boneco “índio”, com suas conotações simbólicas relacionadas à discriminação e preconceito com relação às pessoas indígenas.

Destaca-se esta percepção da atitude de discriminação como uma vulnerabilidade das crianças atendidas no SAP, em função da presença de conflitos sociais e étnicos na sociedade local, uma vez que, pelo relato das estagiárias, todas as crianças, oriundas de grupos sociais variados do meio urbano de Boa Vista, escolhiam sempre brincar com o boneco-bebê branco, rejeitando o boneco-bebê de cor não-branca, que ficava, então, aos “cuidados” da estagiária. Neste sentido, uma experiência com crianças brasileiras de oito e nove anos, utilizando-se bonecas de pano, de cores diferentes, no intuito de se atribuir características positivas e negativas a um boneco branco e a um boneco não-branco, ao representar determinado papel social, demonstrou uma “tendência de valorização do boneco branco, revelando ao mesmo tempo, atitudes preconceituosas em relação aos não-brancos” (Fazzi, 2012, p. 213).

De fato, a criança indígena, no meio urbano, vivencia esse sofrimento psíquico, mas procura proteger seu pertencimento étnico e a memória coletiva, ao ressignificar esses fenômenos psicossociais desfavoráveis, quando recebe os cuidados familiares, cuidados nomeadamente maternos e ambientais, que Winnicott denomina suficientemente bons, o que propicia à criança se desenvolver de forma saudável e ter vontade de brincar (Winnicott, 1983). Entretanto, nem todas as crianças têm êxito, como pode ser constatado nas atividades lúdicas das crianças indígenas atendidas no SAP.

Klein, cuja técnica lúdica foi esboçada em “A psicanálise de crianças” (1932/1975), considera que “a criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de uma forma simbólica, através de jogos e brinquedos” (p.30), o que é proporcionado pela personificação nas

brincadeiras, em que “o analista assume os papéis que a situação analítica faz com que se lhe atribuam” (Klein, 1929/1981, p. 281). Todavia, o brinquedo não é o único recurso para uma análise lúdica, pois pode-se recorrer a brincadeiras de faz-de-conta, jogos com água, desenhos, recortes de papel, confecção de roupas e adereços para bonecas ou bichinhos de pelúcia, além do que, muitas crianças carregam seus próprios brinquedos para a sala de atendimento (Aberastury, 1982; Klein, 1932/1975, 1953/1991).

Verdade seja dita, a criança tem liberdade para encenar brincadeiras com outros objetos da sala, mesmo frascos vazios de medicamento, como mencionado por Winnicott (1979), porém, a indicação de certos brinquedos, como a citada figura de um “índio”, mesmo que raramente utilizada, da parte de prestigiados estudiosos da psicanálise da criança, influencia o seu uso por outros psicanalistas de crianças, sem uma devida reflexão a respeito da conotação simbólica. O melhor seria utilizar um boneco neutro. E, para que aconteça a psicoterapia, que “trata de duas pessoas que brincam juntas”, na “sobreposição do brincar do paciente e a do terapeuta” (Winnicott, 1975, p. 59), é necessário que este brincar junto valorize o contexto étnico e cultural.

Considerações finais

Sem pretensão de esgotar o tema, abordou-se, a partir de um relato de experiência junto a povos indígenas, em especial do Amazonas e Roraima, as questões culturais que perpassam a Psicanálise da Criança, no que diz respeito ao brincar em seus aspectos étnicos, tendo em vista a cultura lúdica e a realidade das crianças indígenas brasileiras.

As considerações refletem subjetividades e fenômenos psicossociais que precisam ser compreendidos em uma intervenção clínica infantil. Neste sentido, o método psicanalítico possibilita o conhecimento psíquico da criança indígena na sua corporeidade e desenvolvimento psíquico, a partir da compreensão tanto mitológica como da história pessoal e familiar, no intuito de auxiliar a criança a lidar com o sofrimento psíquico.

Enfim, a eficácia dessa intervenção envolve a escolha de um material lúdico adequado, haja vista a história de contato desses povos e as relações interétnicas, pois as crianças atendidas no SAP são oriundas de um ambiente de fronteira, migração, exclusão, em que violência

simbólica, preconceito, discriminação e racismo estão presentes, o que impacta a percepção da identidade étnica por parte dessas crianças indígenas.

Referências

Aberastury, A. (1992) *A criança e seus jogos*. (2ª edição M. Perestrello Trad.). Artmed.

Aberastury, A. (1982). *Psicanálise de criança: Teoria e técnica*. Artes Médicas.

Affonso, R. M. L. (Org.) (2012). *Ludodiagnóstico: Investigação Clínica através do brinquedo*. Artmed.

Albert, B. (1985). Temps du sang, temps des cendres. Représentation de la maladie, système rituel et espace politique chez les Yanomami du sud-est (Amazonie brésilienne). [Tese de Doutorado em Etnologia]. Université Nanterre, Paris X.

Bettelheim, B. (1988). *Pour être des parents acceptables: Une psychanalyse du jeu*. Robert Laffont.

Blinder, C., Knobel, J., & Siquier, M. L. (Orgs.) (2011). *Clínica psicanalítica com crianças*. Ideias & Letras.

Brougère, G. (2000) *Brinquedo e cultura*. (3ª ed. M A. A. S. Dória Trad.). Cortez.

Chevalier, J. (2012). *Casa*. In Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números. (26ª ed. V. C. Silva [et al] Trad.). José Olympio.

Conselho Indigenista Missionário. (2022) *Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil: dados de 2021*. <https://www.cimi.org.br>. Acesso em: 10.dez.2022.

Cunha, A. G. (2010). *Brincar*. In Dicionário etimológico da língua portuguesa. (4ª ed. Revista). Lexikon.

Fazzi, R. C. (2012). *O drama racial de crianças brasileiras: socialização entre pares e preconceito*. (2ª ed.). Autêntica.

Ferreira, M. K.L. (2002). Divina abundância: fome, miséria e Terra-sem-Mal das crianças Guarani. In A. Lopes da Silva, A. Nunes, & A. V. L. S. Macedo (Orgs.), *Crianças indígenas: ensaios antropológicos*.

(pp.150-167). Global.

Freud, S. (1996). O caso do pequeno Hans. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 13-133). Imago. (Trabalho original publicado em 1909).

Gil, P. A. (2021). Psicanálise e os Indígenas em Roraima. In M. Torres, S. S. B. Oliveira, F. F. M. Melo, E. S. Tavares, & A. Chacon. *O norte na psicanálise: saberes e práticas amazônicas*. (pp. 85-98 [Recurso eletrônico]). EDUA.

Gil, P. A. (1997). *La Mère (BATU): Etude ethno-psychologique de la relation mère-bébé dans la population Deni (Amazonie-Brésil)*. [Tese de Doutorado em Psicologia]. Université René Descartes, Paris V.

Hug-Hellmuth, H. v. (1991). De la technique de l'analyse d'enfants. In *Essais psychanalytiques: Destin et écrits d'une pionnière de la psychanalyse des enfants*. (pp. 197-217). Payot. (Trabalho original publicado em 1920).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010) *Censo Demográfico 2010*. <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10.dez.2022.

Klein, M. (1975). *Psicanálise da Criança*. (2ª ed. P. Civelli Trad.). Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1932).

Klein, M. (1981). O desenvolvimento de uma criança. In *Contribuições à psicanálise*. (2ª ed. M. Maillet. pp. 15-85). Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1921).

Klein, M. (1981). A personificação nos jogos das crianças. In *Contribuições à psicanálise*. (2ª ed. M. Maillet. pp. 269-282 Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1929).

Klein, M. (1991). A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (pp. 149-168). Imago. (Trabalho original publicado em 1953).

Lopes da Silva, A. (2002). Pequenos “xamãs”: crianças indígenas, corporalidade e escolarização. In A. Lopes da Silva, A. Nunes, & A. V. L. S. Macedo (Orgs.). *Crianças indígenas: ensaios antropológicos*. (pp. 37-63). Global.

Mead, M. (2006). *Cultura y compromiso: estudio sobre la ruptura generacional*. Gedisa.

- Medeiros, S. (2002). (Org.). *Makunaima e Jurupari: cosmogonias ameríndias*. Perspectiva.
- Mèredieu, F. (2006). *O desenho infantil*. (11ª ed. A. Lorencini, & S. M. Nitrini. Trad.). Cultrix.
- Munduruku, D. (2017, 21 de novembro). *Entrevista*. (63ª Feira do Livro de Porto Alegre. <https://www.nonada.com.br/2017/11/daniel-munduruku-eu-nao-sou-indio-nao-existem-indios-no-brasil/>). Acesso em: 23.fev.2023.
- Raposo, C.A. (2008). *Dicionário da Língua Makuxi*. EDUFRR.
- Ribeiro, D. (1995). *O Povo Brasileiro: A formação e o sentido do Brasil*. Companhia das Letras.
- Seeger, A., DaMatta, R., & Viveiros de Castro, E. (1979). A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional, Nova Série*, (32), 40-49.
- Silva, B., Souza, N., & Oliveira, O. (Orgs.) (2013) *Paradakary urud-naa: dicionário Wapichana/português, português/wapichana*. EDUFRR.
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Imago.
- Winnicott, D. W. (1979). *The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre teoria do desenvolvimento emocional*. Artmed.
- Winnicott, D. W. (1968). O Brincar e a Cultura. In Winnicott, C., Shepherd, R., & Davis, M. (Orgs.). (1994). *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (pp. 160- 162). Artmed.

Clínica Psicanalítica com Bebês e seu Entorno: Percurso Materno-Infantil na Saúde

Adriana de Melo Lima

Rieppi e La cause des bébés - Brasil

Rosangela Aufiero

Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

Blenda Melo Picanço

Núcleo Psicanalítico de Manaus - bebê

Luciane Martins

Núcleo Psicanalítico de Manaus - bebê

Samantha R. F. Lobo

Núcleo Psicanalítico de Manaus - bebê

*“Por isso uma força me leva a cantar
Por isso essa força estranha
Por isso é que eu canto não posso parar
Por isso essa voz tamanha [...]”
Força estranha - Caetano Veloso*

*“Quando eu coloco ela no meu colo o leite vai descendo...”
Mãe da UTIN*

Introdução

O desejo por um trabalho com bebê envolvendo a clínica psicanalítica e um fazer transdisciplinar rompeu como uma “força estranha” na junção de uma equipe ao redor do infantil. Assim, propomos um trabalho de intervenção e acolhimento de bebês prematuros e a termo, desde sua gestação até seus 18 meses, com possíveis dificuldades no desenvolvimento, e seus pais, a partir da necessidade de atuar e integrar nos Serviços voltados para a primeira infância na detecção precoce do sofrimento psíquico do bebê. Por isso, o projeto se estende aos serviços

do Sistema Único de Saúde (SUS): UTI neonatal de uma maternidade, Ambulatório de Gravidez de Alto Risco, em policlínica estadual, e no serviço de Estimulação Precoce de um Centro Especializado em Reabilitação (CER), todos na capital do Amazonas, Manaus.

O bebê existe antes mesmo de nascer. Ele é banhado e historicizado pela linguagem. Para que isso ocorra, é preciso de três: a mãe, o pai e o desejo. (SZEJER e STEWART, 2002). O trabalho do psicanalista não é com apenas a mãe, o pai, o bebê, ou a equipe, e sim com a relação na qual o bebê é o protagonista, e é a respeito disso que nos debruçamos em todas as etapas do projeto. Percebemos que essa proposta não existe em instituições de saúde, já que os bebês são vistos como objetos passivos ao invés de sujeitos ativos e desejantes em seu processo de desenvolvimento.

Diante da carência de um olhar psicanalítico nesses Serviços, destacamos a escuta, o acolhimento e o acompanhamento das parturientes e seus bebês. O trabalho do psicanalista na enfermaria neonatal permite reconectar as pontes entre o bebê, os pais e os cuidadores por meio da palavra e de um novo olhar subjetivo. Já no ambulatório de pré-natal de alto risco, encontramos mulheres com incertezas em relação à gravidez e seu estado de saúde e do bebê, necessitando de uma escuta psicanalítica que envolva mãe-bebê, compreendendo-o como um ser que já vem com competências relacionais. E quando um sofrimento ou uma demanda da diade mãe-bebê é reconhecida, ela é referenciada para o serviço de acolhimento de pais e bebês no CER. São bebês que apresentam sofrimento psíquico que justifica uma escuta psicanalítica naquele momento. Embaladas pela música de Caetano Veloso “a vida é amiga da arte, é a parte que o sol me [nos] ensinou, o sol que atravessa essa estrada, que nunca passou...” Assim, atravessando barreiras, desde 2020, o projeto vem evidenciando o quanto o bebê tem a nos ensinar.

Projeto e Intervenção Psicanalítica de Bebês e seu Entorno (PIPBE)

A vinda de um bebê é sempre seguida de algo inesperado, que por vezes, pode vir como um enorme susto, um dano dos limites e do sentido. Não deveria comparecer, ali, a mãe para receber em seus braços o bebê tão esperado? Ou um bebê tão esperado que não pode acompanhar a mãe no momento da alta? Nasce o bebê, mas – para um

espanto difícil – sua vinda não ocorre como o planejado e isso acontece por diversos motivos. Um deles é a prematuridade da chegada de um bebê – nem a mãe nem seu entorno esperam por isto.

O objetivo principal do PIPBE é acompanhar os bebês e seu entorno – pais, familiares e serviços de saúde – abraçando a gravidez, o parto e o puerpério até seus 18 meses de idade. Esse período foi escolhido levando em consideração o processo de constituição psíquica do sujeito, assim como sua relação com o outro como campo da alteridade, e por abarcar também um período importante de intervenção a tempo, caso haja sofrimento em seu desenvolvimento.

Nas rodas de conversa no albergue, durante atendimentos no consultório e nas entrevistas no ambulatório de uma policlínica estadual, encontramos mulheres à procura de palavras que sejam capazes de significar a experiência vivida naqueles dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), últimos momentos do parto e a longa espera em sair da maternidade. Mesmo com os bebês a termo, para algumas mães, o nascimento de um filho corresponde a uma mudança brusca em sua vida, pois percebem que tudo é diferente do imaginado, como também se perdem da mulher que imaginava tudo aquilo. Nem o que imaginou está ali, nem o sujeito que havia imaginado se apresenta.

E como é estar num lugar com estranhos, num quarto – anexo de uma maternidade – com seu bebê sob cuidados médicos e com aparelhos? Como será sua vida agora? Sairá com seu bebê dali? Como está sua casa e seus outros filhos? E seu companheiro? Estão ali, tiradas de suas vidas, seus afazeres e de seus lugares na partilha sexual e de mulher.

Não é óbvio, nem menos natural – o procedimento que irá permitir que, onde as bordas se desfizeram, surja alguém para apoderar-se do lugar materno. A constituição da maternidade requer que a mulher se desprenda, ela mesma, do lugar de “objeto devorado” para edificar o bebê a posição de “objeto fálico” – esses termos, muito empregados por Freud, que faz alusão a um lugar muito especial do bebê na cadeia simbólica materna, situando, entre mãe e bebê, algo referente ao que não se reflete e não se extingue nesta relação.

E o bebê? Como é para o bebê nascer fora do tempo? Como respirar em ambiente aéreo? Que barulhos estranhos são esses? Cadê aquela voz e aquele ritmo que lhe era familiar? Quem são essas pessoas? Como é se mexer diante da gravidade e estando conectado por

aparelhos? São essas e outras situações que são pensadas diante do ponto de vista desse bebê que necessita estar na UTIN.

A clínica psicanalítica em neonatologia parte da escuta das dificuldades do bebê em suas primeiras etapas em direção à subjetividade e das dificuldades na relação familiar, colocando em movimento os elementos constitutivos da subjetividade do bebê. Na UTI neonatal, o psicanalista está preocupado para além do enfoque da reanimação física dos recém-nascidos em risco, mas também para a reanimação psíquica no sentido de se preocupar e se ocupar do bebê como um sujeito em constituição a ser escutado em sua própria linguagem. É um trabalho possível de ser realizado, nem antes nem depois de qualquer sinal de risco ou sofrimento psíquico, que por acaso possa se instalar, porém a tempo de se ocupar da reanimação dos laços simbólicos.

De acordo com Szejer (2016), o bebê, no seu nascimento, transita para uma forma de autonomia de sujeito já desejante e sensível à linguagem, esta na qual ele vai ocupar um lugar, com sua própria subjetividade repleta de história que lhe advém e lhe permeia. A história na qual ele recebe de seus antecessores também é feita por meio das palavras, e de acordo com as teorias psicanalíticas que propõem falar com os bebês e a percepção em relação às competências deles. Erika Parlato-Oliveira (2022) coloca que o bebê, desde o nascimento, exibe modos específicos de comunicação para com o outro. Em adição a esse pensamento, para Szejer (2016), é viável oferecer ao bebê palavras que lhe falem de sua história, que abarque aquilo que lhe acontece e disponibilizar-lhe tempo para a resposta, como forma de interação que possibilitará a ele se reorganizar e se “agarrar” pela palavra. O diálogo entre o bebê e o outro (pais e equipe) é que vai consentir que este bebê tenha um lugar de sujeito e não de objeto.

Trevarthen (2019) aponta que a teoria da intersubjetividade inata propõe que o bebê nasce com uma consciência receptiva dos estados subjetivos de outras pessoas e procura interagir com elas. Acresce ainda que a resposta reflexa se difere dos comportamentos expressivos durante uma conversa, quando as interações são tranquilas e agradáveis, e necessitam da manutenção de uma atenção recíproca com sincronização rítmica de expressões vocais curtas, assim como de movimentos e gestos. Essas expressões são reguladas reciprocamente, realizadas por cada um na sua vez, e com isto os adultos e os bebês expressam uma intersubjetividade recíproca e os pais sentem que “falam” com um ser humano.

Abrangendo outras formas de comunicação, pontuamos que o corpo do bebê tem uma habilidade singular de se expressar através da linguagem multimodal, por consequência, temos que deixá-lo se manifestar e estarmos também propensos a aprender a interpretá-lo, amparando que, mesmo diante de uma limitação corporal natural ao bebê, adicionada à uma dificuldade orgânica, ele, ainda assim, é capaz de se mostrar de modo ativo e produtivo na relação com o outro.

Na UTIN há um bebê prematuro ou com alguma dificuldade que o faz ficar internado impedindo o ritual de boas-vindas, geralmente, realizado quando nasce uma criança. Cheios de aparelhos, com baixo peso e tamanho, os bebês estão ali fora do clima festivo, junto com eles os pais e uma equipe. As mães vão aos poucos se adaptando ao local, longe dos familiares, cada uma com sua história singular e luta. Elas estão ávidas para levar seus filhos para casa numa tentativa de restituir o bebê idealizado, sua chegada e seus cuidados, no entanto, terão que percorrer um longo caminho em fazer seu bebê nascer psiquicamente daquela incubadora com saúde e, juntos, resgatar a relação. Os pais buscam pontos de apoio, lidam com ansiedades oriundas de pensamentos excessivos para dar significado ao indizível, de acordo com Vasconcellos (2018).

A equipe do PIPBE, também sensibilizada com a fragilidade de cada internação, traz consigo particularidades e preocupações referentes à saúde mental dos pais e da equipe da UTIN, recebe apoio mensalmente. Por meio de rodas de conversa, são debatidos assuntos relacionados à UTIN e suas dificuldades, como a dor, a linguagem e as competências dos bebês, a fragilidade emocional dos pais, além de temas recorrentes solicitados pela enfermeira-chefe, como o luto.

No início do ano de 2023, a UTIN vivenciou momentos difíceis de perdas de bebês, impactando o ambiente e levando a equipe do projeto a um trabalho intenso nesse processo de luto e impotência observados nesse contexto, tanto dos profissionais quanto dos pais.

Por isso, o luto suscita muita demanda do corpo técnico e dos pais. Por meio da escuta e acolhimento, acontecem momentos enriquecedores de trocas, que aguçam dores e memórias, e com isso, despertam a subjetividade e facilitam o laço entre equipe e familiares

O Albergue

A maternidade recebe muitas mães que tiveram partos complicados, oriundas tanto da capital quanto do interior. Quando chegam na instituição ficam albergadas, se necessário, esperando a hora do boletim médico, a visita ao seu bebê, a coleta do leite materno e a visita da assistente social. No intervalo em que essas ações acontecem, se passa um enorme tempo de espera de acordo com a resposta do bebê ao tratamento, situação que pode durar dias, semanas ou até meses.

Podemos citar um caso de um bebê que saiu com 11 meses de idade da maternidade, que o projeto acompanhou e acolheu. Ao longo de sua permanência, percebemos a ligação da mãe do bebê com suas companheiras de albergue. Vivências carregadas de muitas emoções, de oscilações e de subjetividades compartilhadas por cada relato e lágrimas, formando nelas um suporte emocional, integrando uma rede de apoio essencial para o cotidiano.

A equipe do PIPBE está no albergue semanalmente no acolhimento das puérperas. Muitas vezes, a mãe é tomada por esse excesso de carga emocional nesse tempo em suspenso de espera, e busca na palavra de cada uma a superação desse mal-estar que perpassa a todas. Sem contar a saudade de casa e dos filhos que tiveram que ficar de forma improvisada com parentes, diante da partida urgente para a capital.

Outro relato sobre a vivência no albergue se inicia na fala muito emocionada de uma mãe chorosa ao falar da família que está longe, no interior, e nos revela que nunca esteve distante de casa. Sente muita dificuldade em estar nessa situação, “me sinto só” (*sic*), “não sei andar de elevador” (*sic*). Ela agradece o apoio das outras companheiras albergadas.

Outras mães falam que não sabiam dos riscos da infecção urinária durante a gravidez, que pode levar a um parto prematuro e possível internação do bebê, ou interrupção da gravidez. Uma albergada, residente em Manaus, afirmou desconhecer a informação; embora soubesse que tinha infecção urinária, não se preocupou em tomar as medicações no horário. “[Eu] esquecia de tomar os remédios, pois trabalhava à noite numa lanchonete” (*sic*). Podemos supor que a baixa frequência no acompanhamento da gravidez na UBS e a ausência de campanhas orientando as mulheres grávidas podem estar correlacionadas às desinformações. Além disso, convivemos com o alto índice de mortalidade materno infantil, não só no Amazonas, como também no país.

Ambulatório de gravidez de alto risco

Para que um bebê venha ao mundo e seja recebido por uma família não tem necessariamente relação com a sorte, mas, sim, às condições que o ambiente apresenta para que isso ocorra. Tornar-se pai ou mãe não acontece previamente, é sempre a posterior, mesmo que já tenha filhos desta ou de outras relações. O que estará em jogo são as dinâmicas relacionais do casal, ou da mãe solteira com sua rede de apoio, as condições do feto, da gravidez em si, dos serviços que a rede de saúde oferece como apoio a essas grávidas durante todo o processo gestacional, parto e puerpério.

No ambulatório de gravidez de alto risco encontramos mães em estado de tensão, pois já há um problema com ela, possivelmente resultando um risco ao bebê, ou esse bebê já foi diagnosticado com alguma anomalia. Isso gera estresse em ambos, visto que “esse rastreamento de anomalias é tão gerador de angústia que é justo questionar se o feto não é objeto de um primeiro maltrato institucional” (SZEJER, 2016, p. 29).

O poder antecipatório da ciência em rastrear possíveis problemas genéticos vão deixando, principalmente, questões éticas para a equipe técnica e emocionais para o casal. Com as exigências vivenciadas nos dias atuais, em que se busca o modelo de saúde perfeita, os pais criam uma expectativa de que os filhos nasçam com “[...] todas as competências e as possibilidades máximas de exploração delas” (SZEJER, 2016, p. 33).

Ainda que haja alguns indicadores de anomalia ou risco para o bebê e a mãe, é preciso levar em conta a epigenética, que diz respeito aos “[...] processos moleculares que permitem modular a expressão dos genes, sem modificar a frequência do DNA. As mutações dos genes no DNA são irreversíveis, as modulações epigenéticas não o são [...]” (SZEJER, 2016, p. 30). Em outras palavras, compreendemos que há estímulos ambientais que podem determinar a ação de alguns genes e o silenciamento de outros, sendo essa experiência transformadora para o organismo. Isso não ocorre ao acaso, mas parte de um investimento emocional do casal, ou de alguém, naquele bebê.

Indo nessa direção, pesquisas das últimas décadas nos trazem notícias de uma pré-história do bebê na vida intrauterina em que surgem algumas de suas competências, e o fato de ele já ter algum conhecimento sobre a mãe, assim como ela sobre ele. Sobre isso, Busnel e He-

ron (2011, p. 23) nos apontam que o feto “[...] dispõe das capacidades sensoriais: ele degusta, escuta, cheira”. Há conexões importantes entre os variados sistemas sensoriais, a plasticidade neuronal e o amadurecimento da vida afetiva.

Szejer (2016) esclarece que os três primeiros meses da gravidez podem ser compreendidos como “fusionais”. Mas essa pretensa fusão é um mito, pois desde esse período há uma colaboração intensa entre mãe e feto, ou seja, entre dois organismos distintos. Para a autora, a separação entre a mãe e seu bebê não ocorre no período do nascimento, mas desde a vida intrauterina, num compromisso entre a díade (mãe-bebê). A mãe “[...] lhe transmite por seu corpo as influências de seu inconsciente como aquelas de todo seu ambiente ecológico e social” (2016, p. 17).

Nesse processo a mulher passará por transformações, apontadas por Bydlowsky (2002) como estado de “Transparência psíquica”, que ocorrerá desde as primeiras semanas de gravidez, em que a grávida apresenta alterações, seja no humor, no comportamento, nas lembranças, nas expectativas. A autora acredita que a repressão de conteúdos inconscientes fica mais acessível a gestantes que se submetem a um processo terapêutico, assim como as vivências infantis e primitivas acerca do bebê que ela foi.

Outro fenômeno que ocorre com a grávida é o “estado de preocupação materna primária”, que acontece semanas antes de parir e se estende ao puerpério. O período consiste numa sintonia sutil e afetiva entre a dupla, no qual a mãe sabe sobre as necessidades do bebê. Em outras palavras, ocorre uma identificação da mãe com o neonato, em que ela percebe o que ele precisa e sente, num estado simbiótico. O autor é categórico em afirmar que “Não existe um bebê sem a sua mãe” do mesmo modo podemos pensar que não existe mãe sem seu bebê (WINNICOTT, 1956/2000).

Embora haja uma certa distinção entre ambos os organismos, ao pedirmos para uma grávida falar de seu bebê, ela relata sobre alguém que já apresenta uma certa preferência para aquilo que lhe é oferecido; ou o bebê demonstra desconforto quando ela está submetida a várias horas numa mesma posição; ou ainda, quando o bebê fica em estado de rigidez quando a mãe passa por algum susto ou estresse. Esses e outros exemplos nos dão provas de uma vida de intensas trocas com a mãe e de alguém que se discrimina dela.

O encaminhamento para um serviço de pré-natal de alto risco cria desconfortos, devaneios ou medos que acompanham as mulheres

em sua permanência no setor e durante a gravidez. Vemos nas grávidas encaminhadas para este ambulatório, que é assistido pela equipe do projeto PIPBE, um receio em expor seus sentimentos e fantasias.

Na sala de espera encontramos mulheres silenciosas na expectativa do que vai acontecer. O convite para a conversa com a psicóloga, num primeiro momento, é recusado. Entretanto, com o tempo e estimuladas pela equipe técnica, aceitam a conversa. Em algum momento, os contatos foram on-line devido à pandemia de Covid-19, e em outros presenciais.

Do mesmo modo, a espera pelo médico que irá recebê-las nesse ambulatório é grande, fazendo-as questionarem as usuárias mais antigas sobre qual o profissional mais atencioso, para que possam evitar frustrações e atendimentos incômodos. Para a equipe técnica, os momentos mais difíceis são aqueles que precisam dar notícias sobre alguma anomalia no bebê e/ou a necessidade de interromper a gravidez.

Alguns casos, quando chegam ao serviço, já são conhecidos pela mídia devido ao seu teor violento. Em geral, adolescentes grávidas abusadas sexualmente. Situações como essas são dramáticas, principalmente por motivos de conflitos familiares e fragilidade da rede de apoio. Uma menina iria completar 12 anos e o parto estava próximo. Questionada sobre como se sentia, sem levantar os olhos para psicoterapeuta, responde fazendo um gesto de repulsa à barriga “quero que tudo acabe logo, pois quero voltar para a escola” (*sic*). A familiar que acompanhava a menina expressou que doaria o bebê para conhecidos.

Na grande maioria dos casos acompanhados, seja com adolescentes ou mulheres mais maduras, encontramos grávidas com dificuldades de subjetivar o bebê e de lidar com questões relacionadas à gravidez já nos primeiros meses. Percebemos que há uma relação importante entre esses obstáculos e a vulnerabilidade tanto nas questões socioeconômicas, quanto nas emocionais e de saúde, inclusive fazendo com que tenham incertezas quanto ao futuro.

Acreditamos que, provavelmente, o que pode levar essas mulheres a apresentarem uma certa dificuldade na entrada do “estado de preocupação materna primária” tem correlação com a própria falha do ambiente, no sentido de conter suas angústias, que podem vir em forma de questionamentos a respeito do parto, do puerpério e outras preocupações ligadas à condição de alto risco, como diabetes, idade avançada ou problemas no desenvolvimento do bebê.

Dito isso, temos percebido, durante os atendimentos, que o avanço tecnológico (redes sociais, aplicativos voltados para gestação, ultrasonografias de alta definição etc.) tem contribuído com os processos subjetivos e intersubjetivos em torno da gravidez de alto risco, o que provavelmente pode facilitar a entrada dessa mulher no estado de preocupação materno primário.

Caso clínico

Essa experiência relata o acompanhamento de pais no processo de gestação, do nascimento do bebê até completar 12 meses. O ambulatório de gravidez de alto risco de uma policlínica em Manaus encaminhou Simone ao PIPBE devido à obesidade e hipertensão, assim encontramos a jovem de 22 anos, grávida do namorado, com quem compartilha uma convivência familiar. Nas palavras de Szejer e Stewart (2002, p. 54),

Um filho é, inicialmente, um desejo de um homem, um desejo de uma mulher, e do encontro desses dois desejos nascerá um terceiro desejo, desejo de vida que vai ser encarnada no desejo de ter um filho. De fato, para que um filho nasça é preciso ser três.

Portanto, o projeto de ter um filho já faz parte da pré-história de cada um. Sobre isso, Simone fala que para ela nascer, houve três abortos. Nos indagamos como ela se ajusta diante dessa pré-história e se torna protagonista de sua própria história. A gravidez trará essa questão pedindo reelaboração dos primórdios do nascimento dos próprios pais.

A gravidez de Simone foi inesperada para o casal, mas resolveram manter. Sobre a história familiar, ela diz que a mãe sempre trabalhou e que ela foi criada pela empregada que trabalhava na casa a qual também passou a chamar de mãe, e seu marido de pai. Conviveu com o pai biológico até os três anos, e que, após a separação, ele foi visita-la poucas vezes, fato motivador que a fez eleger o esposo da empregada como pai, e sofrer muito quando este morreu.

A expectativa sobre o enxoval do bebê toma lugar em suas preocupações, mas acredita que aos poucos irá conseguir; inclusive relata que a “outra mãe” (*sic*) comprou coisas para o bebê, diminuindo mais sua ansiedade. O casal expressa expectativa sobre o sexo do bebê e planeja fazer o chá revelação. Os pais haviam escolhido os nomes de

acordo com o possível sexo do bebê: Alice, para menina, e Vicente, para menino. Para ela, há uma expectativa de saber o sexo do bebê, pois começa a imaginar a carinha da criança na roupinha e se pergunta com quem vai parecer. Quando houve o chá revelação mandou as fotos para a psicoterapeuta.

