



PUC-SP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PUC-SP

Larissa Garcia Ponce

**Estratégias e desafios do atendimento psicoterápico com
crianças institucionalizadas- um estudo a partir da teoria de D.W.**

Winnicott

Doutorado em Psicologia Clínica

São Paulo

2018



PUC-SP

Larissa Garcia Ponce

**Estratégias e desafios do atendimento psicoterápico com
crianças institucionalizadas- um estudo a partir da teoria de D.W.**

Winnicott

Doutorado em Psicologia Clínica

**Tese apresentada à Banca Examinadora da
Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo, como exigência parcial para
obtenção do título de DOUTORA em
Psicologia Clínica, sob a orientação do Dr.
Alfredo Naffah Neto.**

São Paulo

2018

Banca Examinadora

Este trabalho foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, mediante concessão de bolsa de Doutorado, processo número 140053/2015-8.



Dedico este trabalho aos pacientes institucionalizados atendidos, com meus sinceros votos de que encontrem mais alegrias no decorrer de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me agraciado com o dom da resiliência, tão necessário para que eu pudesse prosseguir mesmo em meio a tantas dificuldades.

Aos meus pais Marli e Luiz, por me apoiarem sempre em tudo o que foi necessário. Obrigada pelo amor, dedicação e encorajamento. Vocês são o alicerce da minha jornada, sossego da minha angústia e alegria dos meus dias. Ao meu irmão Luiz Fernando, agradeço pela parceria na infância e por todas as lembranças felizes que guardo com carinho. Essas vivências não me deixam esquecer da criança que fui e da adulta brincante que preciso continuar a ser.

A meus tios, tias, primos e primas, por todo o carinho e auxílio ao longo de toda minha trajetória.

Ao meu amor Brunno, por me amar como sou e por acreditar em mim quando eu mesma não pude. Eu te amo, meu parceiro de vida! Obrigada por compartilhar comigo cada momento.

A todos os meus amigos, “conselheiros de assuntos urgentes e banais”, sou grata pela presença, acolhimento e afeto, tão essenciais para que eu continuasse frente às situações mais adversas. Meu agradecimento especial às amigas Maíra, Gina, Diana, Ana Carolina e Milena, que seguem ao meu lado ano após ano, mesmo separadas por quilômetros distância. À Anna Gabriela, meu agradecimento especial pelas inúmeras vezes que me acolheu em sua casa em São Paulo, e me ofereceu muito mais que um lugar aconchegante para passar a noite.

A todos os meus colegas de pós-graduação, especialmente à Jaqueline, Luciana, Denise, Ana Paula e ao Luiz Fernando e John. Agradeço pela companhia, pela escuta e por compartilhar conhecimentos e experiências.

Ao Dr. Alfredo Naffah Neto, a quem considero um dos mais proeminentes estudiosos da teoria de D. W. Winnicott, agradeço pela orientação da tese e pela oportunidade de aprender contigo.

À Dra. Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro, a quem sempre serei grata, por seu modo de *ser e fazer* nos mais diversos âmbitos da minha vida. Como professora e supervisora foi a responsável por me apresentar a teoria winnicottiana, e contribuir para que confiasse no meu potencial como psicoterapeuta e docente. Queria que soubesse que nossa parceria vai muito além da coautoria em artigos e capítulos de livros. Obrigada por tocar minha alma com sensibilidade e ser o *holding* que me faz retornar ao equilíbrio.

Ao Dr. Claudinei Affonso, agradeço pelas críticas construtivas e sugestões pertinentes a este trabalho, tecidas com muito respeito e carinho no momento da qualificação e da defesa.

À Dra. Márcia Silva, pelas contribuições valiosas acerca das temáticas da institucionalização e adoção e pela presença na banca de defesa.

À Dra. Ana Cristina Marzolla, pela disponibilidade para participar da banca de defesa.

À Mestra Valéria Dias Jorge e Maria de Lourdes Longhini Trevisani, agradeço a criteriosa revisão gramatical e ortográfica para a qualificação e a defesa respectivamente.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, pela avaliação e parecer favorável ao projeto de pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pela bolsa que tornou viável a realização deste trabalho.

Existem, no entanto, muitas variedades de psicoterapia, que deveriam depender não dos pontos de vista do terapeuta, mas das necessidades do paciente ou do caso. Quando possível, aconselhamos psicanálise. Quando não for possível, ou houver argumentos contra, então pode-se criar uma modificação adequada (WINNICOTT, 1961/1999, p.93).

SUMÁRIO

RESUMO	11
ABSTRACT	12
LISTA DE SIGLAS	13
APRESENTAÇÃO	14
1 DIMENSÕES NORMATIVAS	16
1.1 Definições e estatísticas sobre o abrigo de crianças e adolescentes no Brasil	16
1.2 O documento regulamentador dos Serviços de Acolhimento de crianças e adolescentes	18
2 DIMENSÕES PSICANALÍTICAS	28
2.1 A Teoria do Amadurecimento Emocional de Winnicott	28
2.2 A psicoterapia winnicottianamente orientada	38
2.3 O conceito de manejo na obra winnicottiana	46
2.4 A análise de crianças institucionalizadas e a necessidade do manejo clínico diferenciado	56

3 OBJETIVO E ASPECTOS METODOLÓGICOS	63
3.1 Instrumentos de pesquisa	65
3.2 Aspectos gerais dos atendimentos	68
3.2.1 Caracterização da instituição de Abrigo dos pacientes/participantes	68
3.2.2 Entrevista de seleção dos pacientes/participantes e coleta de informações com a equipe técnica da instituição	71
3.2.3 Local de realização dos atendimentos	72
3.2.4 Descrição da sala de ludoterapia, objetos e brinquedos de uso comum	73
3.2.5 Brinquedos individuais de cada paciente/participante	73
3.2.6 Contrato terapêutico	74
4 ESTUDOS DE CASO	76
4.1 Denis	76
4.1.1 Início da psicoterapia e a expressão de suas necessidades	77
4.1.2 O trabalho terapêutico com Denis	80
4.1.3 O desacolhimento de Denis e a interrupção da psicoterapia	92

4.2 Alana	94
4.2.1 Início da psicoterapia e a expressão de suas necessidades	95
4.2.2 O trabalho terapêutico com Alana	102
4.2.3 O desacolhimento de Alana e a interrupção da psicoterapia	110
4.3 Emely	111
4.3.1 Início da psicoterapia e a expressão de suas necessidades	112
4.3.2 O trabalho terapêutico com Emely	116
4.3.3 O desacolhimento de Emely e a interrupção da psicoterapia	124
4.4 Vinícius	127
4.4.1 Início da psicoterapia e a expressão de suas necessidades	128
4.4.2 O trabalho terapêutico com Vinícius	131
4.4.3 O desacolhimento de Vinícius e a interrupção da psicoterapia	145
4.5 Eloísa	148
4.5.1 Início da psicoterapia e a expressão das suas necessidades	149
4.5.2 O trabalho terapêutico com Eloísa	151
4.5.3 Entrevista com candidatos a pais de Eloísa e seu irmão	191
4.5.4 O encerramento do processo psicoterápico de Eloísa	195

5	DESAFIOS NO ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO DE CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS	198
6	ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS DE MANEJO CLÍNICO DIFERENCIADO COM OS PACIENTES/PARTICIPANTES	211
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	218
	REFERÊNCIAS	226
	ANEXOS	242

PONCE, Larissa Garcia *Estratégias e desafios do atendimento psicoterápico com crianças institucionalizadas – um estudo a partir da teoria de D. W. Winnicott*. 2017. 244 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. Orientador: Dr. Alfredo Naffah Neto. São Paulo, 2017.