Simone sente-se mais confiante quando vê tudo encaminhado sobre o enxoval e não há mais preocupação de a “bebê nascer e não ter as suas coisas” (*sic*). Diz senti-la mexer, o que ocorre 2 vezes por dia. O marido não consegue ouvir, nem a sente mexer, mas ele fala com ela. Falamos que Alice reconhece a voz dos pais. O ultrassom 3D revela mais sobre a bebê, e Simone reconhece alguns traços do casal. Acha que vai ser gordinha, porque ela sempre foi assim. Diz que o marido era magro e engordou com o tempo. Simone diz que a mãe engordou 28 kg na gravidez dela, e teve dificuldade de emagrecer, mas ela não engordou nada até agora.

Conversamos sobre como as redes sociais ajudam no processo de compreender a gravidez. Simone faz pesquisa na internet, quando acha que a evolução do bebê não está normal. Por exemplo, se a bebê mexe pouco, ela fica muito ansiosa: “receio que algo esteja errado” (*sic*). Declara que tem medo de perder o bebê e relembra as perdas da mãe. Emociona-se nessa hora e o marido segura a sua mão. Segundo ela, a mãe tinha um “vírus” (*sic*) que fazia com que a gravidez não fosse adiante. Para a mãe de Simone, “ela é um milagre na vida dela” (*sic*). O estado gestacional de Simone lhe faz revisitar outros fantasmas, entre eles as perdas de sua mãe, como referido acima, assim como a relação com a própria genitora.

Desde as primeiras consultas, Simone fala dos aplicativos móveis para *smartphone* e navega nas redes sociais buscando temas sobre gravidez. A jovem se volta para outras gestantes nessas plataformas para tirar dúvidas sobre a gestação e o puerpério. Motivo este que nos apresentou um aplicativo que semanalmente mostrava o desenvolvimento do bebê.

Observamos o mundo virtual preencher o cotidiano das pessoas, principalmente da geração dos nascidos a partir de 1990, chamadas por “nativos digitais”. As redes sociais, desde então, passaram a influenciar os modos de vida, ou seja, a forma de perceber, sentir, aprender, pensar e se relacionar, como podemos observar com o passar dos anos, a naturalidade com que as novas gerações se adaptam às paisagens psi-

cossociais marcadas pelas tecnologias, na linguagem e na inteligência. Santaella (2017, p. 181) usa a expressão “Estou conectado. Logo existo” para falar da dificuldade de imaginar uma existência desconectada, ainda mais atualmente que o celular se tornou multifuncional e é usado por todos os grupos sociais.

Simone revisita suas fantasias e seus medos narrados por meio de sua história infantil. Observamos, como dito acima, que ela se encontra no estado de “transparência psíquica”, trazendo fragmentos do pré-consciente e do inconsciente para as sessões. A grávida, ao imaginar seu bebê, em fantasia, a cada momento da gestação, se depara com o bebê que ela foi ou imagina ter sido. Entretanto, ao mesmo tempo em que a mãe influencia o seu bebê real, ela também sofre influências deste.

Algumas semanas depois, a psicoterapeuta fala com Simone por WhatsApp e ela informa sobre o nascimento de Alice, ainda estávamos na pandemia havendo restrição de visitas, portanto as consultas passam a ser on-line, e a jovem mãe relata sobre a experiência na maternidade. Informa que foi difícil, sentiu as técnicas de enfermagem hostis sobre a questão “da pegada do peito” (*sic*), ou seja, primeira amamentação. Alice chorava muito e no início foi árduo para a díade acertar o ritmo.

“Alice chora o tempo todo de fome” diz Simone, ela não consegue parar para tomar banho, comer ou mesmo dormir. Tem o apoio de Ricardo (o marido), mas a bebê a quer. Para conter os “pensamentos negativos” que lhe pegam de sobressalto, a jovem recorre às redes sociais. Faz parte de um grupo de mães primíparas, que discutem sobre os temas relativos à gestação, ao parto e ao puerpério. Disse ter ouvido um depoimento de outra mãe fazendo as mesmas queixas que ela, dessa vez, se surpreendeu, pois foi ela quem acalentou a outra.

As sessões on-line subsequentes são tematizadas pelas dificuldades de Simone em “controlar” (*sic*) Alice, que mama o tempo todo, que chega a dormir no peito, e caso Simone se mexa, a bebê chora. Preocupados com isso, a pediatra supõe que o leite materno não seria suficiente e necessitaria de complementação com fórmula. O casal faz a complementação, porém passam a perceber que fazem mais que o necessário, já que às vezes sobra leite ou a bebê vomita por estar muito mais que saciada. Simone faz relação com sua própria história em que come extrapolando à saciedade.

A adaptação da dupla mãe e sua bebê foi conturbada, pois a Alice trouxe inquietações e angústias difíceis de lidar. Neste momento, a

psicoterapeuta optou por uma abordagem mais acolhedora às queixas da mãe, para ajudá-la a conter seu sofrimento psíquico.

Quando o casal conseguiu sair para o primeiro jantar sozinhos, a bebê ficou com as avós. Isso marca uma mudança no excesso de vigilância sobre ela, e da própria capacidade de Alice suportar a ausência dos pais.

As palavras de Simone sobre Alice pareciam ter referência ao bebê que ela foi e às sensações corpóreas que a invadiam. A psicoterapeuta fala à mãe: “Alice na vida intrauterina nunca sentiu fome, e na vida aérea sente-se tomada por um mal-estar que não é fácil sanar, e chamou-se de fome” (*sic*). Por inúmeras vezes, a psicoterapeuta pensou em chamá-la pelo nome da filha, confirmando que elas estavam num processo de identificação com o sintoma. Dito isso, Simone e Alice, nessa tentativa de acerto, encontraram, como única resposta, a “fome”, significante que enlaça a díade, e a relação de Simone com sua própria mãe.

Lang e Andrade (2019, p. 109) informa que a “[...] função representacional da linguagem encontra-se anulada, ao invés de representar algo, ela produz distintas possibilidades existenciais através do jogo combinatório entre os significantes”. Para Lacan (1953/1998, p. 277), “é o mundo das palavras que cria o mundo das coisas”. Em outras palavras, através da combinação de significantes nasce um novo sentido, alterando o anterior que detinha o sintoma.

Aos 4 meses, Alice vai à sua primeira consulta no ambulatório da “Clínicas dos bebês”. Ela é uma bebê esperta, com olhar muito vivo. Durante os atendimentos à família, todos estavam muito felizes e a alegria contagiou a equipe também. Alice é uma bebê que encanta, convidando à relação. Quando cansada da interação começa a choramingar. O passo seguinte foi observá-la no grupo com outros bebês. Nas primeiras consultas mostrou-se tímida, entretanto, nas seguintes, procurava os brinquedos e o outro para relação. As consultas de Alice e os pais passam a ser mensais até a bebê completar 1 ano de idade. Já a de Simone prossegue semanalmente.

Observamos que durante toda a gravidez de Simone, Ricardo sempre esteve presente, dando suporte para as inquietações da companheira. Por ser adotado, essa experiência de paternidade consanguínea é importante para ele.

No momento em que ele foi atendido junto com a bebê apenas, era perceptível o desconforto de Ricardo estar sem Simone durante a

sessão. À medida que a psicóloga interagiu com Alice e o incluía, ele foi se descontraindo. Foi interessante notar a perspectiva do pai sobre a gestação e o parto, além da visão de Simone. Segundo ele, sempre quis ser pai e, apesar da preocupação com a situação financeira, ficou muito feliz ao saber que Simone estava grávida.

Nessa sessão, em específico, Ricardo falou sobre sua reação durante o parto e os primeiros dias com a filha, enfim, em seus braços. De acordo com seu relato, ele ficava preocupado principalmente ao ver Simone nervosa com o choro de Alice. Para ele, era questão de tempo até que eles se acostumassem com a nova rotina, pois “tudo é novo, e [é] nossa primeira filha” (*sic*). Ricardo refere que fazia de tudo para ajudar e estar presente para Simone e a bebê, como trocar fraldas ou preparar mamadeiras.

À medida que o tempo foi passando, a psicóloga percebeu que Alice gostava de brincar com o pai, e ele agora planeja comprar uma bola de futebol. Quando a psicóloga fez uma brincadeira sobre o time pelo qual ele torcia, Ricardo abriu um sorriso largo e verbalizou o desejo de comprar o uniforme do Vasco para a filha, porém, Simone ainda não deixa, pois ela não gosta de futebol.

Diante da sessão entre pai e filha, constatou-se a importância desse momento dos dois para acentuar o vínculo: o pai trazendo a sua história e ressignificando-a por meio da filha. Paralelamente, Simone traz em suas sessões as dificuldades, as fantasias, os medos e as angústias da maternidade reelaborando a sua história como filha, podendo o casal, constantemente, encontrar junto à sua filha um refazer da função parental.

Considerações finais

A partir de uma “força estranha”, um desejo imenso em trabalhar com os bebês, fomos até as mães, estas ainda gestantes, sensíveis a algum problema ou marcadas por uma história de sofrimento e sem espaço nos serviços que pudessem ouvi-las e acolhê-las em suas inquietações e subjetivações acentuadas por aquele momento. A equipe do PIBPE, composta por profissionais ávidos para acolher os bebês e poder fazer um trabalho de prevenção a tempo no desenvolvimento deles, partiu da escuta e do acolhimento dos pais, até o momento de encontrá-los na UTI neonatal sozinhos. No bipar dos aparelhos, uma equipe, um

bebê e sua mãe acionam um apoio para além dos cuidados orgânicos, havendo um sujeito pulsando por vida e à espera de reconhecimentos e subjetivação.

Nestas linhas mostramos como fazer o serviço circular em diferentes setores institucionais, levando a escuta psicanalítica e valorizando a palavra. Fazemos o que as instituições não conseguem, não deixando a teia se quebrar, circulando o olhar psicanalítico sem se perder do sujeito, ajudando-o ainda a constituir a cadeia relacional e acompanhando as etapas no processo pré e pós-gestacional, além de dar ao bebê o estatuto de sujeito junto com a família nos serviços, na história de vida e inserção na sociedade.

Referências

BRASIL. (2012) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acessado em: 5 mar. 2023.

BRASIL. (2013). Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco*. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acessado em: 1 fev. 2023.

BUSNEL, Marie Clare; HERON, Anne. (2011). O Desenvolvimento da sensorialidade fetal. In: LAZNIK, Marie Christine; COHEN, David (Orgs.) *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. Ed. Instituto Langage.

BYDLOWSKY, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (Org.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L. G. E.

DUNKER, Christian. (2021). Prefácio (Psicanálise na era digital). In: GOLDEMBERG, Ricardo; AKIMOTO, Claudio. *O sujeito na era digital: ensaios sobre psicanálise, pandemia e história*. São Paulo. Edição 70.

- LACAN, 1953/1998, LACAN, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LANG, Charles Elias; ANDRADE, Hudson Vieira. (2019). Formalização e clínica psicanalítica: a estrutura, o significante e o sujeito. *Cad. Psicanál.* (CPRJ), Rio de Janeiro, v. 41, n. 40, p. 99-119, jan./jun.
- PARLATO-OLIVEIRA, E. (2022) *O bebê e as tramas da linguagem*. 2ª Ed. São Paulo: Instituto Langage. 208 p.
- SANTAELLA, L. (2017). *Extensões ecotécnicos do humano: fugidias paisagens do pensamento*. 1 ed. São Paulo: Instituto Langage.
- SZEJER, M. (2016). *Se os bebês falassem*. 1ª Ed. São Paulo: Instituto Langage.
- SZEJER, M.; STEWART, R. (2002). *Os nove meses na vida de uma mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. Casa do Psicólogo.
- TREVARTHEN, C.; AITKEN, K. J.; GRATIER, M. (2019). *O bebê nosso professor*. 1ª Ed. São Paulo: Instituto Langage.
- VASCONCELLOS, Alcione. (2018). *O bebê, o psicanalista e a UTI neonatal: Intervenção e transmissão em psicanálise*. Vitória, ES: Cousa.
- WINNICOTT, D. W. [1956]. (2000). A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago.

Um Estudo Psicanalítico sobre Violações dos Direitos das Crianças e suas Consequências no Desenvolvimento Psíquico

Ekelis Cris Pires Sales Pina

Jocasta Costa de Paula

Introdução

Este capítulo apresenta um estudo bibliográfico sobre as violações de direitos das crianças e suas consequências no desenvolvimento psíquico infantil, sob a perspectiva da psicanálise. Para tanto, usaram-se as contribuições das teorias psicanalíticas que por sua vez, possibilitaram entender o processo de desenvolvimento infantil e os possíveis traumas psíquicos.

O estudo também apresenta os registros de incidência de violação de direitos, no período de 2019 a 2022, dos casos atendidos em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, de uma cidade de grande porte da região Centro-Oeste do país, além de revisões bibliográficas nas quais se fundamentaram os conceitos psicanalíticos, principalmente dos teóricos Freud, Ferenczi e Winnicott.

Acredita-se que entender e discutir sobre a relevância dessas temáticas no contexto social e suas possíveis consequências psíquicas, contribui para o desenvolvimento progressivo do atendimento da infância no contexto social e clínico, tendo como objetivo compreender os possíveis traumas psicológicos, decorrentes de situações de violações de direitos, uma vez que, essas situações se repetem tanto nos serviços públicos quanto na rede privada em consultórios psicanalíticos.

A partir do exposto, faremos uma breve descrição do serviço de proteção social especial, especificamente no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), seguindo com violação de direitos, como a violência, dentre outras, desenvolvimento psíquicos, além da demonstração dos dados obtidos, concluindo com as considerações finais.

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

Conforme a cartilha de orientações técnicas do Ministério de Desenvolvimento Social (2011), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS é uma unidade pública estatal de referência, para a oferta de trabalho social às famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, que demandam intervenções especializadas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social.

A Política de Assistência Social, tendo como referenciais principais a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Assistência Social de 1993, menciona como seus usuários, os cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco.

Visando possibilitar melhor identificação e diminuição das situações de vulnerabilidades e riscos, o sistema de proteção da assistência social trata de questões preventivas e protetivas. Para tanto, o Sistema Único de Assistência Social - SUAS, subdivide-as em duas frentes de atuação, sendo que a Proteção Social Básica lida com os aspectos preventivos e a Proteção Social Especial executa as medidas protetivas.

A Política Nacional de Assistência Social (2004), estabelece que a proteção social tem por referência a ocorrência de situações de risco ou violação de direito, com a disponibilidade de serviços especializados e continuados, dentre eles, o CREAS.

Para atuação profissional no CREAS, seguindo as orientações da Política Nacional de Assistência Social (2004), as situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, se expressam por ocorrência de eventos como:

violência intrafamiliar física e psicológica, abandono, negligência, abuso e exploração sexual, situação de rua, ato infracional, trabalho infantil, afastamento do convívio familiar e comunitário, idosos em situação de dependência e pessoas com deficiência com agravos decorrente de isolamento social, dentre outros (Ministério de Desenvolvimento Social, 2011, p.14).

E por violência, podemos citar a definição da Organização Mundial da Saúde, que considera:

...uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comu-

nidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (Organização Mundial da Saúde, 2022, p.05).

No âmbito das pesquisas sobre violências no contexto intrafamiliar, Cavalcanti (2012), descreve que a violência é qualquer ato de brutalidade, abuso, constrangimento, desrespeito, discriminação, impedimento, imposição, invasão, ofensa, proibição, sevícia, agressão física, psíquica, moral ou patrimonial contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela ofensa e intimidação pelo medo e terror.

Atualmente encontramos na literatura várias descrições para violência, sendo principalmente a física, sexual e psicológica. A seguir, as manifestações da violência intrafamiliar, segundo o Ministério da Saúde:

Abuso/Violência Física: São atos de agressão que podem ser uma palmada até ao espancamento, ou outros atos cruéis que podem provocar: fraturas, hematomas, queimaduras, esganaduras, hemorragias internas e, até causar a morte.

Abuso/Violência Sexual: Ocorre quando o abusador, utiliza-se da sedução ou da ameaça para atingir seus objetivos, não havendo necessariamente a prática sexual genital para se configurar o abuso, apesar de que ela pode acontecer. São atos como toques, carícias, exibicionismo.

Abuso/Violência Psicológica: Manifesta-se na depreciação da criança ou do adolescente, por humilhações, ameaças, impedimentos, ridicularizações, que minam a sua autoestima, de modo que ela acredite ser inferior aos demais, sem valor, causando-lhe grande sofrimento mental e afetivo, gerando profundos sentimento de culpa e mágoa, insegurança, além de uma representação negativa de si mesmo.

Negligências: Manifesta-se pela ausência dos cuidados físicos, emocionais e sociais, ou seja, ausência de cuidados necessários às boas condições de seu desenvolvimento físico, moral, cognitivo, psicológico, afetivo e educacional.

Trabalho Infantil: Manifesta-se pela participação dos filhos para complementar a renda familiar, atribuído à condição de pobreza em que vivem muitas famílias” (Ministério da Saúde, 2022, pp. 35, 36, 37).

A violência transita em todos os setores da sociedade, considerando-a multideterminada, ou seja, sua manifestação pode ocorrer em razão de fatores sociais, econômicos e culturais. Somente esses fatores não emitem uma explicação para o complexo fenômeno da violência.

Não é de hoje que a sociedade se preocupa com os aspectos violentos e agressivos do ser humano. Desde os primórdios até os dias atuais, o mundo se depara com uma civilização, que muitas vezes se comporta agressivamente. Por isso, desde muito tempo, a ciência vêm realizando pesquisas nessa área e, não sendo diferente disso, a ciência psicológica também vem buscando entendimento sobre os aspectos e comportamentos de agressividade do ser humano e suas consequências na formação do psíquico.

Freud (1930/1996) no texto *Mal-Estar na Civilização* de 1930, considerou a agressividade inata ao homem e o principal fator de ameaça à vida em sociedade. Ele ainda constatou que até mesmo no tratamento analítico encontravam-se sentimentos de hostilidade, considerados inicialmente como resistência ao processo psicanalítico. Foi a partir dessas vivências que ele se questionou sobre as manifestações clínicas da agressividade.

A agressividade, de acordo com Laplanche e Pontalis (2001), diz respeito a uma tendência ou conjunto de tendências que se atualizam em comportamentos reais ou fantásticos que visam prejudicar o outro, destruí-lo, constrangê-lo, humilhá-lo, etc.

Para Klein (1975), embora todos saibam, ou deveriam saber que os “sentimentos agressivos existem em todos, em geral não agrada particularmente a ideia da existência dos mesmos, tanto que inconscientemente as pessoas o reduzem e subestimam sua importância” (p. 18).

A seguir, abordaremos a temática violação de direitos e estatuto da criança e adolescente.

Violações de Direitos e o Estatuto da Criança e do Adolescente

Ao falar em violação de direitos, torna-se necessário recorrer a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 1948, por meio da Assembléia Geral das Nações Unidas, que estabelece normas comuns de direitos humanos para toda sociedade, em todos os países que compõem a ONU. A declaração universal dos direitos humanos é uma das principais recomendações para tratados constitucionais, a qual estabelece os direitos que devem ser garantidos as crianças (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

No Brasil, foi somente em 1990, com a Lei 8.069 que foi implementado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 2017), quando as crianças e adolescentes passaram a ser vistos sob nova perspectiva,

como “sujeitos de direitos”. Desde então, novos rumos foram tomados para garantir a proteção de meninos e meninas até completar 18 anos.

A exemplo disso, temos o princípio norteador que estabelece que a criança seja protegida e que tenha direito ao pleno desenvolvimento físico, mental e social, vejamos:

Art. 4º é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária da criança e do adolescente (Estatuto da criança e do Adolescente, 2017, p. 13).

E no artigo Art. 5º do estatuto assegura que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (Estatuto da criança e do Adolescente, 2017, p. 13).

Contudo, se o ser criança é uma realidade tão antiga quanto a humanidade, a forma como vemos a infância é uma descoberta muito mais recente. Até o século XIX, as sociedades ocidentais consideravam as crianças como pequenos adultos e as tratavam como tal, e não como pessoas com competência e necessidades que se alteram à medida em que se desenvolvem (Dumas, 2011).

O reconhecimento da infância como uma fase específica, com características próprias, em termos de emoções, desenvolvimento, percepção, cognição, plasticidade neuropsíquicas, dependência e vulnerabilidade é uma conquista recente, sugerindo fragilidade e relatividade, nos fazendo pensar que ela, ainda está sob constante ameaças (Moura, 2019, p. 141).

De fato, existe uma legislação que protege os direitos da criança, porém com frequência, se tem notícias de situações onde os direitos dessas mesmas crianças foram e são ameaçados e/ou violados, como veremos a seguir.

Desenvolvimento Psíquico Infantil.

Hoje, já sabemos que o ser humano desde sua formação embrionária se constitui psiquicamente. As sensações e emoções que as mães

vivenciam nesse período diz muito sobre a saúde mental do seu bebê. Um ambiente adequado e adaptado para chegada desta criança também são requisitos importantes para proporcionar o desenvolvimento emocional saudável. Logo, uma criança que recebe um forte apego, afeto e segurança do seu cuidador sendo imprescindível no auxílio contra possíveis efeitos adversos do estresse e de possíveis traumas.

Para Winnicott (1983), a criança se desenvolve no sentido de sua individualidade, desde que o ambiente não falhe em suas várias funções essenciais, funções que mudam em sua ênfase e se desenvolvem em suas qualidades à medida que o crescimento deste prossegue. Assim, depende-se o quão necessário que a criança tenha cuidadores atentos e sensíveis ao seu crescimento e às suas necessidades.

Nesta compreensão, Winnicott (1983) acrescenta que a normalidade significa tanto a saúde do indivíduo como da sociedade e, que a maturidade completa do sujeito não é possível no ambiente social imaturo ou doente. Para ele, o indivíduo e ambiente são interdependentes, e a personalidade vai se formando de acordo com a intensidade das qualidades ou deficiência das vivências ambientais.

Outeiral (2001) referiu-se ao ambiente facilitador, explicando que quando houve falhas expressivas nesse ambiente, o sujeito, desde então, viveria em meio ao caos emocional, com intensas angústias e com a sensação de desamparo.

Percebe-se que “a miséria, o medo, o desamparo, a loucura e a perversão colocam em risco o reconhecimento da infância, afetando também a capacidade dos adultos de se responsabilizarem pelas crianças” (Moura, 2019, p.142).

Winnicott (1983) descreveu sobre uma ansiedade inimaginável, que seria evitada se o cuidador/responsável, fosse capaz de se pôr no lugar da criança e saber o que ela necessita no cuidado geral de seu corpo, por consequência, de sua pessoa.

Em 1927, numa exposição realizada em Londres, Ferenczi (2011) já acreditava na importância de um ambiente acolhedor, onde apresentou um trabalho intitulado “A adaptação da família à criança” referindo que, no geral, ocupamo-nos unicamente da adaptação da criança à família, não da família à criança. “E nossas investigações psicanalíticas confirmam este conceito e mostram-nos que o primeiro passo, no sentido da adaptação, devia partir de nós; e damos esse primeiro passo quando compreendemos a criança” (p. 1).

Ferenczi (1927/2011) esclarece que, essa adaptação da família à criança seria possível se os pais pudessem reconhecer e resgatar sua própria infância, compreendendo questões essenciais para desenvolvimento do pequeno membro familiar.

Ainda nesta conferência de 1927, ele pontuou sobre alguns obstáculos que a psicanálise enfrentava na época, principalmente por muitos de seus apontamentos não serem mensuráveis por instrumentos de peso e medida como a fisiologia e a teoria behaviorista em alta nos Estados Unidos naquela época. “A psicanálise não está em condições de tratar desse modo as emoções” (p. 3).

Atualmente muitas pesquisas surgiram, apontando que um bom acolhimento para a criança “possibilita uma neuroplasticidade cerebral, ou seja, o cérebro tem a capacidade de se moldar de acordo com as experiências, sobretudo na primeira década de vida, mudando e recuperando funções perdidas” (Eizirik & Bassols 2013).

E ainda, que:

...experiências precoces de trauma ou abuso podem interferir no desenvolvimento das áreas subcortical e límbica do cérebro, provocando extrema ansiedade, depressão ou incapacidade de estabelecer relações saudáveis com os outros. Além disso vivências adversas podem deteriorar as habilidades cognitivas, entendendo que os anos iniciais da criança podem proporcionar inúmeras oportunidades e/ou armadilhas no seu desenvolvimento (Eizirik & Bassols, 2013, p.113).

No entanto, a criança por estar em processo de formação do psiquismo, sobretudo na primeira década de vida, ao vivenciar situações de violação de direitos, pode ser influenciada em sua maneira de pensar, agir e sentir sobre a vida.

A seguir vamos discorrer sobre o trauma e suas consequências psicológicas, como teoria fundamental para compreensão dos aspectos abordados até o momento.

Trauma - Consequências Psíquicas

Freud (1895-1996), em “Estudos Sobre a Histeria”, aborda o trauma, descrevendo os casos de pacientes neuróticos, em especial o que observava nos casos de histeria, geralmente relacionados com acontecimentos traumatizantes, reais ou fantasiosos, de cunho sexual.

Segundo o dicionário de psicanálise, caracteriza-se como trauma “acontecimentos na vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade que se encontra de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica” (Laplanche, 2001, p.522).

Minerbo (2013) acrescenta que, para a psicanálise, o trauma:

...é qualquer situação emocionalmente excessiva, geralmente cumulativa, que ultrapassa a capacidade de interpretação do sujeito na época em que acontece. É um pedaço da história emocional que foi percebida, deixou marcas, mas sem que o sujeito pudesse lhe atribuir um sentido. O resto da mente “amadurece” com as experiências de vida e no seio das novas relações intersubjetivas; mas uma parte continua “verde”, fixada no tempo, sentindo, pensando e agindo como na época em que se produziu aquela cicatriz (p.172).

Corroborando as ideias de Ferenczi (2011) que em seu texto “Confusão de línguas entre os adultos e a criança”, de 1932, faz uma analogia do trauma como um “fruto maduro e saborosos depreza demais, quando o bico de um pássaro os fere, na maturidade apressada de um fruto bichado. No plano não só emocional, mas também intelectual, o choque pode permitir que uma parte da pessoa amadureça de repente” (p.120).

Moura (2019), faz uma síntese referente aos três tipos de eventos traumatogênicos de Ferenczi, “que uma criança pode ser submetida decorrente da incapacidade do adulto: o abuso e violação sexual, a punição passional, quando a criança é submetida cruelmente aos humores do adulto, e o terrorismo do sofrimento, quando o adulto usa criança como confidente e apoio emocional” (p.65).

Ainda no texto “confusão de língua entre os adultos e a criança”, Ferenczi (2011), “salienta que as crianças que sofreram abusos, violências e negligências por parte de um adulto, sentem-se física e moralmente sem defesa e geralmente emudecidas diante dos adultos agressores”. Continuando nesse mesmo trabalho de Ferenczi (2011) “confusões de línguas”, pontua que:

sobre o agravamento do traumático, quando a criança consegue confidenciar o fato ao um adulto de sua confiança, geralmente para alguma figura parental como a mãe, e esta por sua vez, desvalida o discurso, minimizando como tolice, estamos aí diante da segunda fase do trauma (p.118).

O comportamento dos adultos em relação à criança que sofreu o trauma faz parte do modo de ação psíquica do mesmo. Eles dão, em geral, e num elevado grau, prova de incompreensão aparente. A criança é punida, o que, entre outras coisas, age também sobre a criança pela enorme injustiça que representa (Ferenczi, 2011).

No plano clínico e social, tanto com crianças quanto com adultos, o profissional deve ser capaz de discernir e levar em conta as duas ordens de realidade, muitas vezes superpostas. Na verdade, é tão grave desprezar o abuso real quanto confundir a fantasia com a realidade. Sob esse aspecto, a negação da ordem psíquica é sempre uma mutilação tão grave para o sujeito quanto a negação de um trauma real, (Roudinesco, 1998).

No artigo “O ódio na contratransferência”, de Winnicott, o autor classifica:

os “fenômenos contratransferências” e explicou que pacientes que sofreram falhas ambientais no “estágio de dependência absoluta”, através da “identificação projetiva” farão o analista sentir na “contratransferência” suas experiências pretéritas: o analista experimentará, em si mesmo, as ansiedades vividas pelo paciente nos momentos das falhas ambientais, tais como ódio desamparo, desolação, enfim, um conjunto de “ansiedades impensáveis” ou agonias primitivas (Winnicott, 1947, como citado em Outeiral, 2001, p. 103).

Usamos esse recorte, para descrever algumas possíveis sensações e dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atendem essas crianças no contexto psicoterápico.

Discorrendo ainda sobre a situação traumática, Ferenczi (2011) desenvolve uma ideia central, constatando que as crianças, ao sofrerem situações de abusos e violência, buscam no adulto uma figura de confiança que lhe ofereça acolhimento e conforto, a fim de compreenderem o que se passou. No entanto, não é raro que esta figura eleita, recuse, minimize ou puna, de algum modo, a criança pelo ocorrido e ela se veja obrigada a lidar com a angústia sozinha, passando a duvidar de suas próprias percepções pois o que fora experimentado por si e em seu corpo, lhe é desmentido pelo adulto de confiança, (Catani, 2021).

A originalidade da teoria do trauma de Ferenczi aponta:

está amparada justamente na ideia inovadora sobre o desmentido. O desmentido, fundamental para que haja um trauma, é entendido como a incompreensão, ou melhor, a negação por parte do adulto de que algo de fato aconteceu com a criança. Em outras palavras, o adulto vai ouvir o relato da criança como uma fantasia infantil e não um acontecimento real, desautorizando, assim, a fala da criança. Neste sentido, o desmentido adquire para a criança um contorno essencialmente traumático e desestruturante, invalidando seu discurso. Em contrapartida, a história contada pela criança é também traumática para o adulto, que, incapaz de absorvê-la, relega-la à condição de mentira ou de fantasia (Favero, 2009, p. 92).

Incidência de Casos de Violação de Direitos

Logo abaixo apresentamos os dados de incidência de violação de direitos, obtidos por meio dos registros de atendimento do CREAS, extraídas do Sistema de Nacional de Assistência Social (SNAS), os dados são de crianças de 0 à 12 anos, de 2019 a 2022.

Os dados aqui demonstrados foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social, do município de grande porte da região centro oeste, por meio de solicitação oficial.

Para melhor compreensão, as violações de direitos foram descritas por categorias, sendo: crianças vítimas de violência intrafamiliar (física ou psicológica); Crianças vítimas de abuso sexual; crianças vítimas de exploração sexual; crianças vítimas de negligência ou abandono e crianças em situação de trabalho infantil.

A seguir, temos na tabela 01 os resultados obtidos do Sistema nacional de Assistência Social, referente aos anos de 2019 à 2022.

Tabela 1. *Resultados obtidos do Sistema nacional de Assistência Social, referente aos anos de 2019 à 2022.*

Violações de direitos	2019	2020	2021	2022
Crianças vítimas de violência intrafamiliar (física ou psicológica);	60	20	13	04
Crianças vítimas de abuso sexual;	107	40	30	33
Crianças vítimas de exploração sexual	2	05	----	0
Crianças vítimas de negligência ou abandono	120	77	61	34
Crianças em situação de trabalho infantil.	05	04	0	0

Fonte: autora

Como observamos mediante a exposição dos dados obtidos, verificou-se que em 2019 ocorreu um maior número de registros de atendimentos realizados. E a partir do ano de 2020, foi possível observar uma diminuição dos casos registrados. Os anos seguintes, 2021 e 2022 a demanda atendida diminuiu consideravelmente.

No período de quatro anos (2019 a 2022), observamos a maior incidência de violação de direitos, na violência descrita como negligência ou abandono, sendo registrados 292 (duzentos e noventa e dois) casos. Seguido pelo abuso sexual com 210 (duzentos e dez) registros. A violência intrafamiliar (física ou psicológica) registrou 97 (noventa e sete) casos, seguido pelo trabalho infantil com 09 (nove) casos e por último a exploração sexual com 07 (sete) registros.

De acordo com os dados apontados, fica explícito que, nesse período, 615 (seiscentos e quinze) crianças não receberam a proteção integral conforme estabelece o estatuto da criança e do adolescente, ou seja, tiveram seus direitos violados. Considerando as orientações técnicas do Centro de Referência de Assistência Social, o qual estabelece que “ família é um núcleo afetivo, vinculado por laços consanguíneos, de aliança ou de afinidade e está organizada em torno das relações geracionais e de gênero (Ministério de Desenvolvimento Social, 2014, p.90), inferimos que, as famílias não conseguiram exercer a função protetiva dessas crianças, sendo que foram atendidas/acompanhadas pelo Centro de referência especializado de assistência social, visando superação da violência sofrida.

Ressalta-se que nos registros analisados, não constam quais foram os meios de acesso das crianças vítimas de violação de direitos, ao CREAS. Outro fator que não foi possível inferir, diz respeito ao vínculo estabelecido dessas crianças com o agressor, referente à violência de abuso sexual, exploração sexual e trabalhos infantil.

Já nos casos de violência intrafamiliar (física ou psicológica) e negligência ou abandono, é possível sugerir que foram praticadas por indivíduos presentes no cotidiano dessas crianças, com relação afetiva, seja o familiar, ou responsável.

Nem todas as manifestações de violência vão deixar marcas físicas, normalmente resultam em consequências emocionais, marcas psíquicas e afetivas, que não podem ser minimizadas sua gravidade em relação a violência.

Considerações Finais

Neste estudo psicanalítico sobre violações dos direitos das crianças e suas consequências no desenvolvimento psíquico, foram sistematizados os dados de atendimentos do CREAS, do período de 2019 a 2022.

Por meio dos dados apresentados observa-se que durante o ano de 2019 houve maior número de registros de atendimentos realizados, em relação com os anos seguintes, quando e demonstraram uma diminuição dos atendimentos, principalmente nos anos de 2021 e 2022, levando a considerar os possíveis reflexos da crise sanitária que o Brasil enfrentava naquele período.

Vale salientar que no ano de 2020, o Brasil já enfrentava crescentes notificações do vírus SARS-CoV-2 (a síndrome respiratória aguda grave) também conhecida como Covid-19. Diante desse cenário medidas de restrições foram recomendadas em todo país, onde a maioria dos serviços públicos e privados tiveram seu funcionamento alterado, podendo ser uma explicação para o declínio de casos.

Tais violações são identificadas na prática clínica vivenciadas pelas pesquisadoras, como psicoterapeutas da infância, pois durante esses anos de pandemia, foi perceptível um aumento da demanda infantil nos consultórios psicoterápicos.

No entanto, no início dessa pesquisa, as autoras acreditavam que encontrariam elevados índices de registros de violação de direitos, das crianças atendidas no CREAS, porém, contradizendo essa hipótese, verificou-se uma significativa redução dos atendimentos, sugerindo que a pandemia influenciou, possivelmente devido o isolamento, recomendado pelas autoridades sanitárias.

A incidência de casos de violação de direitos, se faz presente tanto nas unidades de atendimentos dos serviços públicos, como nos consultórios de psicologia. Vale ressaltar que as crianças que sofrem violência transitam por vários serviços de saúde, e tem-se levantado a preocupação e necessidade de dialogar com a sociedade, no intuito de conscientização à população, conforme demonstrou a recente campanha da sociedade brasileira de pediatria, a qual traz a mensagem “Violência pode deixar marcar para toda vida. - Diga não à violência” (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023).

Essas constatações nos levam a pontuar que, as situações traumáticas vivenciadas pela criança durante seu desenvolvimento, podem acarretar imensuráveis danos ao desenvolvimento psíquico.

O profissional que acolhe essas crianças vítimas de violência, seja nos serviços públicos, ou nas clínicas psicanalíticas, requer uma atuação no qual irá acolher o infante, numa atitude ativa, empática, partilhar suas dores, mas de forma a conseguir nomear e auxiliar a criança a encontrar representações para tal sofrimento.

São recomendados para a atuação dos profissionais de psicologia do CREAS: fortalecer a função protetiva familiar, além de encaminhamentos à rede de garantia de direitos, para que essas crianças vítimas de violência tenham acesso aos cuidados e aos direitos fundamentais.

Neste sentido, é fundamental que o profissional precise ter atenção para reconhecer as necessidades e fragilidades do paciente e se disponibilizar em cuidar deste que sofre. Essa atenção é o que permitirá a criança elaborar a situação emocional traumática trazendo à consciência. É um processo delicado, uma vez que, faz com que o sujeito revise a situação traumática.

Por vezes, os profissionais da infância, encontram algumas dificuldades quando se deparam com essa realidade, não somente pelos desafios das falhas das políticas públicas, como também, no reencontro do adulto com a própria infância, revivendo os próprios traumas infantis. Conforme pontua Moura (2019), a angústia desse reencontro pode gerar um grande risco de forjarmos uma compreensão do mundo dos infantes a partir de própria linguagem e de nossas paixões.

Ainda assim, a desproteção da infância permeia diversos setores, clínicos, escolares e também o ambiente familiar, uma vez que, dia a dia, nos deparamos com situações em que se constata que os cuidadores/responsáveis não conseguem promover acolhimento e usar da empatia para amparar as necessidades do infante, mesmo existindo uma legislação protetora dos direitos da criança.

Neste sentido, cabe aos profissionais da infância, principalmente os da saúde mental, ao se deparar com essas crianças, que não se eximam da responsabilidade, de maneira que lhes possibilite um ambiente acolhedor, validando os discursos, oportunizando recomeços e garantias de seus direitos. Portanto, faz necessário considerar a criança como criança, e que ela possa sonhar, brincar, pular, dançar, cantar, desenhar, conhecer e descobrir o mundo singularmente, sendo respeitada em todos os aspectos fundamentais para que possa crescer e se desenvolver emocionalmente segura.

Referências.

Brasil, (1988), *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

Brasil, (2017), *Estatuto da criança e do adolescente*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

Catani, J.2021. Escutando Ferenczi: A Arte da Psicanálise. Podcast. Reflexões sobre o trauma. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/ttps://open.spotify.com/episode/7>.

Cavalcante, S. V. S. de F. (2012). *Violência Doméstica: Análise da Lei “Maria da Penha”* (4º ed.). Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância da adolescência*. (3 ed.), Artmed.

Eizirik L. C., & Bassols A. M. S. (2013). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. (2 ed.). Artemed.

Favero, A. B. & Rudge, A. M, (2009), *A noção de trauma em psicanálise*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Ferenczi & Winnicott. (2019). Análise de adulta na língua da infância. Triângulo Graf.

Ferenczi, S. (2011). *Obras completas*. (2 ed. v.4.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1927)

Freud, S. (1996) Fragmento da Análise de um Caso de Histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. VII) Imago. (Trabalho original publicado em 1895)

Freud, S. (1996) O Mal-Estar na Civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*.(Vol. XXI). Imago. (Trabalho original publicado em 1930)

Klein, M. (1975). *Amor, Ódio e Reparação*. (2 ed.). Imago.

Laplanche, J.& Pontalis. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. (4 ed.). Martins Fontes.

Ministério da Saúde (2002), *Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes*. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/%20violencia_crianças_adolesc.pdf

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome,

(2011). *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez.pdf>

Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva.

Outeiral J. O. (2001). *Clínica da Transicionalidade: Fragmentos da Análise de uma Adolescente*. Revinter.

Roudinesco, E., (1998). Dicionário de psicanálise. Zahar. (Trabalho original publicado em 1944)

Sociedade Brasileira de Pediatria (2023). *Diga não à violência! pediatras lançam campanha contra os maus tratos de crianças e adolescentes*. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/>

[/Pediatras-lancam-campanha-contra-os-maustratos-de-criancas-e-adolescentes-11-58287.shtml](https://www.crmpr.org.br/Pediatras-lancam-campanha-contra-os-maustratos-de-criancas-e-adolescentes-11-58287.shtml)

Winnicott, D. W. (1983) *Ambiente e os processos de maturação: Estudo sobre a teria do desenvolvimento emocional*. Artmed.

EIXO
RELATO DE PESQUISA

O Uso de Métodos Projetivos na Clínica Psicanalítica com Crianças: Caso Clínico Após Uso do Teste De Apercepção Infantil (CAT)

Iara de Moura Engracia Giraldi

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Alessandro Antonio Scaduto

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Introdução

O trabalho na clínica psicanalítica com crianças às vezes se depara com situações em que a intervenção verbal ou a brincadeira não são suficientes para acolher os conteúdos trazidos em sessão. O mais indicado nesses momentos são as técnicas de ludodiagnóstico, como a observação clínica durante brincadeiras estruturadas e jogos de imaginação. Tais atividades favorecem a produção de fantasias, que por sua vez permitem externalizar conteúdos internos de forma catártica.

Nessa direção, os métodos projetivos (MPs), por sua vez, revelam elementos do paciente que ajudarão o psicólogo a compreendê-lo, além de permitir que uma aproximação significativa e material que pode ser refletido no contexto da relação clínica (Tardivo, 2016; Braga et al., 2012). O psicólogo, ao fazer uso de técnicas e instrumentos de avaliação, deve estar atento que, para além da tarefa diagnóstica, existe um pedido latente de ajuda à demanda de avaliação. Ao ajustar a observação da situação diagnóstica para um pedido de auxílio e destino de angústia, essa técnica pode tornar-se o encontro entre duas pessoas com capacidade criativa e transformação desse tempo juntos.

Desta forma, os instrumentos passam a ter um uso e uma qualidade mais abrangente, compreendido como elemento facilitador para a comunicação entre terapeuta e paciente, sem perder sua função diagnóstica (Salles & Tardivo, 2017). Os MPs favorecem o atendimento a essa necessidade em especial, visto se configurarem em recursos expressivos e de acesso a conteúdo significativo, em um ambiente des-

controlado e consciente para as mais variadas populações (Braga et al., 2012). No atendimento infantil, essa via muitas vezes se faz necessária para auxiliar a criança a significar e expressar suas experiências. Nesse sentido, o uso de recursos que viabilizem a verbalização, seja pela livre expressão verbal ou por um MP, permite ao terapeuta a dupla tarefa de realizar um diagnóstico e auxiliar o paciente na integração dos elementos dissociados de sua personalidade total, criando um espaço potencial.

Nessa direção, a própria construção do *setting* da avaliação pode afetar como esse espaço será utilizado. Tradicionalmente, ele envolve uma divisão rígida de papéis, no qual profissional e paciente possuem funções pré-definidas. Para Winnicott, a primeira entrevista já possui uma fundamental importância no contexto clínico, já que para o paciente, existe a necessidade e a capacidade de acreditar que irá obter ajuda a partir do primeiro contato com o terapeuta (Winnicott, 1994). Sendo assim, para esse autor, as consultas terapêuticas visam construir um *setting* marcado pela afetividade e o desejo de comunicação entre terapeuta e paciente. No psicodiagnóstico infantil (ou seja, um processo de avaliação psicológica na qual o pensamento clínico tem destacada importância), existe um pedido ligado às demandas familiares/escolares, o qual, nessa compreensão de *setting*, e de forma adequada e amparada pelo profissional, permite que o paciente entre em contato com o conflito e possa expô-lo sem constrangimentos ou temores.

Na indicação de atendimento psicoterapêutico infantil e, por consequente, a avaliação psicológica nessa população, deve-se levar em consideração que o sintoma da criança possa ser enviesado e costurado aos sintomas do ambiente familiar em que está inserida. Não há possibilidade de dissociar as relações familiares das respostas emocionais e comportamentais infantis. A família como o primeiro ambiente da criança tem um importante papel para a sua saúde e seu desenvolvimento, pois a forma com que a criança lida com as fontes de sofrimento psíquico relaciona-se com a sustentação ambiental obtida diante das primeiras falhas ocorridas neste ambiente (Winnicott, 1983). Dessa forma, a criança cresce com suas características próprias e com aquelas que absorve e compreende do ambiente em que está inserida.

Nesse sentido, as entrevistas e MPs com crianças colaboram na descrição do nível de diferentes construtos de pacientes (o que não inclui dados quantitativos e qualitativos), permitindo compreender suas construções e lógicas pessoais, além de auxiliar na manifestação do con-

teúdo latente, visando a intervenções específicas, ou mesmo na conclusão de um processo diagnóstico. O psicodiagnóstico, dependendo da ocasião, pode ser destinado a uma demanda delicada, como casos de violência física, abuso sexual, auto, e heteroagressão, entre outros. Utiliza-se o termo projetivo como adjetivo para qualificar instrumentos que objetivam estimular o processo de projeção (Tardivo & Moraes, 2018), no sentido de atribuição de significado interno a objetos externos, tendo, portanto, níveis adaptativos, e não necessariamente patológicos (Chabert, 2014).

O primeiro uso clínico do conceito de projeção enquanto foi descrito por Freud em 1896 em seus estudos sobre a neurose de angústia. Ele definiu esse mecanismo em termos de uma transposição dos próprios impulsos a um objeto externo; nesse contexto, a projeção consistiria em expulsar um desejo intolerável à consciência, sendo, portanto, um processo inconsciente. Em 1913, no artigo “Totem e Tabu”, Freud ampliou a ideia da projeção, postulando que as percepções internas do sujeito a respeito de ideias e emoções desempenham papel fundamental na configuração de seu mundo exterior, constatando que o indivíduo atribui à realidade externa desejos e emoções não aceitos (ou compreendidos) por ele como seus, dos quais é parcialmente inconsciente (Anzieu, 1978). Os MPs estão fundamentados nesse pressuposto, no sentido de que, ao interpretar um estímulo de forma pessoal, a pessoa avaliada integra aspectos de seu passado a desejos inconscientes, expressando seus recursos para organizar suas experiências (Chabert, 2014, Murray, 2005).

A literatura atual mostra a possibilidade de se utilizar instrumentos para potencializar o encontro terapêutico (Scaduto et al., 2019), diferente de uma avaliação psicológica estruturada, com finalidade bem delimitada desde o seu início. Felizmente, alguns instrumentos podem ser utilizados em ambos os processos, uma vez que avaliar e ajudar uma criança a se reconhecer podem coincidir (Scaduto et al., 2019). Ao usar MPs, tais conteúdos são expressos, por exemplo, por meio de verbalizações, desenhos ou histórias.

Segundo Pacheco e Sisto (2003), o estudo científico da personalidade almeja circunscrever essas características ou diferenças individuais, mais ou menos estáveis, que refletem a identidade de um indivíduo, distinguindo-o dos demais. Mas como avaliar a personalidade de crianças? A grande maioria dos testes disponibilizados e aprovados

no SATEPSI para essa população estão focados em aptidões específicas e cognitivas, como atenção ou inteligência. Apesar disso, existem instrumentos eficazes para avaliação da personalidade nessa faixa etária, dentre os quais os MPs têm um lugar de destaque.

Nessa direção, destacamos o CAT – *Children Aperception Test* (no Brasil, Teste de Apercepção Infantil; Miguel et al., 2013), que pretende investigar a dinâmica da personalidade da criança, de modo a compreender seu mundo vivencial, sua estrutura afetiva, a dinâmica de suas reações diante dos problemas. Para tanto, o CAT é proposto como uma forma de facilitar a apercepção (um processo relacionado à projeção), que justifica sua definição como um MP.

Segundo Bellak (1950, *apud* Anzieu, 1978), a apercepção consiste no “processo pelo qual a experiência nova é assimilada e transformada pelo traço da experiência passada de cada um, de modo a formar um todo novo” (p. 265). Portanto, a apercepção é uma interpretação subjetivamente orientada, e como tal, dá sentido à experiência. No CAT, é por meio da apercepção que é possível realizar a tarefa proposta (contar histórias a figuras).

As crianças muito pequenas têm maior dificuldade de verbalizar o que está pensando e mesmo nomear o que estão sentindo. Nesse sentido, o mais indicado são as técnicas de ludodiagnóstico, como a observação clínica durante brincadeiras estruturadas e jogos de imaginação. Neste contexto, o CAT permite a expressão de fantasias e sua compreensão no psicodiagnóstico por meio das histórias contadas pela criança durante a tarefa proposta.

Segundo Tardivo (1992), a criação do CAT ocorreu após Leopold Bellak e Sonya Bellak conversarem com o psicanalista infantil Ernst Kris (autor consagrado na escola psicanalítica que ficou conhecida como Psicologia do Ego). O casal Bellak, que havia se envolvido no desenvolvimento do TAT (instrumento no qual o CAT é baseado), perceberam que ele não atendia às necessidades apresentadas na prática com crianças pequenas. Em conjunto com Kris, notaram que muitas das situações apresentadas no TAT não eram apropriadas aos típicos conflitos infantis, e nem compatíveis com seu estágio de desenvolvimento. Em 1949, propuseram a primeira versão do CAT (Bellak & Bellak, 1949/1957), com pranchas mostrando animais antropomorfizados (posteriormente denominado CAT-A).

O casal Bellak, a partir de discussões teóricas com Ernest Kris em torno da projeção remeteram-se às ideias freudianas a respeito da

maior facilidade da identificação de crianças com animais do que com pessoas. Os animais possuem um papel de destaque na fantasia e nas fobias infantis, bem como se convertem facilmente em alvos de identificação. Prestam-se com maior facilidade à projeção de estímulos ambíguos e são semelhantes à criança no caráter primitivo de seus impulsos (Bellak & Bellak, 1957). O papel que os animais têm nas histórias, fábulas e parábolas, com pensamentos e sentimentos expressos, facilita o engajamento na atividade, se aproximando de animações e histórias em quadrinhos.

Os autores convidaram então Violet Lamon, ilustradora profissional de livros infantis, para desenhar as cenas. A desenhista apresentou dezoito cartões com animais representando cenas do cotidiano infantil, as quais foram testadas pelos autores e colegas com experiência no uso de MPs, selecionando dez figuras para a versão final do instrumento (Bellak & Bellak, 1957). Em 1965, tendo prosseguido a utilização e pesquisas a respeito do CAT-A, os autores apresentaram o CAT-H, uma adaptação do CAT-A, substituindo os animais por figuras humanas. O novo instrumento foi direcionado à avaliação de crianças entre sete e dez anos, sendo as normas de aplicação e interpretação as mesmas do CAT-A (Tardivo & Moraes, 2018).

Sendo assim, o CAT-A é composto por 10 pranchas de animais em situações do cotidiano infantil e, para cada prancha, a criança deve criar uma história. Bellak e Bellak (1957) elaboraram o teste, a partir de uma amostra de 200 protocolos de crianças de idades entre três e dez anos. A criança deve contar uma história sobre cada cartão, sobre o que elas estão fazendo e depois seguir o inquérito a fim de se desenvolver uma história com começo-meio-fim e ter seus personagens descritos e mesmo caracterizados com suas características aparentes e sentimentos. Os temas típicos para cada gravura no estudo original são apresentados a seguir:

- Cartão 1: problemas relativos à oralidade em geral; ser alimentado ou não por um dos pais; rivalidade entre irmãos;
- Cartão 2: luta acompanhada de medo da agressão; autonomia da criança; jogo ou brincadeira (ex. cabo de guerra);
- Cartão 3: percepção e relação com a figura paterna. A bengala pode ser vista como instrumento de agressão ou indicando velhice (binômio novo/velho);

- Cartão 4: relação de cuidados com a figura materna; rivalidade entre irmãos; preocupação com a origem dos bebês;
- Cartão 5: cena primária com variantes e temas de manipulação mútua entre crianças e fantasias relacionadas a origem dos bebês;
- Cartão 6: cena primária; aparecimento de problemas edipianos e situações referentes à masturbação noturna e ciúmes na relação triangular;
- Cartão 7: medo de agressão e meios de lidar com ele. As caudas dos animais podem evocar temores ou desejos de castração;
- Cartão 8: percepção de inserção familiar. As xícaras podem evocar temas de oralidade;
- Cartão 9: medo de escuro; medo do abandono dos pais; medo de ser deixado só e curiosidade sobre o que acontece no quarto ao lado;
- Cartão 10: crime e castigo revelando concepções morais da criança; treinamento dos esfínteres, indicando reações frente às regras sociais e a disciplina.

As situações escolhidas para compor cada prancha referem-se a situações importantes do desenvolvimento da criança, do ponto de vista da teoria psicanalítica, como as fases oral, anal, fâlica, complexo edipiano, reações diante da cena primária e relações objetais (Tardivo, 1992; Tardivo & Moraes, 2018). As figuras do teste servem de estímulo para que a criança projete seu mundo interno por meio da sua identificação com as personagens (Miguel et al, 2013). Durante as instruções, deve-se explicar para a criança que não existem histórias certas ou erradas, incentivando-a a inventar uma história para cada prancha usando sua imaginação.

Esse processo de contar histórias é muito importante para a criança; seja no brincar ou nos contos de fadas, a fantasia é um poderoso meio para examinar e se apropriar do mundo externo. Nesse processo, crianças tender a se sentirem amparadas no conforto do faz de conta, deixando-se levar assim, em segurança até o sentido da realidade (Hisada, 1998). Outro ponto importante da produção de fantasias e permitir a externalização de aspectos do mundo interno de forma catártica, os quais a criança transforma a partir dos personagens ou mesmo do enredo.

Não só crianças usam dessa forma de expressão: quem nunca chamou uma pessoa que não gostava de bruxa? A possibilidade de representar externamente um sentimento que ainda não pode ser pensado mais claramente faz do ato de contar histórias uma das muitas possibilidades de avaliação e intervenção terapêutica, não necessariamente só com crianças.

A riqueza de informações que advêm deste teste também necessita de uma forma organizada de se analisar as histórias. No Brasil deve-se usar uma ficha de avaliação que auxilia e organiza o material produzido pela criança, sendo sua interpretação fundamentada nas projeções de suas necessidades e motivações. Desta forma, ao compreender as necessidades, pensamentos, sentimentos e motivações dos personagens, podemos conhecer um pouco mais sobre o funcionamento psíquico da criança avaliada (Villemor-Amaral & Xavier, 2007).

Independente do contexto de uso, os resultados encontrados no CAT não devem ser considerados isoladamente, sempre lembrando que mesmo o teste sendo completo, o resultado de um instrumento sozinho não pode ser utilizado como indicador conclusivo de patologia, o que se aplica em última instância a qualquer instrumento de avaliação.

Nesse contexto, apresentamos uma vinheta clínica de uma criança de 7 anos, que procurou por psicoterapia por queixas dermatológicas psicossomáticas após a separação dos pais. Ao receber a criança, a psicóloga avisou que estava grávida, tendo sido possível oferecer apenas oito encontros, o que foi acatado pela mãe. Assim, foi organizado um acolhimento e uma avaliação para que a criança pudesse posteriormente procurar outro profissional, munida de informações e indicações terapêuticas.

Os encontros consistiram em entrevistas com a paciente e sua mãe, e três sessões de avaliação. Além das entrevistas e a observação lúdica, foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Traços de Personalidade de Crianças (ETPC; Sisto, 2004), técnica projetiva de desenho H-T-P (Casa-Árvore-Pessoa) de John Buck (Buck, 2003), Pirâmides Coloridas de Pfister (Villemor-Amaral, 2013); Teste de Inteligência R-2 (Rosa & Alves, 2003) e Teste de Apercepção Infantil (CAT-A; Miguel et al., 2013). Todos os testes utilizados têm estudos científicos com amostras brasileiras que garantem padrões de qualidade para uso profissional, segundo as especificações do Conselho Federal de Psicologia (Resolução CFP 06/2019).

A criança era filha do meio, com um irmão de 13 anos e uma irmã de 5 anos e dividia o quarto com eles. Era uma menina muito tímida, pouco exploradora e sem muitas verbalizações, completamente diferente de seus irmãos, que eram expansivos e com características de personalidade bem definidas (segundo sua mãe). Já frequentava a mesma escola há 2 anos, e iria iniciar o segundo ano do Ensino Fundamental sem nenhuma queixa relacionada ao seu rendimento escolar. Sua principal atividade era ler gibis e brincar de esconde-esconde com a irmã mais nova. Tinha muito medo do escuro e tinha um bichinho de pelúcia desde um ano de idade, o qual se agarrava a noite para dormir.

Sua mãe indicou que surgiram feridas em sua pele após a separação do pai da criança e que ela chegou a presenciar brigas e discussões, sendo que sua mãe as vezes se refugiava no quarto das crianças para não sofrer violência física. Os pais estavam separados há poucos meses e o pai não quis comparecer a nenhuma sessão a que foi convidado, mas não se opunha ao acompanhamento de sua filha. Após a aplicação de testes mais estruturados, pudemos observar que a criança se mostrou inicialmente de forma mais introversiva (ainda que colaborativa), mudando de atitude ao longo do processo. Aceitou todas as tarefas solicitadas e estabeleceu um bom vínculo com a examinadora. Sobre a aplicação do CAT-A, seguem as respostas:

- Cartão 1: “Pintinho! Eles vão comer. (Como eles estão?) Felizes. (O que eles faziam antes?) Eles tavam brincando. Eles tavam com fome. (E depois?) Eles vão continuar a brincadeira que estavam brincando. (Como termina?) Com eles brincando. Título: Não sei (consegue imaginar ou inventar?) Não sei.”
- Cartão 2: “Os ursos estão brincando de cabo de guerra. (Como eles estão?) Felizes. (O que eles faziam antes?) Eles tavam brincando de pular corda. (Mais alguma ideia?) O pequenininho, ele queria brincar de cabo de guerra. (E depois?) Eles vão comer. (Como termina?) Eles vão comer e aí é de noite e eles vão dormir. Título: Brincadeira.”
- Cartão 3: “Leão. (O que tá acontecendo?) Ele tá sentado numa cadeira (E como ele está?) Bravo, cara de tédio que ele tá. (Me fala mais dele) É adulto. (O que ele estava fazendo antes?) Comendo. (E depois?) Ele viu o ratinho e depois eles brincaram juntos. (E como termina?) Eles vão dormir. Título: Leão.”

- Cartão 4: “Canguru, ele está de bicicleta e eles estão indo para o piquenique. (E como foi?) Foi legal. (E o que mais aconteceu?) Eles estavam atrasados. (O que aconteceu antes?) Estavam arrumando o que eles iam comer no piquenique. (E como termina?) Eles comendo. Título: Piquenique.”
- Cartão 5: “Um bebê. (O que tá acontecendo?) Dormindo. (O que ele estava fazendo antes?) Acordado, brincando. (O que aconteceu?) Ficou de noite, de noite ele dorme. (Como estava se sentindo?) Feliz. (Como termina?) Com ele dormindo. Título: Bebê.”
- Cartão 6: “Ursos, eles estão dormindo, essa é uma foto deles. (O que aconteceu antes?) Brincando. (De que?) De cabo de guerra (E depois?) Eles acordam. (E como estão se sentindo?) Com sono. (E depois?) É... eles vão brincar, eles gostam. (E como termina?) Com eles brincando. Título: Urso.”
- Cartão 7: “Tigre e macaco. O macaco tava se pendurando e daí o tigre viu o macaco, ele tava com fome e foi atrás do macaco. (E depois?) O tigre não conseguiu pegar o macaco, daí eles decidiram brincar juntos. (E como termina?) Eles brincando juntos e felizes. Título: Tigre e macaco.”
- Cartão 8: “Macaco. É um macaco e eles tinham comido e depois eles foram tomar chá. Eles estão conversando e esse ensinando o pequenininho. Eles estão conversando que não gostam de brincar e então tão ensinando ele a ler. Estavam comendo também. (E como estava se sentindo?) Feliz. (E depois?) Eles vão dormir, todos juntos. (Como termina?) Eles dormindo. Título: Não sei. (Não consegue imaginar?) Hum hum, não.”
- Cartão 9: “Um coelho, ele tava brincando e aí os pais dele levou ele para comer, daí ele foi para cama para apagar a luz e dormir, aí abriu a porta e ele ficou com medo e chamou os pais dele, os pais foram lá e ele voltou a dormir. (Como termina?) Com ele dormindo. Título: Coelho.”
- Cartão 10: “Cachorro tinha acordado de noite e chamou a mãe dele que queria fazer xixi, foi para a cama, chamou a mãe de novo, queria comer, comeu e aí ele dormiu. (O que aconteceu antes?) Ele com vontade de fazer xixi e comer. (Como termina?) Ele dormindo. Título: Cachorrinho.”

A paciente gostou muito de contar as histórias, mesmo sendo sucintas. A mãe relatou que após a sessão ela voltou para casa criando diálogos entre os cartazes publicitários que via pelo caminho dentro do ônibus e fez uma história em quadrinhos com ela sendo a protagonista, o que foi inédito para a mãe uma vez que ela sempre deixava sua irmã ser a protagonista das brincadeiras. Esse breve relato pós-sessão mostra a potência do CAT-A para promover expressão (e, portanto, ressignificação) das experiências. Para Miguel et al. (2013), toda resposta dada ao teste indica uma identificação por parte do sujeito com a personagem principal da história, devendo o conteúdo manifesto ser analisado buscando-se seus aspectos latentes (isto é, determinações e motivações inconscientes) ao se dar à resposta.

Por meio das pranchas do CAT-A, a criança pode colocar nas personagens suas necessidades, pensamentos, sentimentos e motivações, permitindo que conhecêssemos sobre seu funcionamento psíquico. Para a compreensão desse nível de funcionamento da paciente, o primeiro ponto a ser destacado é a adequação ao estímulo e sua temática. Em todas as pranchas, a criança observou os detalhes relevantes e adicionou elementos sem perder a lógica da história, denotando funcionamento lógico e adaptativo preservados. A personagem principal (ou seja, sobre a qual a pessoa avaliada descreve as ações ao seu redor e como ele se sente) é chamada de herói; nas histórias criadas pela criança, o herói foi condizente com as imagens apresentadas, sendo um outro indicio de adaptação preservada.

A análise do herói inclui o levantamento de suas necessidades e conflitos. Neste caso, as necessidades do herói, sendo compreendidas como o que ele procura e deseja, podem ser resumidas aos cuidados básicos como comer, dormir ou não ficar só. Para Winnicott (1983), a capacidade de estar só é um dos sinais mais importantes do amadurecimento e desenvolvimento emocional, e para que esta capacidade seja adquirida, deve ter havido uma mãe real, presente e suficientemente boa, nos primeiros anos de vida da criança. Para esta paciente, compreendemos que esta capacidade está sendo construída em conjunto com sua mãe, e que ela não se sente desamparada ao ficar sozinha, sendo atendida quando precisa, como indicado na última história construída.

Na mesma direção, também são observados os conflitos dos heróis, compreendidos como seus desejos incompatíveis e suas resolu-

ções. Os conflitos surgem em situações com seus pares, outras figuras infantis, mas não aparentam um caráter agressivo, tendo uma resolução rápida e mesmo agradável, afinal elas acabam brincando. Ela era uma criança que brincava muito com seus irmãos, sua mãe e o fez na sessão com a terapeuta também, sendo talvez a forma como ela lida normalmente com sua agressividade, destinando-a para as brincadeiras, mas sem muito espaço para contornar ou mesmo para compreendê-la. Outro ponto seria mesmo o período de desenvolvimento em que ela se encontrava (pós vivências edípicas), no qual sua energia está focada em outras atividades (vide, por exemplo, a história ao cartão 8).