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo investigar, por meio de estudos de caso clínico, as estratégias e desafios encontrados no atendimento psicoterápico de cinco crianças acolhidas em um Abrigo Institucional do interior do Estado de São Paulo. Os relatos das sessões foram analisados com base na psicanálise, com maior ênfase nas contribuições de D. W. Winnicott. Dois aspectos foram examinados com atenção especial: o manejo clínico estabelecido e a evolução da psicoterapia em cada história. Os instrumentos utilizados para conhecer e interpretar os dados foram: história de vida e de abrigamento dos pacientes/participantes, presentes na ficha cadastral da instituição, e o material clínico proveniente da psicoterapia lúdica. Em quatro dos cinco casos, o tempo de psicoterapia foi curto (cinco a dez sessões) por ter ocorrido a interrupção abrupta dos processos psicoterápicos. No único caso com maior duração (trinta sessões), houve a possibilidade do desligamento terapêutico ser realizado progressivamente. No que se refere aos resultados dos atendimentos, uma paciente não apresentou conquistas significativas; os outros demonstraram se beneficiar do processo psicoterápico e exibiram melhora dos sintomas ou descongelamento do amadurecimento emocional. Elencou-se o papel de cada ação de manejo clínico diferenciado no *setting*, e algumas delas, serviram como estratégias de enfrentamento de alguns dos desafios que se interpuseram. Evidenciou-se, além destas ações, a importância do manejo promovido pelo ambiente social aos abrigados e, para que isto seja garantido, espera-se tanto da instituição de acolhimento quanto do Poder Judiciário que se comprometam a proteger as crianças de futuros traumas, especialmente daqueles que poderiam ser evitados com análises mais criteriosas e realistas das circunstâncias familiares em cada caso. Por fim, assinalou-se a necessidade de implementar serviços de psicoterapia nos Abrigos em todo país, além de programas de atendimento psicológico àqueles que retornam ao lar após o abrigamento. Tal proposição se corrobora pela evidente importância do espaço de escuta, acolhida e sustentação psicológica para a retomada do amadurecimento pessoal de pessoas profundamente traumatizadas, como postulado por Winnicott, além de colaborar ativamente na construção de uma sociedade saudável e, portanto, mais preparada para cuidar de suas crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Psicanálise. Winnicott. Psicoterapia infantil. Manejo clínico diferenciado. Crianças institucionalizadas.

PONCE, Larissa Garcia *Strategies and challenges of psychotherapeutic care with institutionalized children - a study based on D. Winnicott's theory.*2017. 244f. Thesis (Doctorate) - Graduate Program in Clinical Psychology, at Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. Advisor: Dr. Alfredo Naffah Neto. São Paulo, 2017.

ABSTRACT

This study aimed to investigate, through clinical case studies, the strategies and challenges found in the psychotherapeutic care of five children sheltered in an Institutional Shelter in a country town of São Paulo State. The reports of these sessions were analyzed based on psychoanalysis, with a greater emphasis on the contributions of D. Winnicott. Two aspects were examined with special attention: the established clinical management and the evolution of psychotherapy in each history. The instruments used to find and read these data were: life and sheltering history of the patients/participants, presented in the registration form of the institution, and clinical material from playful psychotherapy. In four of the five cases, the time of psychotherapy was short (five to ten sessions), due to an abrupt interruption of the psychotherapeutic processes. In the only case with a longer duration (thirty sessions), there was the possibility of a therapeutic withdrawal performed progressively. Regarding the treatment results, one patient did not show significant achievements; the others demonstrated benefits from the psychotherapeutic process and exhibited improvement in symptoms or thawing of emotional maturation. The role of each action of differentiated clinical management in the *setting* was listed and some of them served as coping strategies of some of the challenges that were interposed. In addition to these actions, the importance of the management promoted by the social environment to shelters was evidenced. In order for this to be guaranteed, both the sheltering institution and the Judiciary are expected to commit themselves to protect children from future trauma, especially those which could be avoided by a more judicious and realistic analysis of the family circumstances in each case. Finally, it was pointed out the need to implement psychotherapy services in Shelters throughout the country, as well as psychological care programs for those who return home after sheltering. This proposition is corroborated by the obvious importance of a listening, receiving and psychological support space for the recovery of personal maturation of deeply traumatized people, as postulated by Winnicott, in addition to actively collaborating in the construction of a healthy society and, therefore, more prepared to care for their children and adolescents

Key-words: Psychoanalysis. Winnicott. Child psychotherapy. Differentiated clinical management. Institutionalized children.

LISTA DE SIGLAS

CNAS- Conselho Nacional de Assistência Social

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

DISOC- Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

NOB-RH/SUAS – *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS*

NOB/SUAS – *Norma Operacional Básica do SUAS*

ONU- *Organização das Nações Unidas*

PNAS – *Política Nacional de Assistência Social*

SAC – Serviços de Ação Continuada

SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos

SGD – Sistema de Garantia de Direitos

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde da Família

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa de doutorado é decorrente de um conjunto de questões transversais suscitadas durante o Mestrado a respeito do trabalho realizado com as cuidadoras de crianças e adolescentes institucionalizados. Ao refletir sobre a realidade dos indivíduos em acolhimento institucional, emergiram algumas interrogações sobre os cuidados em saúde mental que deveriam ser garantidos aos abrigados, ao menos pelo tempo que estão separados do convívio familiar.

Dentre as indagações mais inquietantes, apresentam-se as seguintes: É oferecido um espaço psicoterapêutico individual apropriado a todas as crianças institucionalizadas para que elas possam lidar com o sofrimento que vivenciaram? Quais são os limites e possibilidades do atendimento psicoterápico a esta população? O manejo de *setting* deve ser adaptado para este tipo de clientela, considerando os recorrentes e intensos traumas que as marcam? De que maneira a psicoterapia com manejo clínico diferenciado pode auxiliar na elaboração psíquica dos abrigados sobre os conteúdos relacionados à sua história de vida, institucionalização e afastamento familiar?