O conflito mais significativo esperado a partir das entrevistas iniciais (em relação à figura paterna) apareceu como o adulto que topa entrar na brincadeira e mesmo cede aos desejos da criança, não aparecendo como a figura violenta descrita pela mãe da criança (vide, por exemplo, a história criada para o cartão 9, na qual “pais” resolvem seu conflito de forma harmoniosa). Porém, mesmo não verbalizando sobre essa situação, essa foi uma das histórias em que ela não conseguiu criar um título, tendo apresentado inibição e restrição após a tarefa.

Para a compreensão das histórias, um outro fator importante é o ambiente em que a ação ocorre. Considera-se como ambiente todo o contexto que envolve o herói, incluindo as demais personagens mencionadas no relato. Nesse ponto também é importante estar atento em como ela percebe esse ambiente (por exemplo, se é hostil ou agradável).

Como em seu histórico houve momentos em que seu quarto foi usado como ambiente seguro para sua mãe, esse foi um fator que me atentei para suas descrições. Na prancha que apresenta um ambiente hostil, a criança trouxe uma solução mágica como brincar após ser perseguido, ou mesmo não conseguir dar um título para a história após descrever uma situação de medo do escuro. Winnicott ressalta que a brincadeira é própria da saúde e serve como forma de comunicação, e é por meio desta que a criança manifesta seus conflitos, assim como naturalmente organiza-os (Winnicott, 1975). Nessa direção, na última história, as satisfações orais e anais da criança foram atendidas por uma mãe que não negou nenhuma brincadeira. Pensamos em como o ambiente com seu pai e mãe presentes era mais assustador que somente com sua mãe, dando margem a se pensar na percepção interna da criança de uma figura materna capaz de proteger e amparar.

Com relação à autoimagem expressa nas histórias, os dados sugerem preservação, e aqueles personagens que se mostravam distantes

de sua figura original, ela indicou fazerem parte de sua rede de suporte, principalmente na figura de sua mãe. Personagens como leão e o tigre (compreendidos como mais velhos), se rendem às sugestões de comer e dormir sem apresentar resistência, tal qual a paciente que não se opunha a nada que lhe era oferecido, mesmo quando aparentava estar cansada ou mesmo desmotivada.

Outro fator importante a ser considerado no CAT-A é a forma como as relações objetais se apresentam. Observa-se principalmente como o herói de cada história se percebe e se relaciona com os outros personagens, num paralelo em como a criança se constitui em suas relações. O conjunto de dados do CAT-A indica que a criança estabeleceu relações de objeto com predominância de experiências boas internas e externas sobre as experiências más (Klein, 1981). Mesmo em cartões que incitam a rivalidade entre irmãos, essa não aparece, na forma de uma solução como brincar ou dormir.

Como já indicado no parágrafo sobre os conflitos, é possível observar indícios de vivência de ansiedade significativa. Essas podem subsidiar o aparecimento dos mecanismos de defesa. Acerca de suas vivências afetivas, apresentou-as de forma intensas e diversificadas. Tais afetos são vivenciados predominantemente de maneira introversiva e com dificuldade em sua expressão, não permitindo efetiva canalização das angústias, favorecendo o aumento da ansiedade e retraimento. Tais afetos pareceram apresentar uma tonalidade depressiva e de ansiedade ao contato interpessoal, ainda que de forma sub-clínica, ou seja, não caracterizando um transtorno psiquiátrico. A ansiedade que apareceu nas histórias com mais frequência foi relacionada à solidão.

Acerca de seus mecanismos de defesa, esses apareceram em formas muito adaptadas para sua idade. A formação reativa foi o mecanismo mais frequente, adotado de forma rígida e impedindo impulsos contrários. Tal mecanismo aparece principalmente nas descrições em sempre estar brincando com outro personagem, tal como faz na realidade com sua irmã mais nova.

Para Klein (1981), as fantasias são apoiadas por sensações, imagens auditivas e visuais, as quais são progressivamente elaboradas a partir das percepções do mundo externo. Nas histórias da criança, observamos o uso de repressão, encerrando os cartões em que apareciam figuras de autoridade de forma mais abrupta ou mesmo quebrando a conexão associativa sem conseguir criar um título para a história cria-

da. Também observamos o uso de falseamento, onde seria possível um leão e um rato brincarem, ou mesmo um tigre parar de caçar um macaco, mesmo estando com fome, quase configurando uma negação da realidade. Desta forma, os dados sugerem a dificuldade da criança em comunicassem externamente sua configuração interna de angústia (daí, sua baixa elaboração de vivências conflitivas), o que se relaciona com o sintoma psicossomático que a trouxe para o atendimento.

Winnicott (1990) afirma que a pele serve de limite entre eu e não-eu, entendendo-a como uma barreira que protege e que marca um lugar e um meio de trocas. Dependendo das circunstâncias, a pele pode ter a função de membrana limitante (tal como uma armadura), mas também pode ser o local de manifestação de conflitos e emoções a partir de sintomas psicossomáticos.

Um fator importante sobre o desencadear das doenças de pele é a existência permanente ou abrupta de estressores ambientais. No caso da criança avaliada, a separação dos pais ainda está encontrando um local para ser sintetizada. Como fator de vulnerabilidade para esse processo, a criança apresentou constrição da comunicação afetiva, parecendo querer conter a angústia em si mesma, como uma resposta fisiológica às emoções no corpo. Nessa direção, é possível compreender seu sintoma psicossomático como uma expressão de agressividade e destrutividade contra si mesma, bem como às figuras de afeto.

Retomando os indicadores do CAT-A, a integração do ego indica o nível geral do funcionamento da criança. Ele indica como ela consegue conciliar a expressão dos impulsos e as demandas da realidade e do superego. Quanto maior a integração egoica, mais recursos o indivíduo dispõe para elaborar a resposta de forma adaptada; quanto menor essa integração, maior será o grau de distorção aperceptiva do estímulo, além de indicadores de má-qualidade da organização das histórias.

Para avaliar o grau de integração egoica, é necessário observar o desfecho das histórias, ou seja, se são negativos, ou se os heróis têm sucesso em suas empreitadas, bem como se tais desfechos são possíveis ou irrealis. No caso da criança avaliada, observamos que suas histórias foram finalizadas muitas vezes com soluções mágicas, ou baseadas na repressão. Nessa direção, a mãe da criança referiu que dizia para as crianças “vai dormir que passa” quando iniciava uma discussão com o pai.

A criança pareceu significar essa experiência (expressa como indo se deitar com seus irmãos, o que foi amplamente replicado nas histórias), apenas como uma boa sensação de ter brincado durante o dia, porque a noite era para dormir. Winnicott (1984) explora a criação de um vínculo favorável e acolhedor em que, através do brincar, o paciente possa comunicar suas angústias e contar com a sustentação de um terapeuta que não se apresse a intervir com interpretações, mas que intervenha através da própria situação de jogo. Nessa situação descrita, a psicóloga como expectadora fechava os olhos junto com ela sempre que o herói da história ia dormir, uma brincadeira criada para costurar o tempo juntas, mas também uma forma de acolher seu recurso possível. A capacidade da criança em se manifestar de forma espontânea e criativa em meio às adversidades do ambiente, contribui para a expressão do ser e seu pleno desenvolvimento.

Com relação ao pensamento, apresentou recursos dentro do esperado e boa capacidade de organização, indicando riqueza perceptiva e bom uso de suas funções cognitivas. Analisando as demandas cognitivas exigidas tanto pelo CAT-A possível definir o tipo de processamento intelectual comum às tarefas, exigindo fluência verbal, vocabulário, associação entre as partes do estímulo, percepção adequada e interpretação (Xavier & Villermol-Amaral, 2013), o que pode ser percebido como estando dentro do esperado para a idade da paciente. Assim, o CAT-A permite interpretar os conteúdos internos e externos da criança, a qual pode projetar no ambiente seus conflitos, fantasias e relações objetais (Affonso, 2012).

Conclusão

O uso de instrumentos mais ambíguos como os MPs é essencial para a compreensão do funcionamento psíquico infantil, devido aos recursos psicodinâmicos que dão elasticidade à técnica e acesso ao inconsciente e aos conflitos da criança que possuem maior dificuldade de entender e verbalizar seus conteúdos, permitindo espaço de reflexão para causas possíveis do seu sofrimento e que ela seja protagonista para descoberta de potencialidades de mudanças na sua vida (Chabert, 2014).

Enquadram-se nessas características as figuras do CAT, indicado a profissionais de Psicologia que desejam conhecer como a criança

se percebe, como vê o mundo e como diante dele se posiciona, assim como suas possíveis dificuldades e recursos para enfrentá-las, além de questões próprias do desenvolvimento psicológico (Tardivo & Moraes, 2018).

Essas informações, só possíveis com instrumentos com esse nível de aprofundamento, auxiliam na tomada de decisão e nos encaminhamentos de cuidados à saúde da criança. No caso da criança avaliada, recomendamos a continuidade da psicoterapia e a busca de cursos externos com componentes artísticos, para sua expressão e lapidação de suas habilidades. O uso desse instrumento foi fundamental para a tomada de decisão e indicações aos familiares. Esta ferramenta também pode ser um mediador terapêutico, favorecendo o processo de ligação entre psicoterapeuta e paciente e proporcionando maior contato com os conteúdos internos.

Referências

Affonso, R. M. L. (2012). O ludodiagnóstico e as técnicas projetivas expressivas. In: Affonso, R.M.L Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo. (p.64-68). Porto Alegre: Artmed.

Anzieu, D. (1978). *Os métodos projetivos*. Campus. (Original publicado em 1961).

Bellak, L., & Bellak, S. S. (1957). *Manuel du Test d'Apperception pour enfants C.A.T. et du supplement C.A. T.-S*. Centre de Psychologie Appliquée. (Original publicado em 1949)

Braga, A. A. N. M., Daltro, M. R., & Danon, C. A. F. (2012). A escuta clínica: Um instrumento de intervenção do psicólogo em diferentes contextos. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 1(1), 87-100.

Buck, J. N. (2003). *HTP: Manual e Guia de Interpretação* (R. C. Tardivo, trad.). Vetor. (Trabalho original publicado em 1964)

Chabert, C. (2014). Les méthodes projectives en psychopathologie clinique: développements, confirmations, contradictions. *Psychologie clinique et Projective*, 20(1), 59-78.

<https://doi.org/10.3917/pcp.020.0059>

Conselho Federal De Psicologia. Resolução nº06, de 29 de março de 2019.

Freud, S. (1974). Totem e tabu. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol.13, pp.11-191). Imago (Trabalho original publicado em 1913).

Freud, S. (1976). Observações adicionais sobre as psiconeuroses de defesa. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (p. 159-183). Imago. (Trabalho original publicado em 1896).

Hisada, S. (1998). *A utilização de histórias no processo psicoterápico: uma visão winnicottiana*. Revinter.

Klein, M. (1981). Fundamentos psicológicos da análise de criança. In: *Psicanálise da criança*. (3ª edição, pp. 23-36, 1932). Mestre Jou.

Marques, A. M., Tardivo, L. S. P. C., Moraes, M. C. V., & Tosi, S. D. (2013). *Teste de Apercepção Infantil (CAT-A) – adaptação brasileira*. Vetor.

Miguel, A. Tardivo, L.S.P.C.; Silva, M. C. V; M. Tosi, S.D. (2013) *Teste de Apercepção Infantil (CAT-A) – adaptação brasileira*. Vetor.

Murray, H. A. (2005). *Teste de Apercepção Temática: Henry A. Murray e colaboradores da Clínica Psicológica de Harvard* (adaptação e padronização brasileira: Maria Cecília Vilhena da Silva) (3ª Ed). Casa do Psicólogo.

Pacheco, L., & Sisto, F. F. (2003). Aprendizagem por interação e traços de personalidade. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7, 69-76.

Rosa, H. R., & Alves, I. C. B. (2003) *Teste não-verbal de inteligência para crianças (R-2)* (manual; 2ª Ed.). Vetor.

Salles, R. J., & Tardivo, L. S. P. C. (2017). Contribuições do pensamento de Winnicott para teoria e prática do psicodiagnóstico psicanalítico. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 37(93), 282-310.

Sisto, F. F. (2004). *Escala de Traços de Personalidade para Crianças*. Vetor.

Scaduto, A. A., Cardoso, L. M., & Heck, V. S. (2019). Modelos interventivo-terapêuticos em avaliação psicológica: Estado da arte no Bra-

sil. *Avaliação Psicológica*, 18(1), 67-75. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1801.16543.08>

Tardivo, L. S. P. C. (1992). *Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais (CAT-A) e Teste das Fábulas de Düss: Estudos Normativos e Aplicações no Contexto das Técnicas Projetivas*. Tese de Doutorado. USP, São Paulo.

Tardivo, L. C., & Moraes, M. C. V. (2018). O Teste de Apercepção Infantil (CAT), de Leopold e Sonya Bellak. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Ed.), *Avaliação Psicológica da inteligência e da personalidade* (pp. 385-398). Artmed.

Villemor-Amaral, A. E. (2013). *As Pirâmides Coloridas de Pfister: versão para crianças e adolescentes*. Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A. E., & Xavier, M. F. (2007). Avaliação da relação com a figura materna no CAT-A. *Psic*, 8(2), 195-203.

Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Imago.

Winnicott, D. W. (1983). A capacidade de estar só. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Artmed.

Winnicott, D. W. (1984) *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Imago.

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Imago.

Winnicott, D.W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1994). O valor da consulta terapêutica. In: C. Winnicott; R. Shepherd. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 244-248), (J. O. A. Abreu, trad.). Artmed.

Xavier, M. F., & Villemor-Amaral, A. E. (2013). Avaliação do funcionamento cognitivo por meio do CAT-A: evidências de validade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1) 38-46. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722013000100005>

A Psicanálise e o Campo da Educação em Sexualidade: Possibilidades e Desafios no Trabalho Docente com Crianças na Creche

Érica Vidal Rotondano

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

Educação Sexual no Brasil: um campo de disputas

O trabalho com sexualidade nas escolas brasileiras não é recente. Com diferentes nomes e concepções, sua institucionalização tanto foi combatida como promovida por integrantes de movimentos dentro do campo da educação e da medicina em distintas épocas.

As primeiras evidências de uma clara preocupação com a sexualidade no espaço escolar datam das décadas de 1920 e 1930, no auge do pensamento higienista, que no plano do controle da população visava o aperfeiçoamento genético - que significava o branqueamento da nação brasileira (Altmann, 2001). Diante disso, a educação escolar passou a ocupar lugar de destaque no projeto de modelagem da sexualidade de crianças e jovens. Por meio dela, investia-se na saúde, na promoção da disposição para o trabalho e na defesa da “ordem e do progresso” da nação.

No entanto, tal projeto rompia com o regime moral defendido pela Igreja Católica, que de acordo com Guimarães (1995), teve papel dominante no cenário do sistema educacional brasileiro até a década de 1960, o que por vezes resultou em embates com os que defendiam a educação sexual no currículo das escolas. Santos (2002) observa o silenciamento da sexualidade nos sermões das missas, nas atividades pastorais e na educação dos colégios católicos, onde “a ênfase era dada à salvação da alma” (p.59).

Sobre a década de 30, Azzi (1993) registra o exagero na repressão do corpo e de qualquer informação relativa à educação sexual, de modo a evitar o despertar de qualquer desejo “prematureo e pecaminoso”. Os métodos anticoncepcionais eram considerados pela Igreja como propaganda pornográfica e comunista.

Em meio ao contexto repressivo da Igreja Católica, chama aten-

ção a obra do Pe. Álvaro Negromonte, *A educação sexual (para pais e educadores)*, de 1939. Negromonte era partidário de que os pais falassem com os filhos sobre sexualidade. No entanto, seu pensamento se alinhava ao conservadorismo da Igreja Católica ao defender que o sexo que não visasse a reprodução seria antinatural e ao condenar veementemente a masturbação.

A encíclica *Casti connubii*, do Papa Pio XI, publicada em 1931, citada por Santos (2002), reforçava a ideia da procriação como finalidade única e específica do matrimônio e condenava o aborto sob quaisquer circunstâncias, bem como a emancipação feminina, que levaria ao afastamento da mulher do lar, comprometendo a maternidade, além de colocar os cônjuges em pé de igualdade. A pesquisadora pontua que, neste período, as restrições aos saberes relativos à sexualidade podiam ser acompanhadas por fortes ataques a autores que abordassem o tema, mesmo que do ponto de vista pedagógico ou científico.

Exemplo disto era a prática das Irmãs Sacramentistas de Nossa Senhora, fiéis às diretrizes gerais do episcopado brasileiro, celebrarem anualmente a festa do bom livro, que se constituíam em brigadas de jovens com a finalidade de levar à fogueira os livros considerados atentados à pureza da mocidade (p.61).

A despeito da repressão da Igreja, nas primeiras décadas do século XX a questão sexual tornou-se o campo privilegiado pelas discussões da psicanálise e da sexologia. Nascentes naquele momento no Brasil, as duas já portavam status científico diferenciado, o que promovia, inclusive, disputas no âmbito do mercado editorial: enquanto a sexologia atraía suspeitas de imoralidade, sendo até hoje acompanhada de certo estigma, a psicanálise foi melhor aceita entre médicos e psiquiatras (Carrara & Russo, 2002).

Entre os defensores da educação sexual no Brasil à época, merece destaque o trabalho precursor em sexologia do médico José de Oliveira Pereira de Albuquerque, que se materializou na criação do Círculo Brasileiro de Educação Sexual (CBES), em 5 de julho de 1933, no Rio de Janeiro, com o intuito de instruir e esclarecer sobre assuntos de educação e higiene sexual, a partir de enfoques biológicos, psicológicos e morais. Para ele, a educação sexual seria indissociável do projeto de modernização da nação e da cultura nacional.

O CBES teve ampla atuação e congregou profissionais vincu-

lados a diversas áreas do conhecimento, preocupados em reformar a nação por meio de uma intervenção científica.

Neste sentido, para Carrara e Russo (2002), a sexologia era uma disciplina militante:

Apresentava um projeto de intervenção social herdeiro do iluminismo, no que dizia respeito a luta pela emancipação individual de toda convenção arbitrária, não-natural, mas também do romantismo, quando advogava que tal emancipação deveria passar por certo reencontro com a natureza, com os instintos com as energias vitais, dando a elas um fluxo mais livre e espontâneo (p. 275).

No entanto, nas primeiras décadas do século XX, intelectuais da classe média e urbana confluíam no seu rechaço à ordem oligárquica e ao poder da Igreja. Da mesma forma, a política nacional, em vigor a partir da Revolução de 30, orientou seu foco em direção ao rompimento com eles. Nesse contexto, a ordem médica ora se afastava de algumas ideias católicas, ora fazia uma releitura sob novos moldes, a fim de garantir uma maior adesão da população, na qual tencionava-se incutir novos hábitos (Costa, 1999).

Para Reis (2006), José de Albuquerque considerava a escola um espaço não aproveitado para a educação sexual, sendo evitada por professora(es) e pessoas ligadas à Igreja Católica, que a consideravam assunto imoral e corruptor dos valores da família, mesmo quando discutida científica e pedagogicamente.

Aproximando-se da psicanálise, Albuquerque postulou que muitas das enfermidades sexuais relacionavam-se a uma má educação sexual, promotora de desejos reprimidos que originariam neuroses. Merece destaque sua crítica a uma falsa moral, divorciada da biologia, desencadeadora de distúrbios sexuais. Neste sentido, a educação sexual desde a infância seria imprescindível para o desenvolvimento sadio. Defendia ainda, o divórcio, a posse da mulher por si mesma e a igualdade dos sexos, se pronunciando contra o uso da expressão “sexo frágil”. Em seu programa, quando candidato a deputado federal em 1937, propôs a criação de um plano nacional de educação sexual.

Na década de 50, já sob a influência do espírito liberal difundido em todo o mundo após a II Guerra Mundial, a educação sexual passou a ser mais tolerada pela Igreja Católica, embora em termos restritos e conservadores, que enfatizavam a educação direcionada para a castidade.

As tensões em torno da educação sexual no país ocorreram também no período da instauração da ditadura no Brasil, quando estabeleceu-se uma aliança entre a força militar e os movimentos conservadores da Igreja Católica. Neste momento, a temática, que ganhara espaço a partir de renovações pedagógicas e de movimentos pelos direitos civis instaurados no país, tornou-se facultativa para as escolas, que poderiam inseri-la, ou não, em programas de saúde. O controle, a moralização dos costumes e a concepção de criança pura e assexuada ganharam força nesse momento e colocaram a família à frente do processo educativo (César, 2009).

O processo de democratização, nos finais dos anos 70, significou o gradual restabelecimento de direitos políticos clássicos (como voto e livre expressão política), bem como a promoção de uma série de outros direitos humanos que passaram a integrar as demandas das forças políticas de esquerda e de novos sujeitos políticos. Segundo Carrara e Vianna (2008), estes últimos foram se organizando no período da ditadura em torno de temas antes considerados do âmbito da vida privada, dentre os quais os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e os das chamadas minorias sexuais.

Para a dupla de autores, a Constituição de 1988 marcou a instituição da sexualidade e da reprodução como campo legítimo de exercício de direitos, o que permitiu, por exemplo, o reconhecimento legal de diversas formas de família e da equidade de gênero como direito constitucional. No entanto, ao ser elaborada num contexto político desfavorável para o então chamado Movimento Homossexual Brasileiro, não incluiu referências à orientação sexual entre as diversas formas de discriminação a serem combatidas pelos poderes públicos. Não obstante, por possuir estrutura geral comprometida com os direitos humanos e com movimentos políticos emergentes, a apelidada “Constituição Cidadã” possibilitou que a sexualidade começasse a ser publicamente entendida como campo legítimo de exercício de direitos.

A partir disso, bem como de um conjunto de reformas educacionais que aproximavam a pedagogia brasileira de referenciais marxistas e das políticas neoliberais adotadas pelo governo brasileiro naquele momento, é que em 1997 foram publicados os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). Estes, por meio da inclusão de Temas Transversais, pretendiam tanto atender as reivindicações de diversos movimentos sociais (indígenas, negros, feministas e homossexuais – mais tarde denominado LGBT) atuantes desde o processo de redemocratização do país,

quanto trazer para a escola discussões associadas à cidadania, direitos das minorias, pluralidade religiosa e cultural e direitos sexuais (César, 2009).

Num cenário nacional marcado por preocupações com a gravidez adolescente, Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), a demanda pela discussão da sexualidade na escola foi materializada, inclusive, num fascículo dos PCNs com o nome de *Orientação Sexual*, terminologia inspirada numa reforma educacional empreendida na Espanha.

No Brasil, o termo surge nos PCNs sob a justificativa de diferenciar o trabalho educativo empreendido na área pela escola, já que este seria intencional e planejado, daquele que ocorre no espaço da família, tido no documento como espontâneo e não planejado. No entanto, autoras(es) como Filha (2009) problematizam a adoção, nos PCNs, do termo “orientação sexual”. Para ela isto provocou confusões e equívocos, inclusive na formação de professoras(es), já que o termo orientação sexual é adotado pelo movimento LGBTQIA+ e pela academia para se referir à vivência de desejos e prazeres.

São vários os termos adotados no Brasil, ao longo do século XX, para designar práticas que visavam discutir corpo, gravidez e saúde sexual na escola, cada um com diferentes valores e concepções sobre sexualidade.

Com diversos sentidos, o uso do termo educação sexual tem sido constante em diversos momentos históricos. Filha, no entanto, aponta para o desgaste do mesmo e defende a utilização de diferentes nomenclaturas e posturas para enfatizar a ruptura com práticas que frisam apenas os aspectos biológicos da sexualidade, como a gravidez e as ISTs, especialmente embasadas em aspectos naturalizantes e essencialistas.

Diante das discussões terminológicas empreendidas, algumas(uns) pesquisadoras(es) têm proposto o abandono do uso do termo educação sexual. Segundo Ribeiro (2013), este emergiu nas escolas no início do século XX e abarcava questões como a masturbação, as então denominadas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e a educação das mulheres para a vida doméstica, vinculando-se à abordagem biomédica com uma dimensão determinista e reguladora. Diante disso, Ribeiro sugere o uso do termo “*educação para a sexualidade*”, adotando a problematização trazida por Foucault na sua *História da Sexualidade*. Para a autora, a sexualidade não é um dado natural, mas um discurso construído historicamente, no âmbito de relações de saber e poder.

Concomitantemente, a expressão “educação em sexualidade”, utilizada neste artigo, ganhou espaço em publicações da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). Neste caso, o termo vincula-se a uma educação mais abrangente, focada nos direitos humanos, na equidade de gênero e no empoderamento de crianças e jovens para que levem uma vida saudável e segura.

O processo de ressignificação das políticas educacionais em sexualidade, atualmente, ainda se constitui num desafio. Como aponta Leite (2013), a sexualidade das crianças e adolescentes tende a ser considerada como uma “questão menor” dentro de uma hierarquia de necessidades que apontariam para outras, ditas mais urgentes. Isto se daria pelo fato de estarmos diante de uma seara que atua não com pessoas já consideradas sujeitos de direitos, mas como “menores”.

Os anos 2000: uma nova cruzada contra a educação em sexualidade nas escolas

A partir dos anos 2000, apresentou-se um novo adversário para os trabalhos em educação em sexualidade nas escolas: a “ideologia de gênero”, que no Brasil encontrou nos debates legislativos sobre educação um espaço privilegiado de disseminação.

Carrara (2015) observa que as narrativas antigênero postulam que a educação das crianças não deve sofrer interferências por parte de escolas, acusando-se tais instituições (que teriam se convertido em espaço de “doutrinação”) de planejar implantar a “ditadura do gênero”:

A ideia de pânico moral, desenvolvida por Stanley Cohen na obra *Folk Devils and Moral Panics* (1972), designa reações coletivas exageradas diante do que se sente ser uma ameaça potencial a valores e interesses sociais. Diante disso, desenvolve-se hostilidade em relação a personagens ou condições que passam a encarnar a causa do problema.

Sentimentos de horror e repúdio são compartilhados por grupos influentes na sociedade, especialmente meios de comunicação de massa que passam a reproduzir a ideia de que se está sob uma ameaça terrível a ser combatida. Cohen observa que uma característica importante de tais pânicos é a volatilidade: entram em erupção e se dissipam repentinamente, sem aviso, não sem antes poderem ser utilizados para fins de manipulação política.

Complementando as ideias de Cohen, Irvine (2006), ao estudar o que denomina “pânico sexual local” promovido contra o currículo de educação sexual em centenas de distritos escolares nos Estados Unidos na década de 1980, pontua a manipulação política da indignação construída e alimentada por scripts emocionais – uma retórica estrategicamente elaborada para produzir respostas intensas, mas ainda assim voláteis, como medo, nojo e raiva.

Compondo o cenário brasileiro de ataques à educação em sexualidade na educação, figura o Projeto de Lei (PL) 7180/2014,, conhecido como Movimento Escola Sem Partido (MESP), criado em 2004 pelo advogado Miguel Nagib.

Para Miguel (2016), a popularidade do MESP deu-se, mais recentemente a partir da confluência estratégica de suas ideias contra o marxismo ao combate da “ideologia de gênero”. No discurso do movimento, ganhou espaço a noção de supremacia da família sobre a escola, que pretende impedir que docentes transmitam conteúdos contrários aos valores prezados pelos pais, seja no âmbito da sexualidade, seja em termos de posições partidárias e religiosas.

Nesse contexto, o slogan “meus filhos, minhas regras” passa a ser utilizado reiteradas vezes pelo MESP, negando, tanto o caráter republicano da escola, quanto a condição da criança e do adolescente de sujeitos de direito, frente à absoluta e inquestionável, autoridade dos pais.

Em Manaus, no ano de 2015, foi apresentado junto à Câmara Municipal de Manaus o PL 389/2015 do Vereador Marcel Alexandre do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), que propunha vetar as discussões sobre “ideologia de gênero” nas escolas municipais. Ressalta-se aqui que o mesmo projeto defendia, em sua justificativa, a abordagem essencialista da sexualidade, focada em aspectos biológicos, heteronormativos, como forma de fazer frente à gravidez, por exemplo.

Posteriormente, no dia 7 de março de 2017, foi promulgada em Manaus a Lei Municipal 439/2017. Evocando o suposto “conceito de ideologia de gênero” esta lei impedia qualquer diretriz ou prática pedagógica que visasse difundir a “ideologia de gênero”.

E foi em meio a um contexto de assombro de docentes, de mobilização e articulação política da equipe de formadoras em sexualidade da Secretaria Municipal de Educação (SEMED) de Manaus com outras instâncias da sociedade, de ataques à temática realizados por pais e

mesmo por profissionais da educação defensores da “ideologia de gênero” que se deu a coleta de dados de minha pesquisa de Doutorado.

As formações continuadas docentes para professoras de creches: um olhar sobre a sexualidade infantil

Durante o ano de 2016 foi possível realizar observação participante junto às formações em sexualidade para docentes da Educação Infantil e primeiras séries do Ensino Fundamental da rede municipal de Manaus. Na época, duas professoras formadoras, ambas com graduação em psicologia, eram responsáveis pela temática. Os encontros aconteciam na Divisão de Desenvolvimento Profissional do Magistério.

O recorte aqui adotado irá privilegiar as discussões entabuladas com docentes (todas do sexo feminino) que atuavam com crianças nas creches do município, sendo importante ressaltar que naquele ano, pela primeira vez, tal temática compunha a formação destinada a essas profissionais. Destaca-se, ainda, que minha participação enquanto observadora foi autorizada pela direção da Divisão, pelas formadoras, bem como pelas professoras presentes nos encontros.

No início das atividades formativas, era frequente o questionamento de professoras sobre a legalidade do trabalho com a temática da sexualidade em sala de aula, uma vez que circulavam pelas escolas rumores que alertavam, inclusive, sobre a possibilidade de demissão de profissionais que fizessem alusão ao tema. Diante disso, as formadoras desfaziam os boatos, chamando atenção para um conjunto de documentos e leis, como os PCN's, que amparam a discussão na escola, o que era recebido pelas docentes com um certo alívio.

Falam da “ideologia de gênero”. Que os professores estão erotizando precocemente as crianças, ensinando a fazer sexo. Uma concepção completamente deturpada (Professora Formadora).

Nos encontros, a sexualidade era apresentada como uma esfera inerente a toda vida humana, desde o nascimento, de expressão de um sujeito único, repleto de particularidades. A psicanálise era evocada para caracterizar a infância como um momento diferenciado. Era frequente que o público concordasse, observando-se que diversas vezes a sexualidade infantil era caracterizada pelas docentes como mais pura e angelical, em oposição a dos adultos, já contaminados pela “maldade”.

Embora tais afirmações não desencadeassem maiores problematizações por parte das formadoras, essa mesma sexualidade, reconhecida como pura, denotou escandalizar o público docente em diversas situações do cotidiano escolar, quando comportamentos e falas das crianças pareciam não estar consonantes com as representações pueris dos adultos. Nestes momentos, quase sempre referidos à masturbação e ao toque de uma criança nas partes íntimas de outra, o pensamento de que poderia haver algo de errado era evocado, usando-se adjetivos como “enxerida” e “pra frente” para se referir a criança.

Para Zornig (2008), a sexualidade infantil é um tema ainda difícil de ser abordado, pois mesmo que Freud tenha proposto uma ideia de criança que se afastava da tradicional noção de recato, ainda hoje temos dificuldade em aceitar sua existência. Ouso aventar que reconhecer a criança como dotada de afetos, desejo, conflitos e subjetividade, além de desafiar representações religiosas tradicionais, choca-se com a ideia da mesma como um propriedade dos pais, noção que parece voltar a ser defendida mais atualmente pelo MESP.

Aprofundando as reflexões, em *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud (1914/2004), já sinalizava para o narcisismo do amor parental, no sentido de que buscaríamos resgatar, por meio dos filhos, nossa própria infância, sonhos e ideais: ao olhar para o bebê veríamos aquele que outrora fomos ou gostaríamos de ter sido. Embora tal investimento seja primordial para a estruturação da criança, por outro, como aponta Zornig (2008), o amor parental que não considera a singularidade da criança “pode ter como resultado “pequenos adultos”, precoces, mas desconfortáveis em um papel que ultrapassa sua possibilidade emocional” (p.73).