Aguiar *et al.* (2007) apontam que grande parcela das crianças e adolescentes que chegam às instituições apresenta condições físicas e ou psíquicas precárias, as quais dificultam a vinculação com o novo espaço e as pessoas. Outros trabalhos evidenciam que crianças institucionalizadas exibem um comprometimento emocional perceptível. Dell'Aglio e Hutz (2004) revelam achados como problemas de depressão e dificuldades escolares em crianças abrigadas em Porto Alegre. Segundo Almeida e Motta (2004), indivíduos em desenvolvimento que sofreram o impacto do abandono, negligência e violência têm que elaborar o luto de tudo o que foi perdido, sendo grande as chances de apresentarem problemas de desconfiança e autoestima rebaixada, dificuldade no estabelecimento de novos vínculos e alterações fisiológicas em seu apetite e sono, além de retraimento, comportamento antissocial, dentre outros.

Se estas e tantas outras pesquisas demonstram o sofrimento psíquico destas crianças, porque tantos institucionalizados ainda se encontram sem acompanhamento psicológico?

Considerando a carência de psicoterapeutas no SUS e a atuação de profissionais que prestam seus serviços gratuitamente, tomou corpo a ideia de prestar atendimento psicoterápico a crianças de um Abrigo Institucional no interior do Estado de São Paulo. A esta oferta de atendimento, todavia, foi acrescido o interesse pelo desenvolvimento de uma pesquisa: de que se construíssem estudos de caso com os relatos das sessões com o intuito de investigar as principais estratégias e desafios envolvidos no processo psicoterápico destes pacientes/participantes.

Delineada a temática central deste estudo, na primeira seção sistematizam-se alguns dados sobre a situação da institucionalização no país e são explicitados os parâmetros normativos pelos quais o abrigamento deve se orientar.

Na segunda seção, apresentam-se as dimensões psicanalíticas que nortearam a tese. Alguns conceitos da obra de D. W. Winnicott estão descritos nesta parte. Dentre eles, a teoria do Amadurecimento Emocional e as peculiaridades da psicoterapia pautada nas contribuições do autor, seguidas pela exposição da noção de manejo e sua necessidade no tratamento de crianças institucionalizadas.

Na terceira, constam o objetivo e os aspectos metodológicos da pesquisa. Os aspectos ali detalhados apresentam os instrumentos de pesquisa, a entrevista de seleção dos pacientes e coleta de informações sobre os casos, caracterização da instituição onde residiam os pacientes/participantes, assim como os aspectos gerais do atendimento, local e descrição das salas e dos brinquedos e aspectos do contrato terapêutico.

Na quarta seção, é feito um relato dos cinco casos atendidos, os quais descrevem a história de vida/abrigamento das crianças, o início e evolução da psicoterapia e a interrupção ou encerramento do processo terapêutico, com as devidas reflexões sobre as conquistas decorrentes do atendimento para cada um dos pacientes/participantes.

Na quinta e sexta seções são elencadas as estratégias de manejo clínico diferenciadas e os desafios enfrentados no atendimento de todos os pacientes/participantes.

Nas considerações finais, constam as últimas elaborações entendidas como relevantes da pesquisa. Por fim, seguem as referências bibliográficas e os anexos utilizados no trabalho.

1 DIMENSÕES NORMATIVAS

1.1 Definições e estatísticas sobre o abrigamento de crianças e adolescentes no Brasil

No Brasil, as origens do acolhimento de crianças e adolescentes para fins de proteção e resguardo de direitos tem início no período colonial. Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foi assegurada a esta faixa etária da população a ampliação de suas possibilidades como sujeitos de direito e alvo de medidas de proteção. O encaminhamento para o serviço de acolhimento, deste modo, passou a ser considerado como medida protetiva, de caráter excepcional e provisório, em casos de fragilização de vínculos familiares, por questões de violência e de outras violações de direitos que pudessem expor o indivíduo vulnerável a riscos pessoais, psicossociais ou ameaça de morte. Esta providência é tomada apenas quando estão esgotadas as possibilidades de permanência na família de origem, extensa ou comunidade (BRASIL, 1990/2002, Art. 101). Uma ressalva importante contida na lei é a de que pobreza ou vulnerabilidade socioeconômica, por si só, não constitui motivo suficiente para o afastamento do convívio da família (BRASIL, 1990/2002, Art. 23). A fim de assegurar a excepcionalidade do afastamento da família, nas situações em que houver violência infligida por um membro familiar que resida na mesma casa que a criança ou adolescente, é possível solicitar ao juiz o afastamento do agressor da moradia comum, segundo o Art. 130 (BRASIL, 1990/2002).

Quando o abrigamento é a única saída, o procedimento padrão é a abertura de um processo judicial, que tem como exigência que a criança ou o adolescente seja afastado (provisoriamente ou não) da convivência familiar. A guarda do menor é temporariamente transferida ao dirigente do serviço de acolhimento para quem o indivíduo será encaminhado (GULASSA, 2006/2010).

Quando uma instituição se propõe a oferecer este tipo de serviço, deve se inscrever no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e no Conselho Municipal de Assistência Social para fins de fiscalização, controle social e de qualidade, conforme previsto nos artigos 90 e 92 do ECA (BRASIL, 1990/2002).

O Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede de

Serviços de Ação Continuada (SAC) apurou, em 2003, que existem aproximadamente 20.000 crianças e adolescentes vivendo nas 584 instituições pesquisadas em todo o Brasil (IPEA/DISOC, 2003). Em estudo de revisão bibliográfica, Pereira e Kiss (2007) constataram em um estudo de revisão bibliográfica que o número de crianças e adolescentes abrigados aumentou para cerca de 80 mil nos últimos anos.

Diante do crescimento no número de crianças institucionalizadas, fomentou-se ainda mais o debate sobre a institucionalização, que culminou em uma mobilização nacional para a discussão acerca do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. O Ministro Chefe da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e o Ministro de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), com a contribuição do Fundo da Nações Unidas para a Infância (UNICEF), convocaram outros Ministérios e órgãos públicos para a instauração de uma Comissão Intersectorial para a elaboração do *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Houve participação também da sociedade civil que apresentou sugestões via consulta pública (CNAS/CONANDA, 2009).

Em 2004, paralelamente a esta medida, foi sancionada pelo Conselho Nacional de Assistência Social a *Política Nacional de Assistência Social (PNAS)*, com a finalidade de consolidar direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Assistência Social de 1993. A função da PNAS é organizar a matriz de funcionamento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), implantando no país um novo modelo de defesa dos direitos socioassistenciais. Dando prosseguimento a este conjunto de determinações, a aprovação da *Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS)* instituiu parâmetros para a operacionalização do Sistema Único em todo o território brasileiro. Em 2006, foi aprovada a *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH)* do SUAS que, dentre outros aspectos, organizou os parâmetros nacionais para a composição das equipes necessárias nos serviços de acolhimento (CNAS /CONANDA, 2009).