Freud, afastando-se da moral repressora de seu tempo, bem como de concepções naturalizantes já predominantes, focadas na sexualidade como instinto a ser despertado na adolescência e visando tão somente a reprodução, apresenta a sexualidade de forma ampliada e presente desde os primórdios da constituição do psiquismo e da subjetividade. Nesta perspectiva, ela não se resumiria a uma necessidade fisiológica e genital, mas envolveria a busca de prazer e a satisfação através de diversas modalidades, sendo escrita a partir da história individual de cada pessoa, num longo percurso que se entrelaça com a construção da subjetividade da criança. Nesse processo, trocas afetivas, desde o nascimento, ocupariam um lugar central, pois seriam responsáveis pela erotização do corpo infantil.

O bebê, ao ser amamentado, procura também satisfazer suas necessidades emocionais ao entrar em contato com a pele da mãe, ouvir sua voz, sentir seu olhar, ser acariciado por ela. Ou seja, uma simples amamentação permite uma intensa troca afetiva, possibilitando que mãe e bebê sejam afetados um pelo outro e iniciem uma relação afetiva e sexual. Sexual no sentido amplo, pois a mãe (ou quem exerce esta função) ao mesmo tempo em que cuida de seu filho, erotiza seu corpo. Este corpo é erotizado justamente por não ser apenas um pedaço de carne para os pais, mas sim, um corpo simbólico, investido de afeto e de palavras que vão marcar o bebê e lhe dar um lugar fundamental na estrutura familiar (Zornig, 2008, p.74-75).

Este corpo simbólico do qual nos fala a autora denuncia que a imagem que temos de nós mesmos é construída na relação parental. Assim, o narcisismo primário postulado por Freud tem origem, antes de tudo, no investimento narcísico dos cuidadores da criança e antecipa um sujeito e um lugar na família para o bebê antes mesmo de seu nascimento. Assim, para que haja um investimento narcísico no eu é imprescindível um investimento do outro no bebê, tornando possível que este venha a se reconhecer como sujeito.

Atualmente, quando o trabalho passa a ocupar mais espaço na vida das famílias, as crianças têm passado a frequentar creches e escolas cada vez mais cedo, em algumas situações em tempo integral. Diante deste cenário, a convivência com docentes e as trocas afetivas com estes nos fazem refletir sobre o lugar destas relações na construção das subjetividades e sexualidades infantis, ganhando grande importância o preparo profissional e humano.

Frente a diversas falas de espanto diante da manifestação da sexualidade infantil nas creches, as formadoras insistiam na ideia de que professoras deviam se manter calmas frente a estas, a fim de permitir à criança processar a sexualidade como algo saudável, que faz parte da vida, envolvendo o processo de autodescoberta do corpo, bem como das diferenças anatômicas.

Por meio da apresentação das fases de desenvolvimento psicosexual, as formadoras problematizavam o olhar de censura do adulto sobre a criança, embora não descartassem que em casos de reiterada e intensa manifestação sexual não deveriam ser descartadas outras hipóteses, como abuso sexual, exposição a material pornográfico, etc. Discutiam ainda a importância da escola apresentar novas atividades e brinquedos, a fim de que os(as) estudantes descobrissem outras formas de obtenção de prazer.

Nas formações, muitas professoras denunciavam a necessidade de uma graduação em Pedagogia que contemplasse questões relativas à sexualidade, preparando-as melhor para o trato deste fenômeno na escola. Da mesma forma, a preocupação das docentes evidenciava, como reflete Rubin (1984), que ainda estão vivas entre nós as consequências dos paroxismos morais do século XIX, imprimindo uma herança em nossas atitudes sobre o sexo, criação de crianças, ansiedades parentais (e eu incluiria aqui as docentes) e legislação sexual, por exemplo:

Durante o século XIX era comum pensar que o interesse “prematuro” no sexo, a excitação sexual e, acima de tudo, o alívio sexual prejudicaria a saúde e o desenvolvimento da criança. Teóricos se diferenciaram sobre as consequências da precocidade sexual. Alguns pensavam que levava à insanidade, ao passo que outros previam um crescimento deficiente. Para proteger os jovens de uma excitação prematura, os pais amarravam as crianças a noite para que não se tocassem; médicos extirpavam o clitóris das pequenas meninas onanistas.

Apesar das mais horríveis técnicas terem sido abandonadas, as atitudes que as produziram persistem. A noção de que o sexo *per se* é prejudicial aos jovens foi inculcada em extensivas estruturas sociais e legais desenvolvidas para isolar os menores do conhecimento e experiência sexuais (p.2).

No Brasil, segundo o psicanalista Costa (1999), a medicina da higiene produziu e disseminou discursos como estes, nos quais a manifestação da sexualidade precoce deveria ser combatida e controlada e a criança masturbadora era alvo de intensa vigilância, uma vez que os médicos pintavam-na com tons fortes: a masturbação aparecia como um perigo avassalador para a saúde física, moral e intelectual dos jovens, atribuída como causa de diferentes males, prejudicando o desenvolvimento harmônico e saudável do corpo, dispensando energia.

Várias docentes, reconhecendo insegurança diante do tema da sexualidade, falavam também da necessidade de uma equipe pedagógica de apoio competente presente na escola. Destacavam sobretudo o papel dos profissionais da psicologia, mais capazes, supostamente, de dirimir dúvidas e orientar, por exemplo, em casos de suspeita de abuso, como ilustrado a seguir:

Uma professora relatou sobre um aluno que se escondia embaixo da mesa para se masturbar, e que costumava levantar a blusa das meninas. A professora se disse assustada e resolveu conversar com

outras docentes, indagando delas se também costumavam observar coisas parecidas na rotinas com as crianças. A seguir, criticou sua formação universitária, com teorias ultrapassadas que não contemplavam fatos da realidade da sexualidade infantil como este, observado na jornada profissional.

Esta mesma docente comentou: “Nós da área de educação não vamos conseguir resolver tudo, é preciso levar nossas dúvidas para uma equipe. Na minha escola a pedagoga e a psicóloga orientam as professoras. Porque a gente vê algumas cenas e não sabe o que está acontecendo de fato: é uma manifestação espontânea? Foi abuso? A gente fica preocupada de deixar para lá e depois, se for algo sério? Eu me sentiria culpada por não ajudar. Ano passado, na minha classe, havia um menino que pegava no pinto quando via uma menina sem roupa. Levei para a psicóloga, o caso foi investigado, não era abuso. Eu vejo a presença da psicologia na escola como muito importante. Eu mesma tenho uma filha de 2 anos que quer se tocar em casa, e não sei como agir”. (Diário de Campo).

O saber psicológico era, assim, evocado pelas docentes como capaz de explicar a sexualidade infantil, que suscitaria assombro e dúvidas não apenas na escola, mas igualmente na família, ora por sua manifestação entrar em choque com a representação da infância inocente – sem maldade –, ora pelo cultivo do recato no lar, como observou Costa (1999).

Essa demanda pelo saber psicológico parece denunciar uma dificuldade de entendimento, pelo adulto, da sexualidade infantil. Tal dificuldade foi pontuada pelo psicanalista Ferenczi em 1933, em seu texto *Confusão de línguas entre o adulto e a criança*. Nele, o autor discute a diferença entre a sexualidade genital e a paixão adulta, e o mundo da criança, marcado pela linguagem da ternura. A partir da lógica de Ferenczi, caberia a pais e docentes não interpretar a sexualidade infantil atribuindo-lhes significados adultos, mas sim, reconhecer sua forma de comunicação, sua demanda de amor, pois quando a criança busca seduzir um adulto o faz para garantir um lugar de valorização, reconhecimento e amor deste.

A criança, ao sentir uma excitação física, vai inicialmente precisar de adultos que acolham sua excitação desorganizada e lhe deem um contorno simbólico e afetivo. Reconhecer a natureza da sexualidade infantil traz a possibilidade de poder acompanhar as crianças em seu percurso subjetivo, fornecendo acolhimento. Negá-la pode ser uma forma de não se deparar com suas próprias frustrações, conflitos e desejos infantis recalcados que moldaram o adulto: para Freud é justamente o

confronto com este recalcado que a sexualidade da criança traz à cena e talvez esteja aí a razão de tanto assombro.

Considerações Finais

A compreensão da sexualidade infantil pelo viés psicanalítico apresenta-se como via potente para o trabalho na formação continuada de docentes, tanto por ampliar a compreensão da sexualidade para além de determinantes biológicos, como por permitir pensar a importância desta na constituição da subjetividade. Tudo isso a partir de um encontro em que a fala e o olhar do outro sobre o meu corpo estrutura minha própria sexualidade.

Isso nos faz pensar na responsabilidade do adulto nesse encontro com a criança, e na possibilidade de construção de uma educação mais humana e respeitosa, baseada, inclusive, no reconhecimento e defesa dos direitos sexuais infantis, como pode traduzir a fala de uma antiga formadora em sexualidade da SEMED, entrevistada durante a pesquisa de Doutorado:

Outro dia alguém chegou comigo e disse assim: “professora, pelo amor de Deus, a senhora acredita que fulano estava arriando a calcinha de outra? Eles são tão pequenininhos”. Eu digo, ‘- Sim. E o que foi que você fez’. Porque ele está curioso, está querendo conhecer, percebe que o outro pode ter algo parecido com o que ele tem, ou diferente. Então está querendo discutir isso. Será que a gente está promovendo uma educação nesse sentido? Ele tem direito de saber sobre o seu corpo. Aí eu disse: - ‘Olha, uma vez eu vi uma cena como essa em que a professora saiu correndo e gritando pela escola dizendo ‘- Meu, Deus! O menino está no banheiro fazendo isso’, menos conversar e informar. Então, ela divulgou para a escola toda o escândalo, o ‘horror’, no maior pavor, mas não conversou com a criança que era o mais importante, esclarecer. A gente precisa construir uma educação que seja diferente (Professora Formadora Antiga).

Referências

Altman, H. (2001). Orientação sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais. *Revista de Estudos Feministas*, 9 (2), 575-585.

Azzi, R. (1993). Família, mulher e sexualidade na Igreja do Brasil (1930-1964). In M. L. Marcílio (Org), *Família, mulher, sexualidade e*

Igreja na História do Brasil (pp. 101-134). Loyola.

Carrara, S. L. & Russo, J. (2002). A psicanálise e a sexologia no Rio de Janeiro de entreguerras: entre a ciência e a auto-ajuda. *História, Ciências, Saúde*, 9 (2), 273-290

Carrara, S. & Vianna, A. (2008) Os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil a partir da “Constituição Cidadã”. In R. G. Oliven, M. Ridenti, G. M. Brandão (Orgs.), *A Constituição de 1988 na vida brasileira* (pp. 334-359). Hucitec.

Carrara, S. (2015). Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Mana [online]*, 21(2), 323-345.

César, M. R. A. (2009). Gênero, sexualidade e educação: notas para uma “Epistemologia”. *Educ. rev.*, (35), 37-51

Cohen, S. (1987). *Folk devils and moral panics: the creation of the mods and the rockers*. Basil Blackwell.

Costa, J. F. (1999). *Ordem médica e norma familiar*. (4a ed). Graal.

Freud, S. (2004). À guisa de Introdução ao Narcisismo. In *Obras Psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 95-131). Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

Filha, C. X. (2009). Educação para a Sexualidade: carregar água na peneira? In P. Ribeiro, M. Silva, S. Goeller (Orgs), *Corpo, gênero e sexualidade: composições e desafios para a formação docente* (pp. 85-104). FURG.

Guimarães, I. (1995). *Educação Sexual na Escola: mito e realidade*. Mercado de Letras.

Irvine, J. M. (2006, setembro). Emotional Scripts of Sex Panics. In *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC*, 3(3), p. 82-94. <https://doi.org/10.1525/srsp.2006.3.3.82>. A

Leite, V. J. (2013). *Sexualidade adolescente como direito? A visão de formuladores de políticas públicas*. EdUERJ.

Miguel, L. F. (2016). Da “doutrinação marxista” à “ideologia de gênero” - Escola Sem Partido e as leis da mordada no parlamento brasileiro. *Revista Direito & Práxis*, 07(15), 590-621.

Reis, G. V. (2006). *Sexologia e educação sexual no Brasil nas décadas de 1920-1950: um estudo sobre a obra de José de Albuquerque*. [Dis-

sertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista]. Repositório Institucional UNESP. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/90330>

Ribeiro, P. R. C. (2013). Re(pensando) outras possibilidades de discutir a sexualidade nas escolas. In: P. R. C. Ribeiro, R. P. Quadrado (Orgs.), *Corpos, gêneros e Sexualidade: questões possíveis para o currículo escolar*. (3a ed., pp. 39-43). FURG.

Rubin, G. S. (1984). *Thinking Sex: notes for a radical theory of the politic of sexuality*. https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/1229/rubin_pensando_o_sex0.pdf?se+quence=1&isAllowed=y.

Santos, L. S. (2002). *Sexo na propaganda da TV: imagens dos padrões sexuais da cultura brasileira*. [Dissertação de mestrado]. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da PUC-Rio. http://ppg.psi.puc-rio.br/uploads/uploads/1969-12-31/2003_dbe2c7c3e351493bd61743bc25219e81.pdf/

Stepan, N. L. (2004). Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: G. Hochman, D. Armus (Orgs.), *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* (pp. 330-391). Fiocruz.

Zornig, S. M. A. (2008). As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 73-77.

A Utilização de Elementos Mediadores no Trabalho Psicanalítico com Crianças: Uma Revisão de Literatura

Clara Batista Nogueira

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Enio de Souza Tavares

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Introdução

Este trabalho parte da ideia de uma busca, no momento atual da produção latino-americana, relativa ao trabalho psicanalítico com crianças, tendo como motivo principal o uso dos elementos mediadores. Nesta introdução apresentamos um breve resumo do caminho histórico e conceitual que a psicanálise tomou neste campo. Esse trabalho é fruto das investigações iniciadas por ocasião de uma pesquisa de iniciação científica, que aqui está sendo redefinida e ampliada. Entendemos que essa pesquisa e seus resultados ajudam a compreender panoramicamente como o debate a respeito do tema tem sido realizado em revistas especializadas.

De início, gostaríamos de esclarecer o uso do termo elementos mediadores, ao invés de brinquedos, objetos ou recursos expressivos, por exemplo. A intenção primeira deste trabalho tinha como foco o uso dos diferentes brinquedos utilizados para mediar a interação analista-criança, fossem bonecas, desenhos, massinha, fantoches ou outros. Porém, no decorrer das buscas, deparamo-nos com uma concepção de ferramenta na clínica infantil que em muito amplia a mediação por objetos concretos, nas quais os analistas se valem de ferramentas teóricas e técnicas, mais abstratas, usando sua própria mente e criatividade para mediar a relação, e suprir as demandas que, caso a caso, surgiam. Optamos primeiro pelo termo recurso expressivo, entretanto, encontramos este termo referindo-se especificamente a práticas como desenho, massinha de modelar e outros tipos de recurso que permitam à criança criar

algo do zero. Pensando na relação psicanalítica que se dá na clínica com crianças, que requer algo além da associação livre pela fala, decidimos pelo termo “elemento mediador”, para abranger as experiências inovadoras com as quais nos deparamos e para referenciar este aspecto particular da clínica infantil.

A história da clínica psicanalítica infantil reúne divergências teórico-técnicas entre os principais autores (Soler & Bernardino, 2012). Apesar de inicialmente tida por Freud como uma contra-indicação, por não preencher determinados pré-requisitos para análise (Freud, 1905[1904]/2020) - tal como a voluntariedade e a primazia da comunicação verbal como expressão - estas dificuldades puderam ser superadas através da ampliação teórico-técnica e da experimentação na clínica. Assim, a problemática com a incipiente capacidade de comunicação verbal infantil foi sanada, encontrando nos brinquedos, desenhos e outros recursos, uma possibilidade de expressão.

Historicamente considera-se Hermine Von Hug-Hellmuth (1871-1924) como a pioneira e primeira psicanalista de criança. Ela foi discípula direta de Freud e foi introduzida por este nas famosas reuniões de quartas-feiras, onde em muitos momentos apresenta seus trabalhos com crianças, dentre os quais, aquele realizado com seu meio sobrinho a quem criara desde o falecimento de sua mãe (Blinder, Knobel e Siquier, 2011). Mais conhecidas são as construções desenvolvidas por Anna Freud (1895-1982) e Melanie Klein (1882-1960). Na visão de Anna Freud, a análise com crianças deveria ser aliada a uma postura pedagógica do analista, instrutiva em determinadas situações. Essa postura tinha como justificativa a teoria de que o superego em crianças ainda não estaria plenamente constituído, sem a introjeção de figuras parentais e resolução edípica, impossibilitando a transferência (Costa, 2020). Melanie Klein recusava a ideia de fazer uso de influências morais ou pedagógicas, atendo-se ao método psicanalítico de interpretação, na tarefa de compreender a mente do paciente e comunicar-lhe o que ocorre (Cintra & Ribeiro, 2018), obtendo resultados positivos até com crianças mais novas, em idade pré-edípica (se tornarmos em consideração o momento do Édipo para Freud).

A técnica revolucionária proposta por Klein foi a aposta no brincar como instrumento facilitador da produção simbólica infantil, afirmando que o brincar equivale à associação livre na análise com o adulto, ao chamar atenção para os múltiplos significados possíveis das

brincadeiras e dos brinquedos no inconsciente da criança (Costa, 2020). Foi graças à criação do método lúdico que questões sobre a existência da transferência em crianças e a pertinência da análise precoce foram ultrapassadas.

Posterior a Klein, desponta na análise de crianças a francesa Françoise Dolto (1908-1988). Para Dolto, que similarmente utiliza elementos lúdicos, a associação livre não seria possível com crianças, e os instrumentos lúdicos utilizados na análise serviriam apenas como forma de expressão do seu cotidiano, para “verbalizar” afetos, empregados como método para orientar as conversações, e não como interpretações diretas (Soler & Bernardino, 2012). Dolto acreditava que materiais mais expressivos, como massinha de modelar e desenho facilitariam a conversação e não direcionariam a projeção, como poderia ser o caso dos brinquedos (Costa, 2020).

Donald Winnicott (1896-1971) ampliou ainda mais a clínica do brincar ao considerar que a interpretação como via de acesso ao inconsciente não era suficiente para analisar crianças. A capacidade de brincar, para Winnicott, é elevada a um atributo caracterizador de saúde, compreendida como uma atividade que suscita a expressão espontânea e a compartilhar o mundo com o outro (Fulgêncio, 2011) excedendo a função de expressão simbólica presente nas demais teorias.

A título de exemplo, citaremos possíveis usos de elementos mediadores, relatados em artigos científicos e em autores de nossas referências. Maléfan e Rebelo (2015) investigaram o uso do fantoche. Ao compreender o fantoche como um elemento, entre outros possíveis, que compõem a relação psicoterapêutica, este é tido como um ato de transferência. A base do uso do fantoche é propor a experiência de um não-eu, onde o sujeito poderá se ver e se ouvir onde ele não está, pois se estabelece um distanciamento, assim como se estabelecem elementos de projeção/ manipulação.

Gutfriend (1999) aborda os contos infantis como elementos mediadores. Apoiado na ideia de Marie Bonafé (1994), Gutfriend propõe o uso dos contos como objetos transicionais. O objeto transicional em Winnicott (1975) representa a possessão originária não-eu, abrindo possibilidade para o processo de diferença e similaridade, constitui-se como uma área neutra da experiência para a criança e dá início a relação entre criança e mundo, através do investimento, vinculação e elaboração de um universo imaginário.

Gutfriend (1999) ainda destaca os conceitos de elementos *alfa* e *beta* de Bion (1897-1879) e o estudo de Melanie Klein para a compreensão do processo de simbolização e desenvolvimento do ego a partir dos contos de fadas. Os elementos *beta* são protopensamentos, ou seja, experiências primitivas, sensoriais, que ainda não puderam atingir um nível de abstração ou conceitualização. Os elementos *alfa* são a integração destas sensações com suas respectivas emoções, responsáveis pelas funções intelectivas, pela memória, pelos pensamentos oníricos e pelos pensamentos inconscientes da vigília (Zimerman, 2008).

Para Bettelheim (2018), os contos de fadas possuem efeitos terapêuticos e são importantes no desenvolvimento infantil, por promoverem a capacidade de dar significado à vida. Ademais, contribuem para que as crianças lidem com suas emoções contraditórias e ambivalentes através da fantasia.

No artigo de Hermes e Silva (2017) é abordado o uso do desenho na clínica infantil. Hermes e Silva propõem o uso do desenho e de sua interpretação de forma análoga à análise e interpretação dos sonhos, partindo do pressuposto que através do desenho teríamos acesso aos conteúdos imaginários que de outra maneira não estariam acessíveis, assim como às representações dos desejos, angústias e medos da criança.

Observa-se, por fim, que a técnica psicanalítica de elementos mediadores na clínica infantil está em constante atualização e reapropriação por cada analista. É a partir deste pressuposto, que temos como objetivo, através de revisão de literatura, compreender de que forma é interpretado o uso dos diversos elementos mediadores na técnica da psicanálise com crianças, a fim de afinar e atualizar o conhecimento sobre as práticas do cotidiano da clínica.

Metodologia

Trata-se de revisão de escopo, método que sintetiza o conhecimento de uma área, mapeia conceitos chaves e lacunas na literatura, através da seleção, resumo e análise de textos (Tricco, 2014). Esse tipo de revisão não pretende esgotar as respostas para a pergunta proposta, mas gerar uma visão ampla do campo de estudo, sendo ainda detalhado o suficiente para que a pesquisa possa ser reproduzida por outras pessoas (Moher, Stewart & Shekelle, 2015).

A busca foi feita a partir do levantamento de artigos no Portal de Periódicos da CAPES, PePSIC e LILACS utilizando os descritores

“psicanálise AND técnica AND criança”. Esses portais foram selecionados pois desejávamos pesquisar em bases de dados brasileiras, latino-americanas e caribenhas.

O espaço temporal selecionado para busca dos artigos foi o período de 2011 a 2021. Os critérios de exclusão foram os seguintes: artigos que tratassem de realidades institucionais, escolas, abrigos, hospitais, assistência social ou que fizessem relação entre psicanálise e outras áreas do conhecimento, a exemplo do direito, por não terem relação direta com a prática clínica. Trabalhos de monografia, iniciação científica, livros e resumos de livros foram excluídos, selecionando apenas artigos científicos. Trabalhos que não tratassem do brincar exclusivamente pelo viés psicanalítico, artigos que tratassem sobre adolescência, contextos educacionais ou familiares, fora da clínica.

Crítérios de inclusão: artigos teóricos, estudos de casos ou análises de vinhetas clínicas e revisões de literatura, publicados no idioma português ou espanhol, disponíveis através de texto completo, acessíveis na rede da Universidade Federal do Amazonas para download gratuito.

Resultados

Busca nas bases de dados

No Portal de Periódicos da CAPES foram encontrados 24 resultados, porém optamos por trabalhar apenas com artigos revisados por pares, que totalizaram 11. Dentre os 11 artigos, apenas 4 encaixaram-se nos critérios para a pesquisa.

A pesquisa na base de dados PePSIC retornou 22 resultados. Dentre estes, foram selecionados a partir do título 12 artigos para a leitura dos resumos. Dentre os 12 selecionados, 4 não se encaixavam nos critérios de inclusão. Restaram 8 artigos para leitura integral e análise do texto.

Na base de dados LILACS, a pesquisa retornou 22 artigos, dos quais foram selecionados 15 para leitura de resumos. 7 foram descartados pois já foram selecionados em pesquisa nos outros periódicos e os outros 4 não preenchiam os requisitos para inclusão. Totalizaram 4 artigos da base de dados LILACS para leitura do texto completo. Somando a busca nas 3 bases de dados, lemos e fizemos análise de 16 artigos.

Análise dos artigos selecionados

O artigo de Abrão (2017), é o único que consiste em um levantamento bibliográfico. Este delimitou a busca a periódicos nacionais entre 1996 e 2010, com o objetivo de demonstrar as especificidades técnicas na clínica psicanalítica com crianças no Brasil. O método utilizado foi o de pesquisa histórica em psicanálise. Este constata que a prática em psicanálise infantil no Brasil resulta de matrizes europeias, inicialmente com a prevalência do pensamento kleiniano, em seguida forte influência da argentina Arminda Aberastury, mas ainda em acordo com a corrente kleiniana; mais tarde, emergem as linhas de pensamento francesas, fazendo o contraponto a psicanálise inglesa de Klein, Winnicott, Francis Tustin e Antonino Ferro (sendo este de base inglesa bioniana, embora seja psicanalista italiano). A psicanálise infantil francesa no Brasil teve influência de Françoise Dolto e Maud Mannoni.

O artigo destaca duas áreas principais em que a psicanálise com crianças no Brasil produziu reflexões e desenvolvimentos técnicos originais, refletindo a especificidade de nosso contexto social e histórico, quais sejam: as práticas de intervenção da relação pais-bebê e o trabalho com crianças com psicopatologias mais graves, como o autismo. Os motivos pelos quais essas duas áreas receberam destaque no contexto brasileiro foram, em primeiro lugar, pela demanda clínica crescente de manifestações psicopatológicas como transtornos de hiperatividade, transtornos do espectro autista e transtornos psicossomáticos, e os trabalhos de observação de bebês, conduzidos por Lygia Alcântara do Amaral em São Paulo na década de 50, e de Rosa Beatriz Pontes de Miranda Ferreira no Rio de Janeiro nos anos 70.

Com relação aos elementos mediadores utilizados na clínica, encontramos nos artigos o uso de alguns recursos clássicos, bem estabelecidos pela literatura da clínica infantil, tais como o desenho (Uribe Aramburo, 2013) e a caixa lúdica para ludodiagnóstico (Assis & Santos, 2019), contendo bonecos, casinha, animais, lápis e massa de modelar; outros que, apesar de conhecidos são menos explorados, tais como os contos de fadas (Borges, 2015). Além desses, alguns artigos trouxeram interpretações da clínica que propõem os indicadores de intersubjetividade (Giaretta & Rosa Silva, 2019), a percepção, afetividade e o sonhar do analista (Leiras & Batistelli, 2014; Batistelli, 2019), e o próprio *setting* (Höfig & Zanetti, 2016; Brito & Neto, 2018; Almeida,

2019; Schor & Júnior, 2020) como elementos, almejando uma clínica criativa e apoiando-se no conceito de elasticidade da técnica de Sándor Ferenczi (Almeida, 2019; Schor & Júnior, 2020). Discutiremos o uso e a interpretação dada a cada um desses elementos na prática clínica.

A começar pelo ludodiagnóstico (Assis e Santos, 2019), evidencia-se uma técnica com um objetivo claro, um procedimento a ser seguido e uma observação de aspectos bem delimitados. O objetivo é investigar o funcionamento mental da criança, através da brincadeira. Segundo Affonso (2012 como citado em Assis & Santos, 2019), diferente da brincadeira livre durante as sessões, no ludodiagnóstico o procedimento exige que os brinquedos tenham tamanho, formato e variedades determinadas, a cada sessão os brinquedos são guardados pela criança em uma caixa, trancada com cadeado e sempre no mesmo lugar. No uso da caixa lúdica a observação do brincar deve considerar a escolha de brinquedos, modalidade, psicomotricidade, personificação, criatividade, capacidade simbólica, tolerância à frustração e adequação à realidade. É uma técnica mais estruturada para identificar pontos que precisem ser tratados no paciente, mas também promove efeitos terapêuticos em direção ao bem-estar psicológico devido à possibilidade de autoexpressão.

O trabalho de Uribe Aramburo (2013) apresenta a história do desenho na psicanálise, demonstrando as principais concepções em diferentes abordagens da clínica infantil. Questiona e amplia a concepção de que a principal ferramenta a ser empregada em análise é a palavra, destacando as funções simbolizadoras do desenho e seu valor terapêutico, em contraponto às visões que o reduzem a ferramenta de coleta de dados para um psicodiagnóstico.

Alguns dos psicanalistas citados no artigo foram Françoise Dolto, Melanie Klein e Arminda Aberastury. Françoise Dolto (1986 como citado em Uribe Aramburo, 2013) propõe que a imagem inconsciente do corpo é projetada nos desenhos, como uma representação que atualiza graficamente o conflito intrapsíquico entre as estruturas id-ego-superego. Ressalta que as crianças são as responsáveis por dar significado a sua produção gráfica, de modo oposto ao que concebem as avaliações psicológicas que usam desenhos. Uribe Aramburo (2013) explica que, para Ana Freud (1975), o desenho teria uma finalidade educativa, pois considerava que o super-eu ainda não estava totalmente formado na infância, precisando ser estabelecido através de atividades

pedagógicas; e que, para Melanie Klein (Klein, 1929/1975), o desenho tem a função de expressar e elaborar tendências destrutivas e angústias persecutórias, mas que, principalmente, serviria como representação para as tendências de compaixão e reparação, reparando simbólica e imaginariamente os objetos atacados pelas fantasias sádicas inconscientes.

Em Gonçalves Borges (2015), discute-se o uso terapêutico dos contos de fadas e como estes podem contribuir para a resolução dos conflitos psíquicos naturais do processo de desenvolvimento infantil. Este uso leva em conta processos não patológicos, e não visa uma função diagnóstica. Os processos em destaque foram: separação, medos, complexo de Édipo, dependência-independência e agressividade. A ambiguidade metafórica dos contos contribui para o caráter projetivo, favorecendo o acesso ao inconsciente. A estrutura dos contos, cheia de símbolos e pouco lógica, é propícia para que o sujeito deposite suas demandas. Ao escutar um conto e se identificar com a história o sujeito atribui sentimentos e desejos aos personagens.

No texto de Giaretta e Rosa Silva (2019), as autoras trabalham o conceito de indicadores de intersubjetividade, do psicólogo uruguaio Víctor Guerra. Os indicadores de intersubjetividade fazem parte de um fenômeno do desenvolvimento humano que indica a qualidade da relação e interação com o outro, a exemplo da troca de olhares, imitações, jogos de esconde e acha, jogos de “como se” e outros, até chegar à linguagem verbal, por volta dos 2 anos. As autoras propõem que tais indicadores sejam utilizados como ferramenta pelo analista na interação com a criança no *setting*. Partindo do princípio que os adoecimentos infantis mais graves advêm de um desencontro rítmico inicial entre a criança e o ambiente, utilizar os indicadores de intersubjetividade como ferramenta, mesmo para crianças mais velhas, que tenham alguma dificuldade significativa no seu processo de subjetivação, pode ser um instrumento potente.

No texto de Almeida (2019) e de Schor e Júnior (2020), os analistas brincam com a própria configuração do enquadre, fazem mudanças no *setting* que contribuem para uma evolução positiva do caso, a partir do conceito de elasticidade da técnica de Ferenczi.

Os textos de Höfig e Zanetti (2016) e Brito e Neto (2018) também destacam o uso do próprio *setting* como ferramenta de intervenção analítica, mas apoiados em conceitos winnicottianos. Höfig e Zanetti

(2016) discutem a importância da estabilidade do *setting* e de um manejo que acolha todas as demandas da paciente, de acordo com a particularidade do caso e embasado na teoria winnicottiana da importância de um ambiente estável para o desenvolvimento emocional. Brito e Neto (2018), baseiam-se na teoria do amadurecimento e na importância do ambiente para o desenvolvimento, propondo a flexibilidade do *setting* como essencial na clínica com crianças, ressaltando a inclusão dos pais no *setting* analítico e o manejo das múltiplas transferências.