O SUAS, como sistema, implica na articulação da rede socioassistencial com as outras políticas públicas e com o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e dimensiona a família como o centro das atenções e ações. São previstos serviços de caráter

preventivo, que fortaleçam vínculos familiares e comunitários, oferecendo atendimento especializado a indivíduos e famílias em vulnerabilidade, com ameaça ou violação de direitos e serviços de acolhimento para crianças e adolescentes (CNAS/CONANDA, 2009).

A reordenação dos serviços de acolhimento desafia a implementação do SUAS, uma vez que tem por objetivo eliminar práticas não condizentes com os marcos regulatórios em vigência. A fim de alcançar esse intuito, foi promulgado, em 2009, o documento *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes* para fornecer orientações metodológicas com o objetivo de auxiliar os serviços de acolhimento de crianças e adolescentes a cumprir a função primordial de proteção e restabelecimento de direitos, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários e desenvolvendo potencialidades dos usuários, bem como o empoderamento de suas famílias (CNAS/CONANDA, 2009).

A seguir, será exposto, de maneira pormenorizada, o documento citado acima, com os principais parâmetros para o acolhimento institucional. A apresentação desta norma norteia a compreensão dos principais direitos da criança e do adolescente acolhido e o tipo de ambiente que deve ser oferecido a eles dentro da instituição¹. Diretrizes e procedimentos para o acompanhamento familiar e o desabrigamento, nos casos em que sejam viáveis, serão contemplados no próximo item. Considerando o desajuste entre o previsto em lei e o que ocorre na realidade peculiar das instituições e em cada caso, é necessário que se conheçam os aspectos previstos nestas *Orientações* para que se esclareça de que maneira este descompasso se interpõe como desafios no atendimento de sua clientela, um dos objetivos desta pesquisa.

1.2 O documento regulamentador dos *Serviços de Acolhimento de crianças e adolescentes*

A aprovação de Resolução conjunta pelo CNAS/COMANDA (2009), *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes*, teve como finalidade

¹ O termo legal para designar a modalidade de serviço de acolhimento onde estão abrigados os pacientes/participantes da pesquisa é Abrigo Institucional, ou Casa de Acolhimento.

regulamentar, no território nacional, a organização e oferecimento de Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes na esfera da política de Assistência Social. O objetivo desta promulgação foi estabelecer orientações metodológicas e diretrizes nacionais que contribuíssem para que o atendimento excepcional no serviço de acolhimento fosse temporário, porém restaurador. Sua elaboração é resultado de diversas reflexões promovidas em fóruns regionais, nacionais e internacionais, dentre elas nas Conferências Estaduais e Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, realizadas em 2007, e nas reuniões do Grupo de Trabalho Nacional Pró-Convivência Familiar e Comunitária (CNAS/CONANDA, 2009).

A fim de organizar os diversos serviços de acolhimento no país, este documento teve o intuito de abrir espaço para adequações à realidade e à cultura do local, regulamentar ações sem diminuir a qualidade dos serviços já ofertados e permitir arranjos distintos, os quais representem maior qualidade no atendimento. As diretrizes contidas nas *Orientações Técnicas* se reportam às crianças e aos adolescentes que se encontram em medida protetiva de abrigo², além de ditarem parâmetros para o estabelecimento de Repúblicas dedicadas ao atendimento de jovens que alcançaram a maioria dentro da instituição de acolhimento e ainda necessitam de apoio no período de transição para uma vida independente (CNAS/CONANDA, 2009).

De início, a normativa destaca alguns princípios descritos como fundamentais e norteadores dos serviços de acolhimento. A **excepcionalidade do afastamento do convívio familiar** é o primeiro deles, e objetiva garantir que os esforços se voltem para sustentar a convivência com a família (nuclear ou extensa, em seus diversos arranjos) e assegurar que a retirada do convívio familiar só ocorra nas situações que colocam em risco a integridade física e/ou psíquica da criança ou adolescente. O texto, neste trecho do documento, sugere que é necessário garantir à família o acesso à rede de serviços públicos, a fim de potencializar as condições de oferecimento à criança ou ao adolescente um ambiente seguro de convivência antes do afastamento ser concretizado. Reafirma-se ainda que, de acordo com o Art. 23 do ECA, a carência de recursos materiais por si só não é motivo suficiente para afastar a criança ou o adolescente do

² O documento supracitado não contempla as instituições que atendem às medidas socioeducativas de internação em estabelecimento educacional (ECA, Art. 112), bem como não inclui estabelecimentos destinados à Educação Infantil regidos pela Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

convívio familiar, encaminhá-los para serviços de acolhimento ou, ainda, fator que coloque obstáculo à sua reintegração ao lar. Nestes casos, o convívio familiar deve ser conservado e a família, obrigatoriamente, incluída em programas oficiais ou comunitários de apoio de transferência de renda e demais medidas previstas no Art. 101 do ECA. Propõe-se, neste trecho do documento, como se deve proceder nos casos em que a habitação familiar for precária e quais as alternativas possíveis nos casos em que há membros da família com deficiência, doenças infectocontagiosas, transtorno mental ou outros agravos (CNAS/CONANDA, 2009).

A **provisoriade do afastamento do convívio familiar** é citada como o segundo princípio. Quando a retirada do convívio for considerada a medida mais apropriada para garantir a proteção da criança ou adolescente, deve-se primar pelo retorno seguro ao lar em menor tempo possível, prioritariamente na família de origem³ e, excepcionalmente, em família substituta (adoção, guarda e tutela) de acordo com o 2º Capítulo III, Seção III do ECA. Todas as ações da equipe devem confluir para que a reintegração familiar (nuclear ou extensa, em seus diversos arranjos) seja realizada em um período inferior a dois anos, em casos de impossibilidade, realiza-se o encaminhamento para família substituta (CNAS/CONANDA, 2009). Quando este prazo for excedido, deve-se elaborar uma avaliação criteriosa dos diversos órgãos responsáveis pelo caso sobre a razão pela qual se faz necessária a institucionalização prolongada⁴. Nas situações em que há dificuldade de recolocação familiar por meio de adoção, a iniciativa dos profissionais envolvidos deve ser a de fortalecer a autonomia das redes sociais de apoio das crianças e adolescentes que aguardam ser adotados, sempre persistindo no desenvolvimento de estratégias de busca ativa de famílias que os acolham.

³ Família com a qual a criança e/ou adolescente morava no momento da intervenção dos operadores ou operadoras sociais ou do direito. Refere-se tanto à família nuclear, composta por pai e/ou mãe e filhos, ou extensa (uma família que se estende para além da unidade pais/filhos e/ou da unidade do casal), estando ou não dentro da mesma residência, incluindo irmãos, meios-irmãos, avós, tios e primos de diversos graus (CNAS/CONANDA, 2009).