Três dos artigos selecionados discutem a clínica psicanalítica de crianças autistas e suas especificidades (Léon Leiras & Batistelli, 2014; Calzavara & Silva, 2018; Batistelli, 2019).

No artigo de Calzavara e Silva (2018), estas discorrem sobre o uso de objetos como mediadores na clínica psicanalítica com crianças autistas. É discutido o uso de objetos/brinquedos na clínica com crianças neuróticas e na clínica com crianças autistas, onde, nesta última fazem distinção entre objetos transicionais e objetos autísticos. Os objetos, sejam brinquedos ou não, se fazem presentes na clínica de neuróticos o tempo todo, e na clínica com sujeitos autistas as autoras argumentam que o uso de objetos é ainda mais pertinente, uma vez que, pela característica da dificuldade interrelacional do autismo, estes sujeitos por vezes se relacionam mais com o objeto do que com o próprio terapeuta.

Em Léon Leiras e Batistelli (2014), a psicanalista sugere a própria percepção e afetividade da analista enquanto ferramenta de trabalho com uma criança autista. A partir da compreensão de que o paciente autista vive um esvaziamento do mundo simbólico, imerso nas vivências sensoriais, a analista precisa fazer com que a qualidade da sua presença, através da voz, movimentos e afetos sejam como que espelhados para essa criança, que ainda não as possui, assim, o analista antecipa o lugar de sujeito do qual a criança aos poucos irá se apropriar.

O artigo de Gomes e França (2012) discute a pertinência da interpretação na clínica com crianças. Klein, durante o brincar, utilizava nas interpretações expressões explícitas de termos anatômicos e imagens de cenas violentas, nas quais comunica, por exemplo, o desejo da criança de destruir a mãe e cortá-la em pedacinhos. Ao invés de primeiro criar um vínculo para em seguida interpretar, Klein acreditava que a própria interpretação propicia o vínculo, e dessa forma utilizava desta logo nas primeiras sessões. Partia da ideia de que essas interpretações liberam tanto as fantasias reprimidas quanto a

energia despendida para manter a repressão. As críticas a esse método argumentavam que tais interpretações poderiam anular a história e o saber sobre si do analisando, uma vez que o analista impõe um sistema simbólico determinado a partir de interpretações precoces, que poderiam ser excessivas, estereotipadas ou equivocadas.

De acordo com Gomes e França (2012) atualmente, a interpretação na clínica infantil não segue à risca os moldes kleinianos, atualizada pelos postulados de Lacan em que o sintoma da criança é fruto do sintoma dos pais, as sessões com os pais foram aumentadas. É enfatizada a singularidade de cada caso, de modo que o analista escolha a melhor intervenção para cada criança. Há situações em que a elaboração através do brincar é tanta, que dispensa a interpretação do analista, o brincar por si só já produz efeitos.

Neste ponto podemos dizer que esses artigos de distintos tipos (teórico e caso clínico) apontaram para **algumas categorias** como as que vemos a seguir, sem conseguirmos esgotar as riquezas de todas essas questões levantadas nos artigos, mas para termos um panorama de tais cenários:

Tabela 1 - *Categorias de uso de elementos mediadores*

Categorias	Descrição	Artigos
O uso dos objetos	Textos que mencionam a importância do trabalho com objetos materiais na intervenção.	- Calzavara e Silva (2018); Batistelli, (2019); Assis e Santos (2019)
O brincar com o setting	Textos indicando a importância da flexibilidade da técnica adaptando-se às necessidades da criança.	-Höfig e Zanetti, (2016); Brito e Neto (2018); Almeida (2019); Schor e Júnior, (2020).
O uso de recursos clássicos	Textos que indicam a utilização de recursos da psicanálise clássica com crianças, geralmente de orientação kleiniana ortodoxa.	- Aramburo (2013); Assis e Santos (2019)
Implicação subjetiva e afetiva do analista	Textos que indicam a afetividade e a hospitalidade mental na acolhida de crianças em atendimento.	- Leiras e Batistelli (2014); Giaretta e Rosa Silva (2019); Batistelli (2019)

Contar histórias/con- to de fadas	Textos que indicam a impor- tância de contar histórias como técnica, com ênfase nas histó- rias presentes nos contos de fadas.	- Gonçalves Borges (2015); Giaretta e Rosa Silva (2019)
--------------------------------------	--	---

Com exceção do texto sobre análise histórica da técnica com crianças no Brasil, verificou-se não ser possível uma precisão numérica de quantos artigos cada categoria abarcava, pelo fato de que o construto que estamos trabalhando (a técnica de intervenção junto ao inconsciente) deixa sempre uma penumbra associativa e uma dúvida a respeito do que se está falando, podendo um mesmo artigo encaixar-se em diversas categorias de modo sutil ou bastante nítido em cada uma delas. Preferimos deixar essa penumbra associativa de incerteza, conforme essa expressão consta nas ideias de Bion (2021), por considerarmos a urgência do paradigma da incerteza no campo psicanalítico, sempre em abertura para o infinito (Bion,1973), e também pela emergência desse paradigma no campo da ciência como um todo. Uma mesma categoria abarca vários textos, não sendo fácil definir qual está dentro de uma categoria ou fora dela, pela fineza como são apresentados, dentro de uma escrita psicanalítica.

Conclusão

A revisão de literatura de Abrão (2017), permitiu-nos traçar uma comparação entre os fatores predominantes no levantamento sobre análise com crianças entre 1996 e 2010 no Brasil e entre 2010 e 2021. Nota-se que a preocupação com a clínica de crianças com psicopatologias mais graves ainda reflete nas pesquisas atuais, estando presente em 5 dos 16 artigos selecionados para leitura, o que coloca em pauta transformações na técnica para lidar com estas psicopatologias, repensando a primazia da interpretação na clínica, e passando a privilegiar discussões sobre contratransferência, relação analista-analisando e sobre o *setting*, segundo ponto de destaque nas buscas, estando presente em 4 dos 16 artigos.

Foi encontrada pouca variedade de objetos na clínica: os artigos trouxeram como resultado apenas o desenho, os contos de fadas, e a caixa lúdica. As interpretações teóricas possíveis para o desenho divergem e sobrepõe-se em outros casos, sendo estas: 1) desenho como imagem

do inconsciente projetada, representa e atualiza o conflito entre estruturas id-ego-superego; 2) finalidade educativa e treino de habilidades cognitivas; 3) função reparadora em oposição às tendências destrutivas, pela sua capacidade de reter imagens de forma concreta, contrapondo a fugacidade das imagens mentais e fazendo distinção entre objeto e sua representação, além de reduzir ansiedades pela capacidade de colocar algo para fora de si; 4) projeção de desejos e da situação traumática, assim como os sonhos, estando presentes os elementos de condensação e deslocamento; 5) imagem desenhada se transforma em símbolo, tornando-se passível de apropriação e representação dos conflitos do sujeito. E por fim, o desenho distingue-se do uso em ludodiagnóstico em que quem dá o significado para a produção gráfica é o analista e não a própria criança.

Os contos de fadas aparecem com três perspectivas: 1) técnica projetiva com finalidade terapêutica, contribuindo no desenvolvimento emocional infantil, ao tratar de processos que fazem parte do amadurecimento; 2) estímulo e organizador do pensamento, transformando elementos beta em elementos alfa; 3) objeto de projeção para sentimentos de raiva e angústia que não conseguem ser manifestados de outra maneira.

Os indicadores de intersubjetividade, ao serem utilizados como ferramenta clínica, requerem um analista mais ativo, disposto a enlaçar-se com o analisando, um analista vivo, em referência à Anne Alvarez (2020). Essa ideia vai ao encontro do discutido nos artigos que propõem o uso do *setting* e da percepção e afetividade do analista enquanto instrumento mediador na clínica infantil, uma vez que colocam o analista em uma posição de maior implicação de si e do seu próprio psiquismo na condução do caso, sendo o instrumento mediador uma atuação específica do analista.

O pressuposto do brincar como substituto da expressão verbal na clínica infantil está consolidado, entretanto, o que emerge de novo e desafiador nesta clínica é quando o brincar não é possível, quando entraves em psicopatologias mais graves furtam a criança de um mundo simbólico e intersubjetivo ao qual ela possa se vincular, são esses os casos em que se faz imprescindível a presença viva e ativa do analista.

Referências

- Abrão, J. L. F. (2017). As vicissitudes da clínica psicanalítica com crianças no século xxi: considerações técnicas no contexto brasileiro. *Bol. psicol, São Paulo*, 67(146), 1-12. HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432017000100002&lng=pt&nrm=iso”HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432017000100002-&lng=pt&nrm=iso”HYPERLINK “[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432017000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432017000100002HYPERLINK “<a href=)”HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432017000100002-&lng=pt&nrm=iso”IngptHYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432017000100002&lng=pt&nrm=iso”HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432017000100002&lng=pt&nrm=iso”nrm=iso
- Almeida, A. P. (2019). Para além da interpretação: repensando os quadres e a escuta na psicanálise com crianças. *Estilos da Clínica*, 24(1), 121-133. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v24i1p121-133>
- Alvarez, A. (2020). *Companhia Viva: Psicoterapia Psicanalítica com Crianças Autistas, Borderline, Desamparadas e que Sofreram Abuso*. (1a ed., G. Hirschhorn Trad.) Edgard Blücher Ltda.
- Assis, D. da S., Santos, M. M. V. F. (2019) Importância do Ludodiagnóstico e do Brincar na Psicanálise Infantil. *Revista Mosaico*, 10 (2)16-25. <https://doi.org/10.21727/rm.v10i2Sup.1765>
- Barbosa, D. C. (2012). A clínica psicanalítica: de crianças a bebês, uma especificidade. *Estilos da Clínica*, 17(2), 262-277. HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200006&lng=pt&tlng=pt”HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200006-&lng=pt&tlng=pt”HYPERLINK “[- 353 -](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=s-</p></div><div data-bbox=)

ci_arttext&pid=S1415=71282012000200006-&lng=pt&tlng=p”pid-S1415-71282012000200006HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200006&lng=pt&tlng=pt”&HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200006&lng=pt&tlng=pt”lng=ptHYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200006&lng=pt&tlng=pt”&HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200006&lng=pt&tlng=pt”tng=pt.

Batistelli, F. M. V. (2019). Entre cabanas e refúgios: o sonhar da analista como ponte entre o estranho e o familiar. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 53(3), 167-180. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486=641-2019000300011X&lng=pt&nrm=iso”&HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486=641-2019000300011X&lng=pt&nrm=iso”pid-S0486-641X2019000300011HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2019000300011&lng=pt&nrm=iso”&HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2019000300011&lng=pt&nrm=iso”lng=ptHYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2019000300011&lng=pt&nrm=iso”&HYPERLINK “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2019000300011&lng=pt&nrm=iso”nrm=iso

Bettelheim, B. (2018) *A psicanálise dos contos de fadas*. (36a ed., A. Caetano Trad.) Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1976)

Bion, W. R. (2021). *Aprender da experiência*. (E. H. Sandler Trad.) Edgard Blücher Ltda. (Trabalho original publicado em 1962).

Bion, W. R. (1973). *Atenção e interpretação: uma aproximação científica à compreensão interna na psicanálise e nos grupos*. Imago.

Brito, C. V., Naffah Neto, A. (2018). As múltiplas transferências e o manejo do setting nas consultas com pais no tratamento de crianças e adolescentes: uma contribuição. *Jornal de Psicanálise*, 51(95), 119-134. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486=641-2019000300011X&lng=pt&nrm=iso

LINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000200010&lng=pt&nrm=iso"&HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000200010&lng=pt&nrm=iso"pid=S0103-58352018000200010HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000200010&lng=pt&nrm=iso"&HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000200010&lng=pt&nrm=iso"lng=ptHYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000200010&lng=pt&nrm=iso"&HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000200010&lng=pt&nrm=iso"nrm=iso

Calzavara, M. G. P., Silva, B. de S. (2018) A função do objeto na clínica do autismo. *Contextos Clínicos*, 11(1), 72-82. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.111.06>

Cintra, E. M. de U., Ribeiro, M. F. R. (2018). *Por que Klein?* (Coordenação Daniel Kupermann, 1 ed.) Zadodoni.

Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol*, 67(12):1291–1294. <https://doi.org/HYPERLINK%20%22https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013%2210.1016/j.jclinepi.2014.03.013>"10.1016/j.jclinepi.2014.03.013

Costa, M. A. F. (2020). *Uma clínica para a atualidade: transformações técnicas em psicanálise de crianças*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras]. Repositório Institucional UNESP. <http://hdl.handle.net/11449/193652>

França, R. M. P., Rocha, Z. (2015). Por uma ética do cuidado na psicanálise da criança. *Psicologia USP*, 26(3), 414-422. <https://doi.org/10.1590/0103-656420140045>

Freud, S. (1905[1904]/ 2020). *Fundamentos da Clínica Psicanalítica: Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (2. ed., 3. reimp, C. Dornbusch. Trad., Cap. Sobre Psicoterapia, pp. 63-80). Autêntica.

Fulgencio, L. (2011). A ética do cuidado psicanalítico para D. W. Winnicott. *A peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 3(2). 39-62. <https://doi.org/10.5546/peste.v3i2.22088>

tico na prática psicanalítica: uma revisão teórica. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1):18-24. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v6n1p18-24>

Schor, D., Coelho, N. E. J. (2020). Quando brincar não é possível: um debate acerca da transferência sobre o enquadre a partir da análise de uma criança de 5 anos. *Jornal de Psicanálise*, 53(99), 249-264. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt)&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt)&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt)&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt)&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt)&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352020000200019&lng=pt&tlng=pt)

Soler, V. T.; Bernardino, L. M. F. (2012) A prática psicanalítica de Françoise Dolto a partir de seus casos clínicos. *Estilos clin.*, São Paulo, 17(2), 206-227. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003-&lng=pt&nrm=iso&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003-&lng=pt&nrm=iso”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003-&lng=pt&nrm=iso)&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003&lng=pt&nrm=iso”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003&lng=pt&nrm=iso)&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003&lng=pt&nrm=iso”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003&lng=pt&nrm=iso)&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003&lng=pt&nrm=iso”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003&lng=pt&nrm=iso)&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003&lng=pt&nrm=iso”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003&lng=pt&nrm=iso)&HYPERLINK [“http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003&lng=pt&nrm=iso”](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=71282012000200003&lng=pt&nrm=iso)

Souza, A. S. L. de. (2012). Existe um lugar para os pais reais: some thoughts about the place of parents and reality in the krei-

nian's psychoanalysis. *Estilos da Clinica*, 17(2), 278-289. HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200007&lng=pt&tlng=pt" http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttextHYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200007-&lng=pt&tlng=pt"&HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200007-&lng=pt&tlng=p"pid-S1415-71282012000200007HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200007&lng=pt&tlng=pt"&HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200007&lng=pt&tlng=pt"lng=ptHYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200007&lng=pt&tlng=pt"&HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200007&lng=pt&tlng=pt"tlng=pt.

Uribe Aramburo, N. (2013) Concepciones psicoanalíticas del dibujo en la clínica con niños. *Affectio Societatis*, 10(19), 48–59. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/17996>

Zimerman, D. E. (2008). *Bion: da teoria à prática: uma leitura didática* (2. ed., Cap. Uma Teoria do Pensamento). Artmed.

Por uma Terceira Via na Infância: O Dispositivo do Acompanhamento Terapêutico na Clínica dos Autismos

Narjara Medeiros de Macedo

Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN)

Thyago Ycaro Souza de Menezes

Laboratório de Psicologia Escolar e Educacional (LAPEE-UNIRN)

Introdução

Falar sobre autismo é paradoxal. A definição do termo autismo infantil precoce (Kanner, 1937) como entidade nosográfica abriu caminho para inúmeros estudos, todos inconclusivos do ponto de vista da etiologia ou de uma clara determinação orgânica do transtorno. Historicamente, nas palavras de Winnicott (1997), essa busca foi uma benção duvidosa, pois ao mesmo tempo em que estabelece fatores quantitativos para um diagnóstico diferencial e atuais condições para um reconhecimento precoce, abre margem para a “cola diagnóstica” (Cavalcante & Lisboa, 2021) pautada nas disfunções organicistas e para a “perplexidade parental” (Winnicott, 1997) com seus desdobramentos na equipe de saúde, que afeta a capacidade de tolerar perturbações no desenvolvimento e gera distorções nas atitudes dos cuidadores. Assim, engendra-se um agravo, quando seria necessário pensar no diagnóstico como um estado e não como uma sentença definitiva (Jerusalinsky, 2016). Não se pode negar que há casos de comprometimentos neurológicos importantes, mas importa reconhecer os mínimos detalhes dos primeiríssimos estágios do estabelecimento da personalidade e do relacionamento em cada criança com a provisão ambiental que pode ou não, em cada caso particular, facilitar o processo maturacional (Winnicott, 1997). Nesse sentido, diz Winnicott: para cada caso de autismo encontrado em sua prática, também foram encontradas centenas de casos em que havia uma “tendência compensada”, mas que poderia ter produzido o quadro autista.

Isso posto, é preciso transcender o modelo patologizante para estabelecer compromisso com a constituição do sujeito e com as premissas de integralidade, ambiência e produção de laços propostos na ótica de uma clínica ampliada prevista nas políticas de atenção à infância (Estelita-Lis, Oliveira & Coutinho, 2009). Nessa perspectiva, é possível situar recentes ações voltadas à prevenção e promoção do desenvolvimento psíquico. No Brasil, o Marco Legal da Primeira Infância, oficializado pela Lei 13.257/2016, propõe a articulação entre Estado e sociedade para a criação de políticas, programas e serviços que visam garantir o desenvolvimento integral das crianças de zero a seis anos.

A dimensão preventiva aqui proposta requer a subversão do conceito de prevenção: não se trata de evitar o inevitável e o imprevisível de algum comprometimento, mas de constituir bases mínimas de subjetivação (Mariotto, 2009). Para Laznik (1997), é pertinente pensar em possibilidades de prevenção de sinais de risco do desenvolvimento (que podem ou não resultar em um quadro de autismo) através de intervenções precoces positivadas, que possam instaurar as estruturas que não compareceram, antes do fechamento de certos quadros de modo patológico (Bernardino, 2004). Diante dessas formulações, o estudo com bebês e a pesquisa multicêntrica de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil – chamada pesquisa IRDI – anima uma geração de pesquisadores do campo da psicanálise ao olhar para a relação intrapsíquica do bebê, gestado e nascido, com seu Outro materno (Laznik, 2013). Esse estudo produziu um valioso instrumento composto por 31 indicadores clínicos de risco psíquico observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança (Kupfer, Jerusalinsky, Bernardino, Wanderley, Rocha, Molina, Sales, Stellin, Pesaro e Lerner, 2009), fundamentados na perspectiva de que o sofrimento precoce resulta tanto do equipamento somático do bebê, como também de aspectos relacionais, incluindo três importantes marcadores: perturbações no olhar, a não instauração do terceiro tempo do circuito pulsional e o brincar como meio de acesso à intersubjetividade (Machado, 2018). A partir desse referencial, fundamenta-se a avaliação precoce e a criação de modos de ação terapêutica para o bebê e seus cuidadores, bem como modos de assistência interdisciplinares cedo instituídos.

A dimensão interventiva considera as diretrizes do Ministério da Saúde nos documentos “Caminhos para uma Política de Saúde mental Infante-Juvenil” (Brasil, 2005) e “Linhas de Cuidado para atenção às

peças com Transtorno do Espectro Autista e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2015), propondo que o tratamento envolve uma rede ampliada de atenção, a necessidade de articulação intersetorial para o tratamento, educação e assistência às crianças autistas, a corresponsabilidade da parentalidade junto aos profissionais, bem como a construção de caso e terapêuticas propostos em equipe interdisciplinar, compondo um Projeto Terapêutico Singular. Isso implica uma articulação ética entre clínica e política, questionando os discursos profissionais hiper especializados em equipes de saúde, de suposta equivalência,

, abordando situações de sofrimento psíquico grave a partir de um caráter paternalista, reproduzindo práticas tutelares contrárias à produção de autonomia (Santos & D'agord, 2020).

Frente à diversidade que a clínica dos autismos mostra, a psicanálise comparece na atitude interpretativa de decifrar, decodificar e atribuir sentidos a materiais clínicos pouco representativos na relação transferencial para a emergência de uma fala que a criança autista poderá reconhecer como sua (Tafuri, 2003). Nessa mesma direção, a prática do acompanhamento terapêutico (AT) em sua historicidade, está intimamente ligado aos movimentos de desinstitucionalização da loucura, emergentes na Inglaterra, Estados Unidos e Itália. Sua prática surge na década de 1960, junto às comunidades terapêuticas na Argentina e no Brasil, tendo sido definido como uma prática clínica-política sem muros, acompanhando cotidianos de modo a favorecer o estabelecimento de laços entre o sujeito acompanhado e o território por ele habitado, expandido em sua possibilidade de circulação social (Palombini, 2007). Essa prática destoa do modelo diagnóstico tradicional e aposta no sujeito e sua organização psíquica no laço social, considerando que a leitura diagnóstica e direção do tratamento ocorrem numa terceira via (Macedo & Menêzes, 2021) – a do espaço potencial, compreendido na separação e só então, na inter-relação entre realidades interna e externa, como uma região intermediária da experimentação humana (Winnicott, 1953).

Aproximando-se dos dispositivos de atenção à infância, o presente trabalho parte de uma revisão narrativa que versa sobre a perspectiva da clínica psicanalítica dos autismos na infância e seus desdobramentos no dispositivo clínico político do Acompanhamento Terapêutico (AT), passando pelas discussões sobre intervenções precoces e pela compromisso ético na articulação com as políticas públicas, nas intervenções na via da singularidade nos dispositivos institucionais e nas interlocuções interdisciplinares pertinentes à integralidade dos sujeitos. (Cavalcante & Lisboa, 2021).

A clínica psicanalítica dos autismos na infância

A noção de clínica encontra-se em diversas discussões nos campos do saber. Desde as ciências humanas até os estudos biomédicos, existem possibilidades de intervenção, estratégias e perspectivas que variam de acordo com as demandas, tempo, cultura e propostas tera-

pêuticas. Foucault (1963/1977), ao trazer sobre a disposição da clínica ocidental, pontua que há dois elementos de leitura do médico: um novo perfil do perceptível e do enunciável. A clínica é, então, algo do racional, da observação, algo que possui uma “reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (uma gramática dos signos substituiu uma botânica dos sintomas)” (Foucault, op. cit. p. 17). Reconhece-se a racionalização, o rigor sistêmico e universal que existe na história do nascimento da clínica ocidental.

No entanto, é necessário situar o singular que existe nessa temática, onde não existe “a clínica”, mas sim “uma clínica”, o que possibilita a aposta na constituição de um espaço potencial, proveniente de escuta, cuidado e rede de apoio na elaboração de sofrimentos. A partir da Psicanálise, a ideia de clínica ganha um novo espaço na própria compreensão dos sofrimentos, dos sintomas e das subjetividades. No que tange a técnica e os métodos adotados, Freud (2010) adverte que mesmo em tempos posteriores ao tratamento é necessário ter cuidado e cautela no manejo com o paciente, “a fim de não comunicar uma solução de sintoma ou tradução de desejo antes que o paciente esteja bem próximo dela” (Freud, p. 140). A psicanálise se constitui, assim, como proposta de tratamento fundado no reconhecimento dos processos psíquicos inconscientes, da função da sexualidade na gênese da organização psíquica e dos fenômenos da transferência e da resistência, propondo não a eliminação dos sintomas, mas a produção de autonomia do paciente e sua capacidade de agir na vida (Freud, 2013).

Ainda nesse contexto de não universalidade do saber, a infância também pode ser problematizada como uma produção de não-saber e não-poder de crianças. A infância, tal como a conhecemos, pode ser narrada como uma invenção moderna que há mais de trezentos anos vem progressiva e desordenadamente ganhando corpos e nomes a partir de seus referentes sociais: Estado, religião, medicina, psicologia, pedagogia, mercado, mídia (Marcello, 2022, p. 757). Do ponto de vista clínico tradicional, podemos datar entre o século XIX e início do século XX, o aparecimento de preocupações de diferenciação entre a psicopatologia da infância independente da nosografia do adulto, a partir de escalas métricas de inteligência e maturidade, com efeito de tratamento médico-pedagógico.

Nesse esteio, Leo Kanner, um psiquiatra austríaco naturalizado americano, em 1943, publica um trabalho intitulado “Autistic Distur-

bances of Affective Contact”, descrevendo um quadro específico de adoecimento infantil distinto da esquizofrenia adulta, marcando o início da história atual das psicoses infantis e a disseminação do termo “autismo” (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991). A partir de um estudo feito com onze crianças, Kanner discute como analisadores do autismo os comportamentos de isolamento precoce e as perturbações nas relações afetivas, o comprometimento na utilização da linguagem como um instrumento comunicativo, a presença de comportamentos repetitivos e estereotipados, com repertório limitado e obsessivo de interesses, bem como um terrível sofrimento ao serem incomodadas em sua rotina. Kanner classificou o autismo como uma síndrome orgânica e deficitária, cuja sintoma principal é a incapacidade neurológica para processar os estímulos vindos da realidade externa. Ao mesmo tempo, suas descrições de casos apontam para pessoas com capacidade de viver em um mundo interno caracterizado como “autossuficiente”, “dentro de uma concha”, com “gratificação masturbatória no corpo enquanto falava sem comunicação”, aludindo – apesar de não fazer qualquer consideração de relevância a respeito –, ao termo auto-erotismo no sentido originário freudiano, que compõem o narcisismo primitivo necessário ao desenvolvimento do aparelho psíquico (Tafari, 2003).

Essas contradições e impasses se desdobram ainda na diversidade de saberes que se propõem a tratar sobre o assunto, tais como neurologia, psiquiatria, psicologia e psicanálise (Laurent, 2014), na multiplicidade de abordagens, no contínuo debate entre organogênese e psicogênese para etiologia e direção do tratamento empreendido (Jerusalinsky, 2015), bem como nas várias modificações em sua definição ao longo dos anos nos manuais nosográficos, tanto da Associação Psiquiátrica Americana (DSMs) quanto da Organização Mundial de Saúde (CID) (Araújo, 2004). Com a nomenclatura de Transtornos do Espectro Autista, na quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), pode-se dizer que o aumento de casos diagnosticados de autismo decorre não da precisão dos critérios dos manuais, mas da sua modificação (Kupfer, 2015).

Diante da complexidade do problema e do efeito patologizante da fenomenologia organicista subjacente ao privilégio sintomatológico, importa considerar que as pesquisas genéticas ainda não colocaram em evidência a alteração susceptível de dar conta do autismo enquanto doença hereditária e, ainda assim, isso não poderia determinar a aparição

da síndrome, pois esta depende também das características do ambiente que permita as instaurações estruturais acontecerem ou que a plasticidade cerebral encontre novas articulações nos momentos sensíveis do desenvolvimento (Wanderley, 2013). Do ponto de vista da psicanálise, esta deficiência seria uma consequência de uma não instauração das estruturas psíquicas e não o contrário, admitindo aqui a multifatoriedade da questão e a possibilidade de intervenções precoces (Laznik, 2013).

Na década seguinte à definição de autismo infantil precoce, psicanalistas diversos começaram a desenvolver ideias em torno de alguns eixos básicos: o primeiro eixo indica que o autismo se realiza e se materializa no plural “autismos”, permitindo referir à singularidade inquietante de cada um dos autistas, em oposição a qualquer tentativa de homogeneização universalizante; o segundo eixo exige do terapeuta uma aposta, a antecipação desejante de um sujeito possível onde existe apenas a pontualidade de um proto-sujeito. O terceiro eixo se declina em diversas categorias, já que os sons inarticulados que marcam seu ser são escutados por diferentes ouvidos. Cabe a estes atribuir sentido ou valor significativo e interpretar os comportamentos gestuais e sonoros do *infans*, produzindo diferentes formas de interpretação e atribuindo musicalidade e modulação matizada a um corpo devastado pelo desamparo (Birman, 2012). Assim, dentre produções pertinentes, desdobram-se vias de trabalho por diferentes psicanalistas, em diferentes, linhas de pensamento, tais como “Margareth Mahler e Bruno Bettelheim, nos Estados Unidos; Serge Lebovici, René Diatkine, Françoise Dolto, Maud Manonni, Denis Vasse e o casal Lefort, na França e Donald W. Winnicott, Esther Bick, Françoise Tutin e Donald Meltzer, na Inglaterra” (Tafari, 2003, p. 143).

A clínica psicanalítica com crianças autistas tem como seu primeiro registro o caso clínico de um garoto de quatro anos chamado Dick, que fora encaminhado para Melanie Klein para tratamento psicoterápico, diagnosticado pelo psiquiatra Dr. Forsyth como esquizofrenia infantil (Marfinati & Abrão, 2014, p. 254). Diante do obstáculo fundamental da análise de Dick – a falta de relação simbólica com as coisas – Klein considerou a possibilidade de analisar Dick por meio de uma adaptação da técnica do jogo, observando o fascínio de Dick por trens e estações. Na medida em que a criança apresentava suas ansiedades, Klein usava “palavras tranquilizadoras” provenientes da interpretação de angústias mal elaboradas (Segal, 1975). Posteriormente, diversos

psicanalistas como Frances Tustin consideraram a técnica kleiniana de interpretação do jogo inadequada para a criança autista. Jaques Lacan criticou a analista, observando a proposição simbolizante de Klein no caso Dick como uma grande intrusão, em se tratando de um sujeito inconstituído, para o qual não havia outro, nem eu (Tafuri, 2003).

Diversos outros autores propuseram discussões pertinentes à investigação sobre o autismo, porém as experiências de Winnicott com bebês e suas mães possibilitou a abordagem de dois fenômenos importantes para a compreensão do autismo infantil precoce: a capacidade de estar só e o isolamento do si-mesmo. A capacidade de estar só é constituída nas primeiras relações mãe-bebê, na criação de uma área de ilusão primária que conduz ao sentimento de onipotência a partir da qual o bebê cria, pela primeira vez, o seio. Em um segundo tempo, iniciado o processo de separação gradual mãe-bebê, a mãe suficientemente boa pode desilusionar progressivamente seu filho, no sentido de ir estabelecendo intervalos entre sua demanda e a resposta materna. O bebê vai se diferenciando da mãe e podendo encontrar apaziguadores pulsionais nos objetos e fenômenos fora do controle onipotente, estabelecendo uma terceira área hipotética da experiência entre realidade interna e vida externa: o lugar do brincar, expandido ao viver criativo inscrito no laço social e em toda a vida cultural do ser humano. Winnicott ressalta que são as frustrações toleradas, mais do que as satisfações, que permitem a passagem de um objeto que era totalmente “subjetivo” para um objeto “percebido objetivamente” (Winnicott, 1965b/1983). Pode-se, então, estabelecer o percurso entre realidade subjetivamente concebida e realidade objetivamente percebida, no brincar transicional e no campo da intersubjetividade (Mariotto, 2009). Quanto aos autismos, Winnicott (1977) considera que se produz uma organização defensiva, no sentido de uma invulnerabilidade diante de ameaças de agonias impensáveis anteriormente sentidas, em situação de invasão no tempo da dependência absoluta no início da vida. Sem a defesa, a criança ver-se-ia diante de uma quebra de organização psíquica na ordem da desintegração, da despersonalização, da queda para sempre com perda de sentido do real e da capacidade de se relacionar com os objetos (Araújo, 2004). Na clínica winnicottiana, o trabalho do analista é criar as condições ambientais e de comunicação que levem o paciente ao brincar possível, enquanto meio de acesso à intersubjetividade (Winnicott, 1975).

Lacan (1998), teorizou a constituição psíquica com o denomi-

nado estágio do espelho, que ocorre em torno de seis a dezoito meses. Lacan aborda o olhar do Outro primordial como constitutivo do eu e da imagem corporal do bebê, base para sua relação posterior com os outros, seus semelhantes. Refere o tempo particular pelo Outro da imagem especular, quando a criança se vira para o adulto que a sustenta e a carrega, pedindo-lhe confirmação pelo olhar do que ele percebe no espelho como uma imagem unificada. Esse olhar dá ao bebê uma articulação complexa entre sua realidade orgânica e o olhar dos pais com seus investimentos libidinais, uma ilusão antecipadora, a “sua majestade o bebê”, já referida por Freud em 1914. O olhar inclui também escutar os balbucios do bebê, atribuindo sentido e significação que o bebê tomará para si mais tarde. É o que Winnicott chamava de loucura necessária das mães (Wanderley, 2013). Outro processo estruturante citado por Lacan a partir de Freud, são os três tempos do circuito pulsional: Num primeiro tempo, o bebê vai em busca do objeto oral para apoderar-se dele (o seio ou a mamadeira). Freud chamava de tempo ativo. O segundo tempo pode ser observado quando o bebê estabeleceu uma boa atividade auto-erótica – chupa o dedo, a chupeta – obtendo uma experiência alucinatória de satisfação auto-erótica como traço mnêmico. No terceiro tempo, a criança busca o outro para colocar-se como objeto de satisfação partilhada – oferece o pezinho em direção à boca da mãe como quem sugere uma beijoca, e ambos se deleitam. O bebê vai em busca de fisgar o gozo de sua mãe, o seu grande Outro, o tesouro dos significantes. Em outras palavras, a criança se assujeita à condição de sujeito no ser humano, alienado às trocas simbólicas pela via da linguagem. (Laznik, 2013, Jerusalinsky, 2015; Kupfer, 2015)

A observação de crianças que apresentam uma síndrome autística primária revela que esse terceiro tempo do circuito pulsional está ausente. Os movimentos de vai-e-vem, de ir-e-vir não constituem nenhum remate que em seu percurso fisgaria o que quer que seja do outro e a criança não pôde alienar-se. “Desse modo, só é possível falar de um verdadeiro autoerotismo se a dimensão de representação de Outro, e mesmo seu gozo, se inscreveu sob forma de traço mnêmico no aparelho psíquico da criança”. (Wanderley, 2013, p. 29). Por outro lado, a alienação estabelecida e prevalente, sem a função separadora produzida pela metáfora paterna, põe em fracasso o outro polo da subjetivação do sujeito. A função paterna fica foracluída, o que sinaliza indicativo de estruturação na psicose infantil.

Traduções – A escuta psicanalítica e o acompanhamento terapêutico dos autismos

“Um bebê é algo que não existe”, disse Winnicott numa reunião científica da British Psychoanalytic Society, na década de 40. Um bebê não existe a não ser que um agente de cuidado o suponha, o deseje e o invente (Cavalcanti, 2000, p. 40). São aqueles que se dirigem ao bebê desde o início da vida, que decifram os choros, codificam sua sonorização ao nível de linguagem e traduzem no corpo a via do contato humano. A partir do poder invocante da voz, com uma prosódia particular, o Outro capta a atenção do bebê, se comunica com ele e atribui fala ao *infans*, aquele que ainda não se diz (Laznik (2013). Com efeito, o bebê poderá aprender a chorar de maneira diferente, “transformando, em sua passagem pela rede da linguagem, a necessidade em demanda.” (Ghe-rovici, 1999, p. 19). Na metáfora proposta por Laznik (2013), é pela via do canto das sereias, como na mítica de Iemanjá, na Odisseia de Homero, que o sujeito se aliena à linguagem. Este é um canto constituído por três consistências: ftogos, op’s e aoïde. Ftogos designa a dimensão do grito, portador do inarticulado, próxima à dimensão sonorizante do bebê; Op’s, ao contrário, relaciona uma voz feminina e sedutora, que se aproxima do “manhês” dirigido ao bebê; Aoïde não traz o conteúdo explícito, mas uma narrativa que inscreve numa promessa de saber, que alude à inscrição simbólica atribuída ao bebê no contexto dos desejos e da história, ao mesmo tempo subjetiva e social. A partir dessa metáfora, reconhecemos a alienação necessária para que o pequeno se torne sujeito, pela fala, à vida e à morte, quando a metáfora paterna permite, só mais tarde, introduzir a separação e a condição da falta.

Há outras míticas sobre a sonoridade da fala nos primórdios da cultura, das noções de si mesmo e da alteridade. Os mitos gregos de Narciso, Eco e Pan, discutidos por Lecourt e Anzieu deixam claro que o espelho sonoro antecede o espelho visual (como citado em Tafuri, 2003), colocando em evidência a relação entre emissão sonora, exigência de amor, expressão de si mesmo e reconhecimento do outro. Do mesmo modo, os intercâmbios sonoros mãe-bebê constituem o primeiro aprendizado de condutas simbólicas e estão na raiz da aquisição da linguagem. Tafuri (op. cit, p. 216) no diz: “os gritos do recém-nascido são rapidamente modulados (...) a partir da terceira semana de vida surge o “falso” choro do bebê, gemidos que terminam em choro, e constituem

uma primeira emissão sonora intencional”. A voz em sua prosódia, produz sensações corporais de continuidade de si, o eco das lalações permite o espelhamento fundante do eu no encontro com outro, o ato de nomear as coisas é uma grande experiência de inscrição simbólica. Considerando a dimensão do jogo transicional, a voz assume função fundamental no fazer clínico com crianças autistas (Winnicott, 1975).

De modo amplo e nada consensualista, a clínica psicanalítica com crianças autistas foi tradicionalmente desenvolvida em torno da atribuição de sentido ou valor significativa aos comportamentos gestuais e sonoros no *infans*. A fala do analista está ligada ao ato de nomear, assim como na relação materna, que ao nomear os objetos da realidade para o bebê, permite a ele compreender e dar sentido às coisas, situando-se na ordem simbólica. “Na clínica do autismo testemunhamos as produções que acabam sendo tratadas pela família como algo aleatório e fora de sentido, mas, no entanto, podem ser tomadas em um sentido ‘linguageiro’, o que nos faz considerar sempre as palavras nas coisas” (Viana, Furtado & Viera, 2020, p. 326). Contudo, Mannoni indica que a “justa palavra” não está posta, mas pode ser aposta (como citado em Tafuri, 2003), especialmente em se tratando de um campo de linguagem tão rarefeito como nos autismos. É preciso encontrar uma cifra ou um código diante do comportamento estereotipado e repetitivo em uma posição de não intérprete, posição essa que possa suportar, inclusive, a ausência de palavras, a experiência de não-saber e a experiência de não existir para uma criança autista. Em casos de autismo infantil precoce pode ser preciso, antes de qualquer coisa, aceitar a experiência da disformidade e da atemporalidade, estar presente com o outro no *nonsense* (Winnicott, 1971), no caos organizado de repetições, sem tentar explicar ou ensinar, para que seja possível um estar-com sem a ameaça da intrusão e descontinuidade, possibilitando a capacidade de estar só na presença de outra pessoa e, só então, a possibilidade de encontro, laço e traduções (Tafuri, 2003).

A partir da ética da psicanálise, considera-se que a condução do tratamento nos autismos toma como eixo a escuta do sujeito em transferência e se estrutura a partir da suposição do saber inconsciente que cada um traz, sendo necessário incluir suas articulações com a fala, suas respostas singulares, sua história, o que cada um tem a dizer sobre sua condição, seus atravessamentos e suas invenções a partir dos recursos encontrados (Santos & D’agord, 2020). Nesse processo,

analista e acompanhante terapêutico, no intento de propiciar ao sujeito experiências que possam suprir determinadas fendas no self tomam parte nas funções constitutivas de *holding* (sustentação); continência; apresentação do objeto; manejo corporal; discriminação entre realidade psíquica e realidade compartilhada; interdição; interlocução dos desejos e angústias; discriminação de campos semânticos, emergência da experiência especular; alívio das ansiedades persecutórias e modelo de identificação (Barreto, 1998).

A respeito dessas funções constitutivas no tratamento, a função *holding* é a ferramenta de maior presença encarnada, com a função clássica de “estar ali” como aparato, alicerce e sustentação vincular, permitindo ao acompanhado suportar o laço social e a busca de alternativas inseridas nos próprios dilemas experienciados. A função especular, referência ao pensamento de Lacan e Winnicott e remete aos processos de identificação, embletizado na face da mãe que olha o bebê, endereçando-lhe e expressando afetos, possibilitando a formação da imagem corporal inconsciente de si. A função manejo corporal representa a conexão com necessidades básicas primordiais, como comer, dormir, higienizar-se e tomar consciência do próprio corpo, a ser sinalizada e investida no laço a fim de produzir apropriação no sujeito. No que se refere à função continência, considera-se as ações simbólicas que estabelecem limites que possam barrar ações do paciente quando estas se tornam inadequadas ou perigosas. Esta função também está relacionada à função de interdição, que representa essa limitação *in tempo* e *in ato*, estabelecendo fronteiras reais para desejos e movimentos arriscados. A função de apresentação do objeto concerne à lição de objeto proposta por Winnicott a partir da análise do jogo da espátula: a experiência de tomar um objeto da realidade e transformá-lo em algo próprio, permitindo o brincar do viver criativo, que pode ser constituída em três tempos – o tempo de hesitação, o tempo de posse\uso do objeto, e a emergência da agressividade para se separar do objeto e terminar o encontro. Os recursos acessíveis a partir dessa experiência são o ritmo, o tempo e o espaço enquanto ato processual de existir no mundo. Nesse sentido, esse trabalho possibilitaria uma função concomitante e subsequente, de discriminação da realidade subjetiva e realidade compartilhada, permitindo que o sujeito separe o que é seu e o que é do outro no mundo, estabeleça a interlocução de desejos e angústias e com isso, possa suportar e dar novos sentidos às ansiedades persecutórias. A

função de discriminação dos campos semânticos permite o manejo dos significantes, ampliando o repertório e permitindo o deslocamento de sentidos no brincar desde as sonoridades a que sejam atribuído sentido até as palavras (Cavalcante e Lisboa, 2021).

Nos autismos, considerando que os sujeitos produzem invenções singulares na busca de estabilização ou uma mediação na relação com o outro, a transferência deve incluir tudo o que a criança traz para a relação e o analista\acompanhante terapêutico deve estar atento para o modo como ela usa o material, para além do que se diz, conduzindo os manejos possíveis na direção de funções constitutivas. Significa acolher as manifestações da criança, deixando-a livre para construir recursos que ajudem a lidar com aquilo que a aflige, seguindo seu movimento sem precipitação ou pressupostos especializantes, respeitando os limites do inconsciente e o valor do sintoma enquanto produção singular de sentido (Fráguas, 2004) para a produção de saúde no viver criativo (Winnicott, 2005).

Há ainda que se pensar sobre como a criança autista afeta a família, considerando a luta de mães e pais para detectar e traduzir pequenos indícios comportamentais com o objetivo de compreender seus filhos e os demais sentimentos que pairam sobre os mesmos, apontando o imprescindível cuidado e escuta dos pais (Moraes, Bialer & Lerner, 2021, p. 02). A maioria dos pais manifesta incapacidade de conferir sentido às ações gestuais e linguageiras da criança (Laznik, 2013). Em um jogo de fantasias e idealizações sobre um filho imaginado, os pais “estão desapontados porque seu filho não é tão recompensador (...) os pais se sentem culpados quando alguma coisa dá errado” (Winnicott, 1966, p. 179). No trabalho com o analista, a mãe poderá reencontrar sua capacidade de ilusão antecipatória, sua aptidão para apreender uma significação aí onde possivelmente haja apenas uma massa sonora, o que Winnicott chama a loucura necessária das mães (Laznik-Penot, 1995, p. 11). O acompanhamento terapêutico tem sido discutido como um dispositivo de intervenção junto a bebês em situação de risco psíquico e suas famílias (Engel, Ghazzi & Silva, 2014). O trabalho opera pela precoce intervenção em traços que, a partir dos cuidados parentais e das produções do bebê, indicam problemas no marco constitutivo do bebê (Jerusalinsky, 2002). No atendimento com bebês é possível inserir-se no ambiente da casa, incluindo os pais ou cuidadores, considerando o modo como estes se implicam na vida dessa criança e como compa-

recem as manifestações patológicas em um ser que ainda não fala. As observações desse processo fundamentam-se na estruturação psíquica e nas aquisições instrumentais, posto que são processos sustentados pela função materna e paterna. O trabalho na clínica com bebês é voltado para o Outro parental que o sustenta, considerando suas fragilidades no estabelecimento do laço parental e riscos à singularização subjetiva do bebê para então, possibilitar sua instalação através do vínculo transfereencial com a criança e seu meio. “Pode-se afirmar que, na clínica com bebês, o At atua como um espelho vivo para a mãe, para sua relação com o bebê, suportando o lugar do Outro que, para ela, faz-se impossível ocupar” (Engel, Ghazzi & Silva, 2014).

Uma outra questão fundamental aponta para a intervenção da psicanálise com crianças autistas nos dispositivos de atenção à Saúde Mental, em seus pressupostos éticos, políticos e clínicos (Viana, Furta-do & Vieira, 2020). A dimensão ética da psicanálise implica em restituir ao sujeito seu próprio desejo, supondo nele uma escolha ainda que insondável e um arranjo-invenção produzida por ele para suportar a dimensão caprichosa desse Outro. A dimensão clínica envolve a ênfase do singular de cada sujeito, acolhendo suas manifestações e inscrevendo significações para que novas invenções possam surgir além do estabelecimento dos laços sociais. A dimensão política aponta para uma articulação interdisciplinar, que possa conceber a construção do caso clínico como forma de operar com o saber trazido pelo paciente e não sobre o paciente por parte dos profissionais da equipe. Estes, reconhecendo-se em posição de igualdade quanto à ignorância do caso, podem partilhar elementos sobre a particularidade de cada sujeito em um trabalho conjunto, “porque há uma heterogeneidade de atos entre todos e, amparando esses atos, muitos saberes para sustentá-los” (Calzavara & Calazans, 2022, p.10).

Considerações finais

Após um percurso de tantos dilemas estéreis denunciados nos debates patologizantes, importa considerar que os estados de sofrimento precoce não resultam de um equipamento somático deficitário do bebê, tampouco de uma má qualidade da função materna, mas de aspectos relacionais entre as instâncias, o que abre margem para um campo de ações e intervenções que despatologiza e desculpabiliza os pólos da

relação (Wanderley, 2013). A “ciência do autismo” que pôde ser apreendida até o momento, circunscrita à prática diagnóstica positivadora da patologia, produziu sérias questões em torno da redução do humano e da objetificação do sofrimento e um nível material e localizável.

É importante considerar as produções em psicanálise acerca do autismo de modo articulado à política, à ética e à técnica clínica em seu campo de possibilidades de ampliação no tratamento, nas mediações de voz e ludicidade, no olhar de reconhecimento para as invenções do sujeito e sua posição singular em uma função de “secretariado”, na presença do acompanhante terapêutico nas equipes de saúde e no suporte às famílias, na proposição de viabilizar condições para a constituição subjetiva do bebê e da criança na ancoragem com o laço social. É preciso acompanhar.

Para a psicanálise, trata-se de fazer emergir o que há de singular em cada sujeito autista, como cada um se faz e é atravessado pela linguagem. A suposição de saber nas manifestações das pessoas autistas, sem o índice patológico ou antecipação de seu lugar de enunciação, permite que o trabalho de acolhimento e escuta seja guiado por aquilo que os autistas têm a dizer e a ensinar sobre suas experiências. Frente aos diversos desdobramentos da produção de saber em psicanálise e aos desafios no campo da saúde mental e, especificamente, da clínica voltada para crianças e adolescentes, é imprescindível olhar para a produção de modalidades de trabalho clínico por meio dos dispositivos diversos e ampliados que possam franquear o laço social dos sujeitos ditos autistas.

Referências

Ajuriaguerra, J., Marcelli, D. Manual de psicopatologia infantil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

Almeida, M. L., & Neves, A. S. (2020). A escuta psicanalítica da família frente ao diagnóstico de autismo da criança. *Ágora*, 23 (3), 98-108.

Araújo, C. A. S. A perspectiva winnicottiana sobre o autismo no caso Vitor; *Psychê*, 8(13), 43-60, 2004.

Barreto, K. D. (2000). *Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: UNIMARCO.

Bernardino, L. M. F. *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Birman, J. (2012). A gramática do impossível. In. ROCHA, P. S (Org.). *Autismos*. Editora Escuta.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde.

Calzavara, M. G. P. & Calazans, R. (2022). A partir dos muros da universidade: implementação de uma clínica psicanalítica para crianças autistas. *Psicologia: ciência e profissão*, 42 (2), 1-14.

Cavalcante, A. O. C. & Lisboa, M. S. (2021). Contribuições da psicanálise do Acompanhante Terapêutico de crianças: uma revisão da Revista *Estilos da Clínica*. *Estilos da Clínica*. 26 (3), 476-493.

Cavalcanti, A. E. (2000). Novas narrativas para os autismos: algumas contribuições de Winnicott para uma teoria e clínica dos autismos. *Estilos da Clínica*, 5(8), 38-48.

Engel, D., Ghazzi, M. S., & Silva, H. C. da. (2014). *Acompanhamento Terapêutico e a Relação Mãe-Bebê*. *Psicologia: Ciência e Profissão*,

34(4), 1045–1058. <https://doi.org/10.1590/1982-370001022013>

Estellita-Lins C, Oliveira VM, Coutinho MF. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2009Jan;14(1):205–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100026>

Freud, S. (2010). O Início do Tratamento. In: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), Artigos sobre técnica e Outros Textos (1911-1913) - Obras Completas Volume 10. Companhia das Letras.

_____. (2013). Cinco lições de psicanálise. In: observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O homem dos ratos”], uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910) - Obras Completas Volume 9. Companhia das Letras.

Foucault, M. (2021/1979). Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: Foucault, Michel (11a ed., Cap 4, pp. 129-142). *Microfísica do poder*. Paz & Terra.

_____. (1963/1977). O Nascimento da Clínica. Forense-Universitária.

Gherovici, P. (1999). A infância não é coisa de crianças. *Estilos da Clínica*, 4(6), 18-27.

Jerusalinsky, A. (2015). Dar palavras ao autista. In: Jerusalinsky, A. (Org.) *Dossiê autismo* (pp. 14-17). São Paulo, SP: Instituto Langage.

Jerusalinsky, J. (2002). O Acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo. *Pulsional. Revista de Psicanálise*. 15 (162), 32-41.

_____. (2016). *Travessias e travessuras no acompanhamento terapêutico*. Ágalma Psicanálise Editora.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. In: *Nervous Child*, v. 2,3, p. 217-250.

Kupfer, M C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M.F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M., Stellin, R., Pesaro, M. E. & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*. 6(1), 48-68. Recuperado de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/v06n01/valor.pdf>

Kupfer, M. (2015). O impacto do autismo no mundo contemporâneo. In: M. Kamers, P. M. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.). Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência (pp. 169-184). Escuta.

Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. In Lacan, Escritos (1ª ed., pp.96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Laurent, E. (2014). A batalha do autismo: da clínica à política. Zahar.

Laznik, M. C. (2013) A voz da sereia – o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Álgama.

Macedo, N. & Menêzes, T. (2021). Entre Aqui, Ali e Outros Lugares: Uma Leitura Winnicottiana do Acompanhamento Terapêutico em Campo Educacional. Rabisco - Revista De Psicanálise, 11(1), 164-175.

_____. (2022). O holding do acompanhamento terapêutico escolar na(s) perspectivas(s) da educação inclusiva. In: Silva, Batista & Lima (Orgs.), Winnicott: Seminários manauaras – Solidão: entre o sentimento e a capacidade de estar só. (1a ed., pp 383-396). INM Editora

Machado, L. V. (2018), Autismo, psicanálise e prevenção: do que se trata? Estilos da clínica, 23 (1), 114-129.

Marcello, F. A. (2022). Pensamento da diferença na pesquisa em educação: figuras no infantil, imagens da história. Aquino, J. G. et al. Sandra-maracorazza: obra, vidas. Rede Escreituras.

Mariotto, R. M. (2009). Mais ainda, ainda mais: o trabalho preventivo na educação infantil. In: R. M. Mariotto. Cuidar, educar e prevenir: as funções da creche na subjetivação de bebês. Escuta.

Marfinati, A. C.; Abrão, J. L. F. (2014). Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes à origem do conceito autismo. Estilos da clínica, 19 (2), 244-262.

Moraes, A. V. P. M; Bialer, M. M.; Lerner, R. (2021). Clínica e pesquisa do autismo: olhar ético para o sofrimento da família. Psicologia em Estudo. 26, 1-13.

Palombini, A. de L. (2007). Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

Santos, V. M., & D'agord, M. R. L. (2020). Incidências da psicanálise

na instituição: dispositivos clínicos para crianças e adolescentes com transtornos psíquicos graves. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 20 (3), 940-952.

Tafuri, M. I. (2003). Dos sons às palavras: exploração sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. ABRAFIPP.

Viana, B. A., Furtado, L. A. R., & Vieira, C. A. L. (2020). Invenção e estabilização com crianças autistas em dispositivos de saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23 (2), 313-336.

Wanderley, D. B. (Org). O cravo e a rosa – A psicanálise e pediatria: um diálogo possível. Salvador: Ágalma, 2008.

Winnicott, D. (1953). Tolerância ao Sintoma em Pediatria: Relatório de um Caso. In: Winnicott, Donald. (1a ed., pp 168-186). *Da Pediatria à Psicanálise*. Imago Editora.

_____. (1966\1977). Autismo. In: Winnicott, Donald. (1a ed., pp 179-192). *Pensando sobre crianças*. Artmed.

_____. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Imago.

_____. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Artmed.

_____. (1997). Três revisões de livros sobre autismo. In. *Pensando sobre crianças*. (1a ed., pp 175-178). Artes Médicas.

_____. (1988). *Natureza Humana*. Imago Editora.

_____. *Tudo começa em casa*. Martins Fontes.

O Brincar Criativo e a Pandemia da COVID-19: Um Estudo de Caso

Paula Tavares Amorim

Universidade Federal do Amazonas

Gisele Cristina Resende

Universidade Federal do Amazonas

Marck de Souza Torres

Universidade Federal do Amazonas

Introdução

Em 2019, o mundo deparou-se com o surto de Coronavírus, vírus causador da COVID-19, doença infecciosa com alto índice de contágio e com sintomas que variam de leve a graves, o que ocasionou a morte de milhões de pessoas. No Brasil, estima-se que 703.719 pessoas vieram a óbito, dentre essas mais de 1.400 crianças que foram vítimas ou tiveram doenças agravadas que levaram a óbito devido à contaminação do vírus (Brasil, 2023; Fiocruz, 2022).

A resistência e dificuldades do poder público em promover políticas de saúde e prevenção da contaminação, como o isolamento social, evidenciam a problemática do país quanto às suas dificuldades de oferta de saúde, economia, política e a assistência social. Problemas como o aumento da taxa de desemprego, aumento da violência doméstica, escassez de recursos, dificuldade de acesso ao sistema de assistência à saúde e acentuação da pobreza acarreta grande sofrimento psíquico a população (Aquino et al 2020; Who; 2020; Kumar & Nayar, 2021).

Esses fatores afetam indiretamente as crianças em vários aspectos - psicológicos, sociais e biológicos -, com as medidas restritivas de convívio social, afastamento do ambiente escolar e de alguns vínculos afetivos. A mudança na rotina familiar resultou em alterações negativas no cuidado e suporte afetivo, diante da acentuada preocupação, medo e ansiedade dos cuidadores diante da incerteza da contaminação pelo

vírus. Tais fatores podem reduzir o desenvolvimento da autonomia da criança, afetando seu desenvolvimento a longo prazo (Weeland; Keijzers; Branje, 2021). O fechamento das escolas resultou no afastamento dos colegas, na mudança da rotina do ensino e na inadequação das formas remotas de aprendizagem, afetando seu desenvolvimento emocional e cognitivo. Além disso, dispondo maior tempo livre em casa, as crianças ficam mais expostas às notícias negativas em redes sociais e televisivas que podem agravar o sofrimento psíquico (Imran, *et al*, 2020).

Partindo do pressuposto winnicottiano, ressalta-se que o ambiente tem um importante papel para a saúde e desenvolvimento do sujeito, pois o sofrimento psíquico está relacionado às falhas originadas nesse ambiente. Dessa forma, o papel da família é fundamental para a saúde do infante, ao garantir condições satisfatórias para que ele se sinta seguro e protegido diante das adversidades, proporcionando caminho entre a transição do cuidado e a vida em sociedade (Winnicott, 1958/1993).

O cuidado do ambiente mãe e posteriormente familiar permite estabelecer as bases fundamentais para a integração e formação da personalidade de forma saudável, a partir da integração no tempo e espaço, do alojamento gradual da psique e do início das relações objetais, ou seja, o estabelecimento do contato com a realidade externa (Dias, 2003). O sujeito, aos poucos, passa a encontrar soluções que permitem elaborar suas angústias sem estar absolutamente dependente deste cuidado anterior, mediante as introjeções e recordações de cuidados anteriores que foram oferecidos no passado e as projeções das suas necessidades de cuidado possibilitadas com o estabelecimento de confiança no meio (Fulgêncio, 2020).

As elaborações psíquicas são fruto da conquista do amadurecimento da criança, quando esta finalmente consegue perceber a realidade externa e separar este recém descoberto ambiente da sua própria realidade intrapsíquica, mas ao mesmo tempo, inter-relacionando-as. Cria-se um espaço entre as duas realidades que denomina-se de espaço potencial e lá ocorrem os fenômenos transicionais, que são escolhas objetais que são subjetivamente fantasiadas e transformadas de forma onipotente, permitindo o indivíduo simbolizar conflitos e adversidades ao intermediar sua realidade através das suas fantasias (Winnicott, 1971/2019). Assim, um funcionamento psíquico saudável permite criar e recriar de forma criativa as adversidades para um bom funcionamento mental (Morais et al, 2018). Dessa forma, para a psicanálise Winnicot-

tiana, este brincar é uma importante capacidade simbólica que contribui para o crescimento e amadurecimento emocional, ao criar espaço de experiência que facilita a integração do *self* e o compartilhamento do mundo (Sousa et al., 2020). O brincar perpassa por toda a vida do indivíduo, seja pelos movimentos criativos, pelo trabalho e a capacidade artística do indivíduo.

Partindo deste pressuposto que o brincar criativo é sinônimo de saúde e que o isolamento social provocado pela pandemia restringiu espaços que permitem viver de forma criativa, esse estudo de caso teve como objetivo compreender a psicodinâmica infantil durante a pandemia da COVID-19.

Método

Participou desse estudo uma criança do sexo feminino, de 09 anos de idade, que cursava o ensino fundamental e residente na cidade de Manaus. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela mãe da participante, foi realizada a entrevista de anamnese para colher o histórico de vida, as relações ambientais (familiares) da criança e as informações sobre a vivência e percepção dos comportamentos percebidos durante a fase da pandemia de COVID-19.

Após, foram feitas duas sessões individuais com a criança. A primeira sessão foi apresentado o objetivo do estudo e assinado o Termo de Assentimento para a criança. Em seguida, foram aplicados a Hora do Jogo Diagnóstica (HJD) para a formação aliança terapêutica e do vínculo necessário para o estabelecimento da confiança e o Procedimento Desenho-estória com Tema (PDE-T) que consistiu na investigação do tema específico da pandemia, com o comando “desenhe uma criança na escola durante a pandemia”, com intuito de compreender o entendimento da participante sobre a temática, dentro de sua lógica emocional (Aiello-Vaisberg, 2020). Na segunda sessão, para a avaliação da personalidade, foi aplicado o Teste de Apercepção Temática Infantil com figuras de animais (CAT-A), avaliado segundo referencial de Bellak e Bellak (1991). Todas as sessões com a participante foram realizadas em consultório particular.

A análise foi baseada na compreensão teórica da psicanálise Winnicottiana. A anamnese foi realizada conforme preconiza Silva & Bandeira (2016), buscando compreender o ambiente familiar da criança

colhendo dados do seu histórico de vida até os dias atuais. Para a Hora do Jogo Lúdica foi utilizado o roteiro de entrevista lúdica diagnóstica do referencial psicanalítico de Efron *et. al* (2009). Para o Procedimento Desenho Estória com Tema foi adaptado a grade da Tardivo de 1985, para análise psicanalítica do tipo compreensivo. O modelo da grade foi adaptado pelos autores com o objetivo de realizar a análise conforme a perspectiva relacional de Winnicott. No CAT-A, as narrativas foram analisadas conforme manual original do teste, compreendendo duas etapas: primeira, a interpretação das respostas individuais, das narrativas produzidas em cada cartão; e, segunda, a síntese global, com a junção interpretativa das respostas individuais (Bellak e Adams, 2010). Para padronizar a síntese analítica, escolheu-se itens que estão em consonância com a abordagem psicanalítica de Winnicott, a saber: autoimagem, integração do ego, ansiedade, concepção do ambiente, necessidades, mecanismos de defesa e interpretação diagnóstica.

Este estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas e foi aprovado com o parecer nº 5.223.481.

Resultados e Discussão

Síntese da Anamnese

A dinâmica familiar retratada pela mãe revela um afastamento afetivo entre as duas, ao mesmo tempo uma rivalidade inconsciente entre esta mãe e o pai da criança e sua avó materna. A mãe trabalhou bastante na pandemia indo para o interior do Amazonas, e de acordo com seu discurso, percebe-se que é ausente na vida cotidiana da filha. Houve tentativa dela em enaltecer a participante, como se deslocasse seu sentimento de culpa por não estar mais próxima.

Na pandemia, a mãe afirma que a participante apresentou comportamento ansioso: engordou pelas faltas de atividades, tinha demanda excessiva de tarefas escolares e apresentava medo de a mãe contrair o vírus, devido ela estar na linha de frente (a mãe contraiu o vírus, mas teve sintomas leves). Em 2021, ela emagreceu, pois de acordo com a mãe, ela cresceu e teve uma patinete para se exercitar.

Hora do Jogo

A análise psicanalítica permitiu identificar os seguintes tópicos:

- a) Escolha de brinquedos: de observação a distância, sem participação ativa. Não mostrou interesse inicial em brinquedos, passou período considerável com o *slaine* e se deteve até o final do tempo da atividade no bloco de montar. Também apresentou forma evitativa nas escolhas, houve falta de interesse em aproximar-se dos outros brinquedos e recursos lúdicos disponíveis pela sala;
- b) Modalidade das brincadeiras: rígida, sem utilização de recursos lúdicos diversificados;
- c) Personificação: superego rígido, preferindo atividades voltadas para o concreto;
- d) Motricidade adequada à etapa evolutiva de desenvolvimento;
- e) Criatividade: não teve criatividade com riqueza de detalhes, preferindo atividades voltadas para a concretude e construção objetiva. O uso de diversidade de cores também foi restrito, manifestando preferência em montar os dois prédios apenas com uma cor
- f) Tolerância à frustração: mostrou-se com pouco interesse na atividade proposta, mas aceita as instruções e limites. Brincadeiras voltadas para a concretude, manifestando afastamento do seu mundo interno e possibilidades de fantasiar;
- g) Capacidade Simbólica: baixa, com poucos recursos criativos. Porém apresenta grande capacidade intelectual e desenvolvimento cognitivo adequado;
- h) Adequação à realidade: adequada aceitação espaço temporal e em colocar-se em seu papel e aceitar o papel do outro.

A participante apresentou distanciamento da pesquisadora e dos brinquedos disponíveis na sala, manifestando pouco interesse. Não apresentou recursos criativos no ambiente, orientando-se apenas para aspectos concretos, com pouca ou nenhuma capacidade de fantasiar. Mantinha postura rígida e fala rebuscada, em uma tentativa de mostrar-se mais madura para sua idade.