⁴ Quando o prognóstico de permanência da criança e do adolescente no serviço de acolhimento for de mais de dois anos, é necessário o encaminhamento de um relatório à Justiça da Infância e da Juventude baseado no acompanhamento da situação pelo serviço de acolhimento e de outros serviços da rede que também prestem atendimento à criança, ao adolescente e à sua família. Tal relatório será imprescindível para subsidiar a avaliação, por parte da Justiça, para traçar a melhor alternativa para a criança ou adolescente, seja para dar continuidade aos esforços para o retorno ao convívio familiar, seja para o encaminhamento à família substituta (CNAS/CONANDA, 2009).

O terceiro princípio proposto consiste na **preservação e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários**. O texto regulamentador relembra que estes vínculos são essenciais para que o indivíduo se desenvolva de maneira saudável, favorecendo a construção de “[...] sua identidade e sua constituição como sujeito e cidadão” (CNAS/CONANDA, 2009, p. 20). As visitas e encontros com familiares e pessoas da comunidade devem ser incentivados, salvo quando esta situação for contrária ao seu desejo ou interesse, ou apresentar risco de violência.

A **garantia de acesso e respeito à diversidade e não discriminação** constitui o quarto princípio norteador do documento.

Devem ser combatidas quaisquer formas de discriminação às crianças e aos adolescentes atendidos em serviços de acolhimento e às famílias de origem, baseadas em condição socioeconômica, arranjo familiar, etnia, religião, gênero, orientação sexual, ou, ainda, por serem pessoas com necessidades especiais em decorrência de deficiência física ou mental, que vivem com HIV/AIDS ou outras necessidades específicas de saúde (CNAS/CONANDA, 2009, p. 20-21).

Este trecho da norma assegura que toda criança e adolescente em situação de abrigo têm direito a receber um atendimento inclusivo, com estratégias específicas e acompanhamento profissional especializado. A articulação prevista entre a política de saúde, de educação, esporte e cultura deve garantir o atendimento na rede local e acesso a serviços especializados (tratamento e medicamentos, dentre outros) e a capacitação e auxílio aos educadores/cuidadores e demais profissionais do serviço de acolhimento. Para combater qualquer tipo de discriminação, os profissionais devem pensar em estratégias de salvaguarda da diversidade cultural, viabilizando o acesso e valorização das raízes e cultura de origem das crianças e dos adolescentes atendidos, bem como de suas famílias e comunidades (CNAS/CONANDA, 2009).

A seção é finalizada lembrando aos operadores da lei que a presença de deficiência ou de necessidades específicas de saúde não deve determinar o encaminhamento para serviço de acolhimento ou, ainda, prorrogar desnecessariamente a permanência da criança ou do adolescente nestes serviços (CNAS/CONANDA, 2009).

O quinto princípio diz respeito à **oferta de atendimento personalizado e individualizado**. Neste sentido, um atendimento de qualidade deve oferecer um ambiente que beneficie seu processo de desenvolvimento promovendo “segurança,

apoio, proteção e cuidado” (p. 21). Para cumprir esta meta, deve-se garantir que o local de acolhimento tenha um pequeno número de abrigados, de modo a possibilitar que se mantenham a intimidade e a privacidade de cada indivíduo, bem como objetos pessoais, fotos e informações sobre a história de vida das crianças e adolescentes institucionalizados (CNAS/CONANDA, 2009).

A **liberdade de crença e religião** é um direito que deve ser preservado, e este é o sexto princípio que aparece no documento. O texto deixa claro: “Nenhuma criança ou adolescente deverá ser incentivado ou persuadido a mudar sua orientação religiosa enquanto estiver sob cuidados” em serviço de acolhimento (ONU 2006, p.24). Além do respeito, a instituição deve prover meios para que o indivíduo satisfaça suas necessidades religiosas, possibilitando o acesso a estas atividades. A norma ainda assegura o direito de não participação nas atividades àqueles que se recusarem.

A seguir, o próximo princípio citado é o de **respeito à autonomia da criança, do adolescente e do jovem**. Isto significa que os acolhidos devem ter sua opinião ouvida e considerada no que se refere às decisões sobre ele próprio: tanto naquelas que contemplam sua participação ou não em atividades da comunidade, quanto em situações que podem afetar seu desenvolvimento, história de vida e desligamento do serviço de acolhimento. Espera-se que um bom ambiente de acolhimento possa fortalecer gradualmente a autonomia do institucionalizado à medida que o indivíduo que lá está adquire habilidades e pode assumir responsabilidades. Os redatores do documento alertam que esta prerrogativa não deve ser confundida com falta de limites e desrespeito às autoridades (CNAS/CONANDA, 2009).

A fim de certificar que o acolhimento seja a medida mais adequada para o indivíduo em desenvolvimento, as *Orientações Técnicas* recomendam que seja realizado um **estudo diagnóstico** do caso, a fim de fundamentar a decisão de afastar a criança ou adolescente do convívio familiar. Este deve ser efetuado por uma equipe interprofissional⁵ do órgão responsável pela aplicação da medida, ou por equipe formalmente indicada para esta finalidade. Este estudo contará com a supervisão e articulação com Conselho Tutelar, Justiça da Infância e da Juventude e equipe de referência do órgão gestor da Assistência Social. Há a possibilidade de solicitar, se

⁵ A equipe é formada por psicólogo e assistente social.

necessário, uma avaliação por parte de outros serviços da rede, tal como a Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente e de serviços de saúde (CNAS/CONANDA, 2009).

O conteúdo do estudo deve incluir uma avaliação dos riscos e das condições dos familiares para superação das violações de direitos e a retomada do oferecimento de proteção e cuidados. É necessário que contenha a devida fundamentação teórica, levando-a em consideração para decidir a proteção e a segurança imediata da criança ou adolescente, e quais são suas perspectivas de cuidado e desenvolvimento a longo prazo. Os elementos essenciais que devem ser incluídos neste parecer são: constelação familiar; história e dinâmica de relacionamento entre seus integrantes; valores e crenças da família; demandas e estratégias empreendidas para o enfrentamento de situações adversas; e, circunstâncias de vulnerabilidade e risco às quais está sujeito o grupo familiar.

A escuta qualificada dos membros da família, pessoas da comunidade, escola e profissionais envolvidos com seu atendimento e, inclusive, da criança ou adolescente em questão consiste na parte fundamental do processo. É preciso assinalar ainda que, se a situação de risco derivar exclusivamente do contexto social, histórico e econômico de vida da família, deve-se fornecer apoio, orientação e acesso às diversas políticas públicas a fim de diminuir os riscos e permitir que o convívio familiar não seja suspenso. Antes de cogitar o acolhimento institucional, faz-se imprescindível verificar se não há, na família extensa ou na comunidade, alguém que tenha condições e aceite receber este indivíduo, responsabilizando-se por seus cuidados (CNAS/CONANDA, 2009).