Aplicação do PDE-T



Título do desenho: Uma criança estudando

História:

Quando estava na pandemia, eu não estava estudando na escola por conta do vírus. Ai eu ficava estudando em casa pelo meu tablet ou computador da mamãe. A gente fez prova, tarefas, aulas, tudo online. Ai quando as aulas começaram de novo uns dias de minha escola era presencial e outros dias era online. Ai quando era online a gente tinha que estudar em casa, tinha que usar aparelho da escola pra gente estudar; mas era uma sensação muito rápido pra mim eu não consegui viver tanto como tô vivendo esse ano porque eu já comecei a estudar no começo do ano, mas no outro não. No outro comecei a estudar só depois..e esse ano estou conseguindo fazer várias outras coisas.

De acordo com a análise da grade de Tardivo (1985) adaptada, podemos perceber o que se segue:

I - Atitudes básicas em relação ao ambiente: de dependência. Mostra necessidade de acolhimento/apoio afetivo diante do isolamento. Manifesta a necessidade de contato presencial com colegas e professores, retraimento, insegurança. Também apresenta identificação negativa, devido à dificuldade nas relações e com a imagem de si mesma (a participante não desenha figura humana), insegurança, desenho extremamente pequeno demonstrando inadequação à realidade, tensão.

II - Percepção do ambiente: privativo. A pandemia privou a participante das relações afetivas oferecidas pela escola (falha ambiental), o que a fez se sentir mais isolada, diante das aulas online. O desenho aparenta uma “prisão” com grades, o que pode ser percebido como algo que a tirou daquilo que precisava, fica presa, sem condições de sair

III - Relação com conflito: ansiogênica. A história, durante o inquérito, manifesta sentimentos de desamparo, medo e insegurança, o que a fez se comportar com um falso self que lhe trouxe tristeza. Além disso, há dificuldades de expressar seus afetos, o que a faz ficar “presa” no aspecto concreto, objetivo de sua vida; manifesta tensão e ansiedade no desenho

IV - Necessidades egóica e corporal: necessidades de holding. Manifesta tanto em seu desenho (pequeno) como na estória (tristeza, medo de ser quem ela e não ser aceita por isso, desamparo e insegurança) necessidades de apoio emocional, afeto, companhia para ajudá-la a lidar com suas emoções – que ao que tudo indica na escola ela tinha algo parecido e foi privada disso.

V - Impulsos: Agressivos. A participante manifesta agressividade “reprimida” ao tentar manter seu afeto embotado e comportamento voltado para a concretude (autocontrole)

VI - Ansiedades: ansiedades impensáveis/agonia (primitivas). A participante mostra-se como responsável por suas atitudes frente a si mesma, sabe que precisa estudar para não ficar atrasada, olha para si diante de suas falhas e sente-se reprimida quanto a isso. Mas pode apresentar ansiedades impensáveis frente ao pavor de perda do objeto se ela assume seu verdadeiro self. A angústia da perda do objeto é uma tentativa alucinatória de vencer a submissão ao objeto persecutório. Pobre orientação para a realidade, retraimento e isolamento. Pode haver negação fálica, fantasia/introversão e ansiedade

VII - Mecanismos de Defesa: repressão, regressão à dependência, racionalização isolamento.

Percebe-se que apesar do comando para desenhar uma criança na escola, a participante omitiu a figura humana e desenhou uma casa pequena, cheia de grades, apresentando problemas significativos quanto a sua identidade. Pode pressupor, ainda, conflitos no ambiente familiar e possivelmente a inacessibilidade a outros ambientes que necessita, a partir da percepção de que as grades representam prisão, isolamento e privação. Também pode ser percebido postura mais rígida e concreta ao lidar com a realidade, carecendo de recursos criativos. A participante também apresentou necessidade de apoio, de afeto e de holding para auxiliá-la a lidar com o ambiente ameaçador.

No CAT-A, as principais necessidades do herói relacionavam-se a temas como a autoimagem negativa, sentimentos de solidão e desvalia. Suas defesas são baseadas em conteúdos falso self, estereotipadas e sem aspectos voltados para as formas criativas de resolução de seus conflitos, como isolamento, repressão, projeção, ambivalência e formação reativa. Podemos perceber a formação reativa da participante a partir dos comportamentos de isolamento e o sentimento de solidão, na história contada pelo cartão 9:

Era uma vez, um coelho. Ele não queria que ninguém cobrisse ele. Mesmo quando ele fosse dormir no quarto tão vazio que fosse o quarto dele. Não importa quanto o vento bate na janela do quarto dele à noite. Não importa se ele tenha pesadelos. Ele nunca vai aceitar uma ajuda de alguém. Ele acha que é uma coisa, é uma coisa que ele não admira. Ele não admira chorar na frente de pessoas. Ele não admira que as pessoas vejam ele com medo. Porque não é uma coisa que ele acharia que era preciso para se tornar alguém forte. Porque esse coelho, ele amava alguém. E por ser forte, ele deixou esse alguém virar alguém mau. E ele acredita que a culpa é dele por ele não ter conseguido ser forte o suficiente para proteger sua pessoa que ele tanto amava de ser alguém mau. E por isso ele vai seguindo a jornada até se tornar alguém mais forte. Mas por isso ele vai precisar de alguém. E é por isso que. Todo mundo vai estar lá por ele, só ele que não sabe. Não ainda. Acabou.

No cartão 5, a participante revela sentimentos de autoimagem negativa, como se ninguém achasse que ela fosse merecedora de afeto e apoio emocional e como isso representa o temor da solidão:

Era Uma Vez, uma pessoa que nunca conseguia ficar sozinha pelo medo. Ela era um animal bem legal e aí ela sempre tinha que dormir com alguém. Por isso ela tinha um berço do lado e precisava de todo com ela. Porque se ela não tivesse ninguém com ela, ela se sentiria insegura. E o (temor? de que ninguém gostasse dela suficiente para entender que ela é ruim. E por isso é que todas as vezes antes de ter alguém com ela rezava ao céu 'pra que alguém gostasse dela.

É possível inferir que a participante possui sentimento de intensa privação ambiental e na tentativa de controlar a angústia vivenciada, manifesta formas reativas e não adaptativas de comportamento, como o comer compulsivo, e na forma de elaborar seus conteúdos, isolando-se cada vez mais e colocando-se como inferior, sem possibilidade de possuir gratificações para seu self. Como agravante, a criança não

consegue obter resolutividade na relação com o meio externo, já que o afastamento escolar a privou de outras possibilidades de relações.

Percebe o ambiente como privativo e ameaçador, incapaz de oferecer condições adaptativas para essa nova realidade. Esse entendimento vai ao encontro de outras pesquisas sobre os efeitos negativos da pandemia quanto a falta de apoio emocional dos pais afetam negativamente a autoimagem, o comportamento e os sentimentos de solidão infantil. É importante observar que as preocupações e vivências da família durante esse período foi uma das maiores contribuições para as alterações das relações da família com a criança. (Wahyuni et al, 2023).

Percebe-se que as experiências vivenciadas pela participante não deram sentido ao seu self, incapacitando-a de ser e agir de forma espontânea e criativa (Winnicott, 1971/2019). Esse entendimento pode ser visto na incapacidade do brincar da Hora do Jogo e apesar da capacidade de contar histórias, a criança não conseguiu elaborar suas angústias, o que também podemos inferir que seus relatos não foram baseados na espontaneidade e na criatividade em fantasiar resoluções conflitivas, focando em objetos concretos (Winnicott, 1958/1993).

O ambiente privativo e incapaz de auxiliar na sustentação das angústias e conflitos tem efeito traumático, pois não houve possibilidades de organização das defesas, há um estado confusional seguido por uma reorganização defensiva mais primitiva, regressa a um momento em que existiam defesas mais organizadas, ou seja, antes da ocorrência do trauma. Há paralisação no processo de continuidade do desenvolvimento psíquico, já que não há forças psíquicas suficientes para as elaborações psíquicas a serem realizadas no espaço potencial e este bloqueio interrompe a criatividade e espontaneidade no existir. (Fulgêncio, 2004). O ambiente privativo pode ser considerado tanto o seio familiar, a partir dos resultados encontrados no CAT-A, como no ambiente escolar, com os comportamentos percebidos pelos pais durante o isolamento e o PDE-T, que mostra as projeções da criança quanto ao afastamento escolar. Apesar de a criança ter continuado com o ensino durante o isolamento, a aprendizagem remota não foi capaz de prover o *holding*, e tal fato abre novos debates sobre os efeitos negativos (ou não positivos) do ensino *on-line* para o desenvolvimento emocional infantil.

Portanto, podemos compreender que a participante apresenta escassez de recursos de criatividade nas produções, o que pressupõe prejuízos na transicionalidade e sentimentos de inutilidade em seu am-

biente (Winnicott, 1958/1993). Apesar disso, a participante conseguiu contar as histórias no PDE-T e no CAT-A, o que denota algum grau de capacidade simbólica e criativa.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo indicam que a criança teve dificuldades de simbolizar, criar e brincar, manifestando sentimentos de desamparo e isolamento. A família não foi capaz de suprir as necessidades emocionais e de *holding*, o que a fez comportar-se de maneira reativa e com falsa autonomia, como forma defensiva ao ambiente privativo. O isolamento social ocasionou importantes mudanças na relação da criança com o ambiente, seja este social ou familiar. Tais mudanças indicam que os ambientes foram percebidos como inseguros e privativos, fator que impede a livre capacidade de fantasiar e conseqüentemente de criar. Também pode inferir que a participante apresenta poucos objetos bons internalizados necessários para subsidiar a elaboração dos conflitos vivenciados, manifestados pelo seu isolamento e incapacidade de lidar com suas angústias.

Assim como durante esse período as relações familiares e escolares foram intensamente modificadas, o período atual, pós-pandemia, pode indicar novos desafios para a criança e a família quanto o retorno ao normal, diante das já inseridas conseqüências emocionais que vivenciaram anteriormente.

É necessário, portanto, que sejam debatidas e realizadas propostas de suporte emocional e intervenções terapêuticas adequadas para que as crianças sejam capazes de adaptar-se em situações traumáticas, como foi a pandemia, e essas perspectivas devem ser atravessadas não somente no contexto familiar, mas na experiência cultural como um todo, já que o ambiente externo influencia significativamente na saúde emocional dos indivíduos. Também é preciso que haja maior debate quanto a futuras possibilidades de ensino de forma remota a crianças e de que forma isso pode afetar negativamente o seu desenvolvimento, considerando que esse modelo resulta em ambiente carente de relação com os pais, espaço lúdico para expressão criativa, falta de acompanhamento efetivo do ensino em si, já que pode haver dificuldades da família em realizá-lo, e as privações das ricas experiências culturais para seu relacionamento com o ambiente fora do seio familiar.

Assim, a teoria de Winnicott pode proporcionar grande contribuição no estudo de avaliação psicológica infantil a partir da análise dos recursos criativos utilizados pela infante ao submeter-se aos instrumentos projetivos. A criatividade nos jogos, brincadeiras, desenhos e narrativas proporcionam meios de identificar a riqueza simbólica necessária para elaboração de angústias e conflitos. Portanto, os métodos projetivos têm significativa aplicação no estudo da personalidade e da saúde psíquica dos sujeitos, pois permitem compreender o funcionamento do indivíduo de modo compreensivo e não diretivo.

Referências

Aquino, E. M. L. et al. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25 (Suppl.1), 2423-2446. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>

Aiello-Vaisberg, T. (2020). Investigação de representações sociais. In W. Trinca (Org.). *Formas lúdicas de investigação em psicologia: procedimento desenhos-estórias e procedimento de desenhos de família com estórias* (pp. 255-288). Vetor

Bellak, L. E Abrams, D. V. (2010). *CAT-A: Teste de apercepção infantil figuras de animais*. Adaptado à população brasileira por Adele de Miguel (et. al.). São Paulo: Vetor.

Bellak, L. E Bellak, S.S. (1991). *Manual do Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais*. Campinas: Editora de Livro Pleno. (Original publicado em 1949).

Brasil. Ministério da Saúde (2023). *COVID-19 no Brasil*. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Efron, A. M., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A. M. & Woscoboinik, P. (2009). A Hora do jogo diagnóstica. In: M. E. Arzeno, M. E. G. Ocampo, M. L. S. Piccolo, E. G. de. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. (11ª ed. pp. 207 – 237) WMF Martins Fontes.

Fiocruz (2022). *Covid-19 mata dois menores de 5 anos por dia no Bra-*

sil. Bel Levy (Org). Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-mata-dois-menores-de-5-anos-por-dia-no-brasil>

Fulgêncio, L. (2020). A importância do ambiente emocional, como subsídio para o trabalho de tomada de decisões no Judiciário. IN: Escola Jurídica da Magistratura. Winnicott: aportes da Psicanálise para apoio das decisões do Judiciário. *Cadernos Jurídicos*, São Paulo (ano 21, nº 56, p. 29-39, Outubro-Dezembro)

_____ (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Natureza humana*. São Paulo (6(2), 255-270).

Imran, N., Zeshan M., & Pervaiz, Z. Mental health considerations for children e adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pak J Med Sci*. 36 (COVID19-S4):COVID19-S67-S72, 2020. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>

Kumar, A.; Nayar, K. R. COVID 19 and Its Mental Health Consequences. *Journal of Mental Health*, v. 30, n. 1, p. 1–2, 2 jan. 2021. DOI: 10.1080/09638237.2020.1757052

Morais, R. A. de O., Amparo, D. M., & Brasil, K. C. T. (2017). Transicionalidade e espaço potencial na clínica psicanalítica winnicottiana com paciente falso self. In D. M. Amparo, E. R. Lazzarini, I. M. Silva, & L. Polejack (Eds). *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea* (3ª ed., pp. 89– 107). Technopolitik.

Silva, M.A., & Bandeira, D.R. (2016). A entrevista de anamnese. In C. S. Hutz, D. R. Trentini, & J. S. Krug (Eds.) *Psicodiagnóstico*, (pp. 92-119). Artmed.

Sousa, T. R., Pedroza, R. L. S. & Maciel, M. R. (2020). O brincar como experiência criativa na psicanálise com crianças. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(3), 269-276. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i3/5754>

Tardivo, L. S. L. P. C (1985). Normas para avaliação do Procedimento Desenho com Estórias numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade. *Dissertação de Mestrado*. Instituto de Psicologia da USP.

Wahyuni, E. N; Maksum, A., Efiyanty, A. Y; Baharuddin, B. & Muhyani, U. (2023). Children's Self-esteem Crisis During Indonesian Post-pandemic. In book: *Proceedings of the 4th Annual International Con-*

ference on Language, Literature and Media. (pp.547-561). https://doi.org/10.2991/978-2-38476-002-2_52

Weeland, Joice.;Keijsers, Loes.; Branje, Susan. Introduction to the Special Issue: Parenting and Family Dynamics in Times of the COVID-19 Pandemic. *Developmental Psychology.* <https://doi.org/10.31234/osf.io/835tm>

Winnicott, D.W (2019). *O brincar e a realidade.* São Paulo: Ubu Editora. (original publicado em 1971)

_____ (1993). *A família e o desenvolvimento humano.* São Paulo: Martins Fontes. (original publicado em 1958).

World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

ORGANIZADORES

Maria do Socorro Lacerda Gomes

Professora Associada da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Doutora em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) Campus Assis. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: mslgomes.ufrr@gmail.com

Paula Tavares Amorim

Mestra em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialista em Psicopatologia Clínica e em Avaliação Psicológica. Psicóloga no Tribunal de Justiça do Amazonas e na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: paulamor_im@hotmail.com

Marck de Souza Torres

Realizando Estágio Pós Doutoral no Programa de Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: marcktorres@ufam.edu.br

COLABORADORES

Adriana de Melo Lima

Psicanalista, Mestre em psicologia clínica e cultura pela UnB, Fundadora e diretora do Núcleo Psicanalítico de Manaus. Coordenadora do NPM~ bebês. Especialista em Perinatal e Parentalidade pelo Instituto GERAR/SP e em Medicina e Psicanálise de bebê de 0 a 3 anos/ FBUni Coordenadora do projeto Intervenção Psicanalítica de escuta e acolhimento de bebês prematuros e seus pais. Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sandor Ferenczi (GBPSF), Membro *da La cause des bébés*, do RIEPPI e da REDE-BEBE.

Alessandro Antonio Scaduto

Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da UFPR, na área de Avaliação Psicológica no contexto da Saúde. Filiado à Associação Brasileira de Rorschach e outros Métodos Projetivos (ASBRo), ao Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP) e ao Réseau international de recherche “Méthodes projectives et psychanalyse”. Membro do GT Métodos Projetivos (ANPEPP) desde 2018.

Altair José dos Santos

Doutor em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília - UNB. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás - UFG. Psicanalista. Diretor do Corpo Freudiano Escola de Psicanálise - seção Goiânia.

Bárbara Maureen Pena Bellei

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Roraima-UFRR, Pós-graduada em Psicologia Hospitalar, Pós-graduanda em Psicologia Clínica e Psicoterapeuta em Consultório Particular..

Beatriz Moraes Adler

Psicóloga formada pela UFRJ (2023). Tem experiências de estágio e extensão na atenção psicossocial e na clínica psicanalítica. Pesquisadora de temas como sofrimentos sociais, adolescentes e crianças. Coordenadora do Projeto “Tá na Roda: intervenções clínico-políticas em espaços educacionais” (UFRJ). Atualmente é psicóloga clínica e sua prática é orientada pela psicanálise.

Beatriz Pinheiro Machado Mazzolini:

Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia da Aprendizagem e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da USP. Estuda e pesquisa a Teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, com destaque para o conceito de manejo no mestrado e provisão ambiental no doutorado, e outros conceitos em sua prática como psicoterapeuta.

Bibiana Godoi Malgarim

Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica de Crianças e Adolescentes, Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Psiquiatria. Autora dos livros *Psicanálise e Resiliência* e dos livros infantis “O menino que grande queria ser pequeno” e “Miquim”.

Blenda Melo Picanço

Acadêmica em Psicologia - Faculdade Martha Falcão Wyden. Experiência como estagiária voluntária na MUPPA - Mãos Unidas pelo Autismo e na Policlínica Codajás atuando em saúde mental infantil. Atualmente em estágio acadêmico específico - Psicologia Hospitalar no Instituto da Mulher - Maternidade Dona Lindu e membro do projeto PIPBE (Pesquisa e Intervenção Psicanalítica com Bebês e seu Entorno).

Bruno Quintino de Oliveira

Psicólogo pela UFF; Especialista em Saúde Mental pelo programa de Residência Multiprofissional da UFJF. Mestre em Psicologia Clínica com ênfase em psicanálise pela PUC Rio. Doutorando em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. Professor no curso de Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA), Juiz de Fora, MG.

Carolina Oliveira de Souza

Psicóloga pela UNIGRAN, Dourados-MS. Especialista em Formação e Rompimento de Vínculo pelo Instituto de Psicologia Quatro Estações, São Paulo - SP. Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica, pela UCDB, Campo Grande – MS.

César Augusto Bridi Filho

Psicólogo, Psicanalista, Escritor, Especialista em Psicologia Clínico-Social (UFSM); Mestre em Educação (UFSM), Doutor em Ciên-

cia do Comportamento – Psiquiatria (UFRGS), Professor no Ensino Superior, Coordenador da Policlínica de Saúde Mental de Santa Maria/RS. Autor nos livros “Neurologia e Aprendizagem” e “Plasticidade Cerebral e Aprendizagem”, entre outros.

Clara Batista Nogueira

Psicóloga pela Universidade Federal do Amazonas. Experiência nas linhas de pesquisa Clínica Psicanalítica e Desenvolvimento Humano e Educação.

Ekelis Cris Pires Sales Pina

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Especialista em Avaliação Psicológica pela Associação Educacional do Vale do Itajaí Mirim. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados. Atuou no SUS, atualmente é psicóloga efetiva na assistência Social com experiência em violações de direitos. Atua também na psicologia clínica com crianças, adolescentes e adultos desde 2006.

Elaine Marinho Bastos

Psicóloga, psicanalista winnicottiana. Psicoterapeuta infantil há 10 anos, Professora universitária em cursos de Graduação e pós graduação em Psicologia. Especialista em Psicologia Infantil, saúde mental.

Enio de Souza Tavares

Professor da Faculdade de Psicologia - UFAM. Mestre em Psicologia - UFAM Coordenador do Laboratório de Psicanálise, Clínica e Criação - LAPCRI/UFAM

Érica Vidal Rotondano

A autora é Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Mestre em Educação e Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Professora do Colegiado de Pedagogia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Fabiane da Fontoura Messias de Melo

Professora da Universidade Federal do Acre (UFAC). Doutoranda

da em Direito (UNB). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Membro do Laboratório de Estudos e Pesquisas Feministas em Saúde Mental, Cultura e Psicanálise (UFAC). Membro IF/EPFCL- Brasil (Internacional dos Fóruns do Campo Lacaniano/ Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano) e membro do FCL-MS (Fórum do Campo Lacaniano do Mato Grosso do Sul).

Fernanda Cristina Dias

Psicóloga, psicanalista, especialista em Psicopatologia e Saúde Pública (USP), mestre e doutoranda no Programa de Pós-Graduação de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (IPUSP) e autora do livro *O feminino entre nós: um diálogo com Winnicott* (2022) pela Editora Blucher. Dedicou-se ao estudo da obra de Winnicott buscando sua atualização para a realidade brasileira do século XXI.

Hilza Maria de Aquino Nunes Ferri

Psicanalista. Psicóloga. Membro do Fórum do Campo Lacaniano do Mato Grosso do Sul e do Ágora Instituto Lacaniano. Graduada em Direito. Especialista em Psicopatologia e Psicanálise pela UNIGRAN-CG/MS e Mestre em Psicologia pela UCDB-CG/MS.

Iara de Moura Engracia Giraldi

Doutoranda em Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica na Universidade Federal do Paraná (UFPR). É especialista em Avaliação Psicológica e Psicologia Hospitalar pelo CFP, Mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2008-2011), tendo sido psicóloga da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMRP (2010-2017) e Psicóloga no CAPS Infantil III Boa Vista - Curitiba-PR (2018).

Isabella dos Santos Ribeiro

Psicóloga pela UFF e mestra em Psicologia Clínica pela PUC-Rio com ênfase em psicanálise, clínica e cultura.

Jaqueline Borges Vieira

Psicólogo CRP – 08/24412 – Mestre em Psicologia Clínica – UFPR – Laboratório de Psicanálise UFPR. Atua na clínica psicanalítica

e se dedica aos estudos sobre psicanálise, desenvolvendo pesquisas sobre os sonhos e seus desdobramentos clínicos.

Jocasta Costa de Paula.

Psicóloga, graduada em Psicologia pelo Centro Universitário da Grande Dourados. Especialista em Psicoterapia da Infância e da Adolescência pelo Instituto Sapiens- CG/MS e em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pela UCDB- CG/MS. Já foi servidora pública atuando no SUS e SUAS e desde 2011 atua na psicologia clínica: Psicoterapeuta de Orientação Psicanalítica no atendimento de crianças, adolescentes e adultos em Dourados/MS.

Lana Magna Sousa Braz

Psicóloga e Psicanalista membro do Corpo Freudiano Escola de Psicanálise - Seção Goiânia. Especialista em Diagnóstico e Tratamento dos Problemas do Desenvolvimento na Infância e Adolescência pelo Centro Lydia Coriat (2022). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás (2016).

Lia Dauber

Psicóloga (UNISINOS/RS), Mestre em Psicologia da Saúde e Comportamento Social (UCDB/MS), Especialista em Psicologia Clínica e Avaliação Psicológica (CRP-14) e Especialista em formação em Psicoterapia Psicanalítica com Ênfase no Pensamento de Winnicott, pelo Espaço Winnicott Brasília. Coordenadora Grupo de Estudos Encontro com Winnicott. Membro da Sociedade de Psicologia do RS-S-PRGS.

Lindcélia Cristina dos Santos

Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Docente na Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas do Vale do São Lourenço (EDUVALE), Jaciara/MT.

Luciane Martins

Graduada em Psicologia pela Universidade Luterana do Brasil - ULBRA e pós-graduada em Neuropsicologia pela Faculdade de Itaipuá-SP. Tem experiência como psicóloga voluntária no Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto e na Policlínica Codajás atuando em saúde men-

tal infantil. Atualmente é membro do projeto PIPBE (Pesquisa e Intervenção Psicanalítica com Bebês e seu Entorno) e atua como psicóloga clínica.

Luís Alberto Gustavo Niemies Jeremias

Psicólogo CRP - 08/25211 - Mestre em Psicologia Clínica – UFPR - Laboratório de Psicanálise UFPR. Integrante do Grupo Brasileiro do Pensamento de Donald W. Winnicott e do NEW - Núcleo de Estudos D. W. Winnicot em Curitiba. Atua na clínica psicanalítica e psicoterapia de orientação psicodinâmica, se dedica aos estudos e investigações na psicanálise, desenvolvendo pesquisas sobre a clínica contemporânea com foco no surgimento de novos sintomas.

Maria Vitória Campos Mamede Maia

Psicóloga, Mestre em Letras, Doutora em Psicologia Clínica com pós-doutorado em Design Pedagógico; Professora aposentada da Faculdade de Educação e Professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do grupo de pesquisa O lúdico no processo de ensino-aprendizagem – LUPEA. Membro do GT ANPEPP Psicanálise e Clínica Ampliada.

Melissa Ribeiro Teixeira

Graduada em Terapia Ocupacional pela PUC-Campinas (2002). Mestrado (2015) e Doutorado (2019) em Saúde Mental pelo IPUB/ UFRJ. Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (DPTO/ FM/ UFRJ). Membro do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPP-SAM/ IPUB/ UFRJ)..

Nadja Nara Barbosa Pinheiro

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica com pós-doutorado em Psicopatologia e Psicanálise (Paris VII). Professora Titular do Departamento de Psicologia (UFPR) atuando nos cursos de graduação e pós-graduação. Coordenadora do Laboratório de Psicanálise (DEPSI/ UFPR). Membro do GT ANPEPP Psicanálise e Clínica Ampliada. Editora-chefe da Revista Interação em Psicologia. (DEPSI/UFPR).

Narjara Macedo

Psicóloga clínica e escolar (UFRN). Pesquisadora do Laboratório em Políticas Públicas, Territorialidade e Diferenças (Universidade Federal do Cariri). Professora e supervisora de psicologia clínica e escolar no Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN). Coordenadora do Laboratório de Psicologia Escolar Educacional no Centro Universitário do RN (Lapee UniRN). Membro do Grupo Winnicott do Rio Grande do Norte (GWRN).

Pamela Alves Gil

Professora Associada do curso de Psicologia da Universidade Federal de Roraima, Pós-doutorado em Sociologia - PUC-MG (2016), Doutora em Psicologia – Université René Descartes, Paris V (1997), Mestre em Psicologia – Paris V (1990), Médica - UFMG (1985), Psicóloga – PUC-MG (1981).

Perla Klautau

Graduada em psicologia pela PUC-Rio. Mestrado (2002) e Doutorado (2007) em Psicologia Clínica na PUC-RIO. Pós-doutorado em Psicologia pela USP (2008-2011, Bolsista FAPESP) e em Psicologia Clínica pela PUC-Rio (2011-2014, Bolsista PADRJ/FAPERJ). Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da UFRJ e Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ.

Rosângela Miranda Aufiero

Psicóloga de orientação psicanalítica. Especialização em Psicopedagogia pela ULBRA/AM. Especialização em Saúde mental pela Fiocruz. Especialização em Medicina e Psicanálise de bebê de 0 a 3 anos/ FBUni. Trabalho na rede de saúde mental desde 1996. Trabalha com crianças na rede pública desde 2012 até o presente momento.

Roseane Farias da Silva Aleluia

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Mestra e doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco. Docente do Curso de Psicologia na Faculdade Estácio/FAL. Psicossomatista pela Associação de Medicina Psicossomo-

mática – ABMP. Clínica. Atualmente dedica-se ao estudo do Trauma em Ferenczi e da perspectiva da ética do cuidado na Psicanálise.

Samantha R. F. Lobo

Graduada em Psicologia pela Faculdade Martha Falcão Wyden. Tem experiência como psicóloga voluntária na Policlínica Codajás atuando em saúde mental infantil e como psicóloga plantonista no SAP-SS – Serviço de Apoio Psicológico aos Servidores e População, pela SES-AM. Atualmente é membro do projeto PIPBE (Pesquisa e Intervenção Psicanalítica com Bebês e seu Entorno) e atua como psicóloga hospitalar no Hospital Delphina Rinaldi Abdel Aziz, no ambulatório de transplante.

Silas Borges Monteiro

Professor Titular da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMT.

Thyago Ycaro Souza de Menezes

Psicólogo (CRP 17/6824). Percurso na Psicanálise. Membro do Grupo de Pesquisa Desmedicalização da Vida (UFF/UFJF) e do Laboratório de Psicologia Escolar e Educacional (LAPEE/UNI-RN).



**Maria do Socorro Lacerda
Gomes**

Doutora em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP-Campus Assis. É Professora Associada da Universidade Federal de Roraima-UFRR. Possui experiência em Psicologia Hospitalar e Psicologia Clínica. Atua nas temáticas: psicanálise, psicanálise vincular e de casal, psicoterapia familiar e tanatologia.



Paula Tavares Amorin

Psicóloga. Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Especialista em Psicopatologia Clínica e em Avaliação Psicológica. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Contextos Clínicos e Avalia-

tivos do Laboratório de Pesquisa em Saúde e Sociedade na Amazônia (LAPSAM) - UFAM/CNPq. Psicóloga no Tribunal de Justiça do Amazonas e na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus



Mark de Souza Torres

Psicólogo pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professor da Graduação e do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Líder do Grupo de Pesquisa em Contextos Clínicos e Avaliativos (GPeCCA) UFAM/CNPq.

A psicanálise, da criança ao idoso, sustenta-se em referenciais teóricos que abarcam as várias fases do desenvolvimento. No entanto, não se pode desconhecer que há no trabalho com crianças uma especificidade que torna esta prática clínica mais complexa. A infância é o tempo/lugar dos primeiros encontros, das descobertas, do inusitado. Muitos podem ser os substantivos ou adjetivos utilizados para ilustrar a infância, porém, nenhum será suficientemente completo, mas pode ser suficientemente bom, como a mãe winnicottiana.

Organizar um livro como tarefa de um pós-doutoramento e com a ousadia de reunir psicanalistas e psicólogos de todas as regiões do Brasil foi um desafio complexo e extremamente gratificante, pois vivemos em um tempo de paradoxos, que vão da rapidez e facilidade nas comunicações e acesso direto a tudo e a todos ao receio do envolvimento afetivo ou da simples parceria, que parece inibir a construção dos vínculos. Não é fácil confiar em quem não se conhece. E eis que a prefaciadora e os autores dos capítulos confiaram seus textos para a construção deste livro.

Uma obra elaborada por psicanalistas e psicólogos de orientação psicanalítica num país da extensão continental como o Brasil expõe a rica diversidade do nosso povo e das nossas infâncias. Por outro lado, certifica que embora de uma região para outra possam haver diferenças culturais, uma coisa se mantém: a delicadeza da criança.

Este livro objetiva alcançar a criança que sobrevive em cada um. Que a marca do encontro entre os organizadores, a prefaciadora e os autores dos capítulos possa produzir sentimentos que influenciem novos encontros e parcerias, para que possamos tecer teias de relações e construir uma psicanálise e uma psicanálise infantil que ultrapasse as fronteiras das nossas regiões reais e simbólicas.

ALEXA
CULTURAL



EDUA
EDITORA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO AMAZONAS

ABEU
Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

ISBN - 978-85-6467-345-1