A elaboração de um **Plano de Atendimento Individual e Familiar** é requerida como ação da equipe responsável logo que a criança ou adolescente ingressa na instituição. Juntamente com o quadro de funcionários formado pelos profissionais da Assistência Social, no qual devem estar elencados os objetivos, estratégias e ações que serão desenvolvidas visando traçar táticas de superação das razões que motivaram o afastamento familiar, além de planejar como se processará o atendimento das necessidades peculiares de cada caso. A fim de orientar as ações interventivas durante o período de institucionalização, o *Plano* deve conter: a) as razões que motivaram o acolhimento e se já foi abrigado naquele ou em outro local; b) constelação e dinâmica da família, laços afetivos na família nuclear e extensa, momento do ciclo de vida familiar,

dificuldades e potencialidades da família ao exercer seu papel; c) situação socioeconômica familiar e se tem acesso a todos os recursos, informações e serviços das políticas públicas existentes; d) demandas da criança, do adolescente e de sua família que necessitem encaminhamentos imediatos especializados para a rede (sofrimento psíquico, abuso ou dependência de álcool e outras drogas, etc.), bem como potencialidades a serem desenvolvidas; e) organizações e pessoas com as quais o indivíduo e sua família cultivam relações sociais (pessoas significativas na comunidade, colegas, grupos de pertencimento, atividades comunitárias coletivas que frequentam, como escola, estabelecimentos religiosos, etc.); f) violência e outras formas de infração de direitos na família, seus significados e provável transgeracionalidade⁶; g) significados da separação da convivência familiar e acolhimento institucional para a criança, o adolescente e a família (CNAS/CONANDA, 2009).

O **acompanhamento da família de origem** é outra estratégia requerida pelas *Orientações Técnicas* e se mostra fundamental, uma vez que o prolongamento da separação familiar pode provocar o enfraquecimento do vínculo e dificuldades na reintegração da família, aumentando a possibilidade de adoção caso o retorno ao lar não aconteça de maneira satisfatória. Iniciar o acompanhamento imediatamente após a chegada da criança ou adolescente é indispensável para que se faça uma análise da real necessidade do acolhimento em menor tempo possível. A família poderá recorrer judicialmente sobre o afastamento e pleitear, junto à Justiça, por intermédio de advogado nomeado ou Defensor Público, a reintegração da criança ou adolescente, de acordo com o Art. 141 do ECA (CNAS/CONANDA, 2009).

O acompanhamento da situação familiar⁷ tem por objetivo concluir: se crianças e adolescentes continuam acolhidos exclusivamente pela situação de pobreza de suas famílias (se assim for, é preciso traçar estratégias para seu regresso ao convívio familiar); se há crianças e adolescentes, ou membros da família, com direito, mas sem acesso ao Benefício de Prestação Continuada⁸; quais são as crianças e adolescentes sem

⁶ Designa a passagem de uma geração a outra, os modos de lidar com as crises, não dependendo somente do recurso da família nuclear, “[...] mas também dos legados familiares, isto é, a forma como as outras gerações solucionaram as mesmas crises” (PENSO; COSTA, 2008).

⁷ As técnicas utilizadas neste acompanhamento encontram-se nas *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes* (CNAS/CONANDA, 2009, p. 32-33).

⁸ Nestes casos, deve-se encaminhar para o CRAS, ou órgão gestor responsável, para seu cadastramento no Benefício e investir nas possibilidades de reintegração na família.

probabilidade de reintegração ao convívio da família nuclear ou extensa (circunstância que demanda encaminhamento imediato à Justiça para realizar o Cadastramento de Adoção e a Destituição do Poder Familiar) (CNAS/CONANDA, 2009).

É indispensável que sejam firmados convênios entre o serviço de acolhimento, a equipe de supervisão e apoio aos serviços de acolhimento (vinculada ao órgão gestor da Assistência Social), a equipe técnica do Poder Judiciário e os demais serviços da rede das diversas políticas públicas, inclusive os não governamentais, com o propósito de propiciar a articulação das ações de acompanhamento à família, marcando reuniões periódicas para discussão dos casos (CNAS/CONANDA, 2009).

Relatórios periódicos devem ser encaminhados para a Justiça da Infância e da Juventude, de modo a embasar e auxiliar o acompanhamento da situação jurídico-familiar de cada criança/adolescente, instrumentalizando a avaliação por parte da Justiça a respeito da possibilidade de reintegração familiar ou o encaminhamento para família substituta, especialmente nos casos em que o prognóstico de permanência da criança e do adolescente no serviço de acolhimento for superior a dois anos. Devem ser contempladas tanto questões objetivas quanto subjetivas no trabalho com a família, oferecendo-lhe suporte no processo de reintegração e prevenindo que novos afastamentos ocorram (CNAS/CONANDA, 2009).

Um dos principais eixos avaliativos do regresso ou não à família de origem deve ser o tempo de permanência no serviço de acolhimento, pensando na medida mais adequada ao interesse da criança e do adolescente. A permanência prolongada e o rompimento definitivo com a família de origem trazem prejuízos ao desenvolvimento da criança e do adolescente, portanto, há que se considerar a idade e o sentido da privação do convívio familiar antes de fornecer um parecer (CNAS/CONANDA, 2009).

Nos casos em que o acompanhamento familiar indicar a possibilidade de regresso ao convívio da família nuclear ou extensa, prima-se pela formulação de estratégias para viabilizar a reintegração e o retorno seguro da criança ou adolescente à sua família. Este é o papel da equipe técnica do serviço de acolhimento, juntamente com os profissionais responsáveis pela supervisão dos serviços de acolhimento da equipe interprofissional da Justiça da Infância e da Juventude (CNAS/CONANDA, 2009).

As opiniões da criança e do adolescente devem ser ouvidas, assim como as de suas famílias, cuidadores/educadores e famílias acolhedoras. Deve-se observar: as reações da criança, do adolescente e da família ao afastamento e ao acolhimento no serviço; de que forma se estabelece a vinculação afetiva e o grau de motivação mútua dos envolvidos pelo prosseguimento da relação de afeto e retomada do convívio; se há mudanças nos padrões de relacionamento entre os membros da família e desta com a comunidade e instituições sociais (CNAS/CONANDA, 2009).

Diante da decisão favorável à saída do acolhimento e o retorno ao lar, é recomendada que se realize uma preparação para o regresso, de forma a incluir, gradativamente, a família na vida da criança e do adolescente, rerepresentar responsabilidades parentais para que possam retomar o cumprimento destas pouco a pouco. A participação familiar em eventos escolares, em consultas médicas e datas comemorativas, assim como as visitas nos fins de semana e feriados são formas de reaver os laços progressivamente (CNAS/CONANDA, 2009).

No contexto de impossibilidade de retorno à família (nuclear ou extensa), a equipe técnica do serviço de acolhimento precisa formular e enviar à autoridade judiciária um relatório que descreva a situação familiar da criança ou adolescente. Explicitar quais intervenções foram realizadas para favorecer a reintegração familiar, os resultados infrutíferos dos esforços para embasar a proposta de Destituição do Poder Familiar e a admissão da criança ou adolescente no cadastro para adoção (CNAS/CONANDA, 2009).

A fim de assegurar o provimento integral de direitos e garantias às crianças e aos adolescentes acolhidos, consta nas *Orientações Técnicas* que haja uma **articulação entre Sistema Único de Assistência Social – SUAS, o Sistema Único de Saúde – SUS e o Sistema Educacional**⁹ a fim de garantir que as intervenções realizadas junto às crianças e aos adolescentes acolhidos e suas famílias sejam efetivas, facilitando a complementaridade das ações e evitando sobreposições. O intuito desta articulação é proporcionar o planejamento e o desenvolvimento de um conjunto de estratégias interventivas, tendo cada instância seu papel definido, orientado por uma finalidade comum (CNAS/CONANDA, 2009).

⁹ Os detalhes de como ocorre esta articulação encontram-se nas *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes* (CNAS/CONANDA, 2009, p. 38-43).

Os pormenores do **desligamento gradativo** da instituição também estão apresentados no documento. Tanto nos casos de reintegração à família de origem quanto nos de encaminhamento para família substituta, o serviço de acolhimento deve ter tempo para preparar adequadamente a criança/adolescente, dando oportunidade para que se despeça do ambiente, dos colegas, dos educadores/cuidadores e dos demais profissionais da instituição. É interessante proporcionar ao institucionalizado um espaço para a conversa sobre as expectativas e inseguranças quanto ao retorno ao convívio familiar, e a saudade que pode vir a sentir do ambiente e das pessoas do serviço de acolhimento. Espera-se uma articulação eficiente com a Justiça para garantir um planejamento do desligamento, sem provocar separações abruptas e, sempre que possível, permitir o contato posterior da criança e do adolescente com os que estiveram presentes durante sua acolhida (CNAS/CONANDA, 2009).

Os parâmetros práticos de organização dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes são abordados na seção três, definem os diferentes serviços de acolhimento (Abrigos Institucionais; Casas-Lares; Famílias Acolhedoras e Repúblicas) e podem ser consultados nas *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes* a partir da página 69 até a 77 (CNAS/CONANDA, 2009).

A seguir, serão apresentados alguns conceitos principais da teoria de D. W. Winnicott, norteadores tanto do atendimento psicoterápico realizado com os pacientes/participantes quanto das reflexões contidas neste trabalho.

2 DIMENSÕES PSICANALÍTICAS

A experiência de separação da família na infância e adolescência foi e ainda é alvo de constantes investigações por parte da psicanálise. Os efeitos devastadores desta vivência no indivíduo em desenvolvimento foram explorados por diversos autores da psicanálise¹⁰. Apesar das divergências teóricas e reformulações propostas por estudiosos contemporâneos, é unânime a posição de que os cuidados iniciais na vida do ser humano são estruturantes para seu desenvolvimento posterior. Quando o vínculo com a mãe (ou cuidador primário) é interrompido, pode haver prejuízos no desenvolvimento intelectual, social, físico e afetivo, bem como na instauração e conservação dos laços sociais com seu núcleo familiar e comunidade (CAVALCANTE; COSTA SILVA; MAGALHÃES, 2010).

2.1 A Teoria do Amadurecimento Emocional de Winnicott

Donald Woods Winnicott, psicanalista inglês, foi convocado a ser Consultor Psiquiátrico no Plano de Evacuação do Governo de Londres na época da Segunda Guerra Mundial. No intuito de oferecer soluções para acolher as crianças evacuadas de seus lares, observou o impacto da separação familiar para os meninos e meninas acolhidos.

Em sua teoria sobre o processo de amadurecimento emocional humano, ele comprometeu-se a verificar a importância da função de maternagem no decorrer do desenvolvimento orgânico e psíquico do indivíduo. Sua preocupação consistiu em elencar as consequências da falta de figuras parentais ao longo da trajetória maturacional das crianças.

O autor parte do pressuposto que todo ser humano tem uma tendência inata para a integração e que o amadurecimento se inicia desde cedo e deve ocorrer sem lacunas excessivas de provisão ambiental. Se estas, porventura, acontecerem, há a possibilidade

¹⁰ Os pressupostos teóricos abordados neste trecho correspondem a algumas ideias tratadas na dissertação de mestrado desenvolvida pela autora do presente estudo: *Um olhar winnicottiano sobre o imaginário coletivo das mães sociais acerca do cuidado infantil na situação de abrigamento* (PONCE, 2013) e também no livro *Mães sociais e cuidado infantil institucionalizado: um estudo sobre o imaginário coletivo à luz da teoria de D. W. Winnicott* (PONCE, 2015).

de doença. A saúde, em contrapartida, significa que o desenvolvimento progrediu no seu ritmo próprio e se completou, atingindo o que se poderia esperar na perspectiva evolutiva (WINNICOTT, 1962/1982c).

Para que o bebê alcance a integração, as condições do ambiente devem se adequar às suas necessidades. O primeiro ambiente deste pequeno ser é a mãe – ou seu substituto, e a forma como se estabelece o relacionamento desta dupla auxilia ou atrapalha o livre decurso do amadurecimento emocional e biológico da criança (WINNICOTT, 1969/1994h).

O conceito de ambiente se estende também ao pai, aos irmãos e ao restante da família, bem como à sociedade e ao mundo que rodeiam este novo ser. Neste primeiro período, a criança necessita do ambiente familiar para sobreviver, sendo esta etapa denominada por Winnicott como “fase de dependência absoluta” (WINNICOTT, 1967/1975a).

Empenhado em analisar sobretudo a relação entre mãe e filho, Winnicott (1949/1996a) observou e descreveu o fenômeno que ocorre com a mulher no decorrer da gestação, nascimento e primeiros dias de seu filho, um estado especial denominado **preocupação materna primária**. Ela mergulha em tamanha sensibilidade e identificação com seu filho a ponto de intuir sobre suas necessidades, voltando sua atenção completamente para estes acontecimentos, colocando quaisquer outros em segundo plano. Nesse momento de dedicação total, a nova mãe necessita do apoio do companheiro ou de pessoas em quem confie para que se ocupem das exigências da realidade.

O bebê recém-nascido depende inteiramente do que é concedido pelo ambiente-mãe, dependência que se estende até aproximadamente os seis meses de idade. Neste início, fica à mercê de sensações que ainda não consegue nomear, já que não distingue o mundo externo de si-mesmo. Ao desfrutar dos cuidados de alguém que exerça a função de mãe suficientemente boa, a criança adquire gradualmente a integração e segue rumo à **fase de independência** que, para o autor, é sempre relativa (WINNICOTT, 1962/1982c).

Quatro tarefas iniciais devem ser cumpridas pela criança para que se dirija à integração. São elas: temporalização, espacialização, personalização e realização¹¹. O ambiente facilitador é imprescindível para que o bebê consiga realizá-las de maneira bem-sucedida. Na perspectiva winnicottiana, tais conquistas nunca serão finalizadas por completo, uma vez que é possível que o indivíduo oscile e retorne a etapas anteriores de integração para, posteriormente, conseguir prosseguir ainda mais no amadurecimento (WINNICOTT, 1956/2000h).

A mãe suficientemente boa desempenha o papel de ambiente facilitador, e, por meio de seus cuidados, proporciona ao filho: o **holding**, o **handling** e a **apresentação de objetos** (WINNICOTT, 1949/1996a). A sustentação física e emocional do bebê se dá pelo *holding*, que compreende a rotina completa de cuidados, que protege a criança das invasões fisiológicas e psicológicas. Caso o desenvolvimento aconteça adequadamente, esta sustentação também é experienciada na forma de tranquilidade e regularidade ambiental oferecida pela mãe. Na ausência de um *holding* apropriado, o pequeno ser humano se depara com um sofrimento extremo, definido pelo autor como agonias impensáveis¹². A criança é tomada por uma sensação de despedaçamento e sente estar caindo em um buraco sem fundo devido à impressão de não ser segurada e protegida confiavelmente.

O *handling* consiste na manipulação do bebê durante o cuidado. Esta função visa promover o bem-estar físico do pequeno ser, e viabiliza a união da vida psíquica ao corpo, formando a unidade psicossomática. Se a mãe segura o filho de forma tranquila, com firmeza, identificada com seu pequeno, o bebê experiencia a segurança, pode relaxar e voltar ao estado não integrado, próprio desta fase (WINNICOTT, 1969/1994h).

A terceira função materna, a de apresentação de objetos diz respeito ao início da relação do bebê com os objetos do mundo externo. Compete à mãe, como agente adaptativo, apresentar o mundo em doses pequenas, oferecendo ao filho a experiência

¹¹ Estes conceitos serão apresentados no decorrer da seção.

¹² Acontecem nas fases iniciais quando não há um *self* integrado para sustentar o mundo subjetivo. Segundo Winnicott (1963/1994a), as agonias impensáveis levam o indivíduo ao “sofrimento máximo” por ter que construir defesas para que não as viva novamente. A natureza destas agonias depende do estágio de amadurecimento emocional em que se situa a criança. As defesas que ocorrem podem ser: um retorno ao estado não integrado; ser necessário se auto sustentar porque sente que pode “cair para sempre”; perda da união psicossomática (e como estratégia de autoproteção inicia a despersonalização); deformação do sentido de realidade e retorno ao narcisismo primário; e, por último, um déficit na capacidade de se relacionar com os objetos, culminando em estados autistas.

de onipotência¹³ e estabelecendo o alicerce adequado para que, a seu tempo, entre em acordo com o princípio da realidade (WINNICOTT, 1967/1994f). Como referido acima, a “integração” no tempo e no espaço revela um progresso significativo no processo de amadurecimento emocional. No início, a integração limita-se a breves momentos, com origem nos “estados de não integração”, disparados por fatores internos e externos. Tensões instintuais, que aglutinam o *self*¹⁴ como um todo, são os elementos internos que permitem que esta integração ocorra. Externamente, os cuidados ambientais, especialmente os de *holding*, auxiliam o bebê a não se sentir desintegrado constantemente e conferem à criança alguma sensação de unidade, ainda que temporária (WINNICOTT, 1954/1990a).

No princípio, a noção de tempo corresponde à própria continuidade de ser do bebê, e está associada à presença da mãe. O estado de ser tem origem nesta presença. A criança guarda em si esta sensação e, apesar de ainda não ter recursos para percebê-la, experimenta seus efeitos formando uma memória de presença. Invasa por tensões instintuais, e sem a resposta rápida e solícita da mãe, essa memória pode desaparecer com facilidade nos primeiros meses de vida. Quando o tempo que o indivíduo pode tolerar é excedido, ele fica aflito. A demora da mãe pode apagar o sentimento de presença expondo o indivíduo a uma sensação de aniquilamento, uma agonia impensável (WINNICOTT, 1954/1990a).

Pela convivência com a mãe, o bebê se depara com os movimentos e pulsações dela, tais como as oscilações da respiração e as batidas cardíacas. A percepção dos acontecimentos corporais maternos e dos seus próprios inaugura e organiza o sentido de temporalidade da criança. Ruídos e cheiros também podem ser marcadores temporais se sobrevierem com regularidade. O tempo subjetivo vai assim se apresentando à criança conforme estes eventos ocorrem (WINNICOTT, 1954a/1990a).

¹³ A onipotência tem origem na ilusão que o bebê tem de que criou o mundo. Há um paradoxo aqui, à medida em que, nessa fase inicial, o bebê cria o objeto; o objeto já está lá. Esse paradoxo deve ser aceito e não resolvido (WINNICOTT, 1960/1982b).

¹⁴ *Self*, no sentido winnicottiano, diz respeito ao sentimento de ser subjetivo e é composto por todos os aspectos da personalidade que constituem o eu. Origina-se como um potencial no recém-nascido, graças à promoção de um ambiente suficientemente bom. O *self* total é constatado pela capacidade de sentir-se real, bem como pela discriminação entre o eu e o mundo externo, que se estabelece no estágio de concernimento (ABRAM, 2000).

Nos momentos em que tensões instintivas o assaltam, o bebê age no ambiente para satisfazer suas necessidades, apesar de ainda não saber o que é satisfação e nem de que maneira ela acontece. Ao gesto nascido de um estado de repouso, Winnicott batizou de “gesto espontâneo” (WINNICOTT, 1945/2000a).

No início da vida, a criança oscila entre um estado de isolamento e o contato com a mãe, percebida nesta fase como uma extensão de seu próprio corpo. Instigado por um impulso, realiza um **gesto espontâneo** no ambiente a fim de satisfazer suas necessidades. Sua **continuidade de ser** é resguardada se houver adaptação ambiental às suas necessidades e se o mundo for encontrado pela criança de maneira favorável. Se este modo de encontrar o mundo prevalecer e ocorrer repetidamente, torna-se um “padrão de relacionamento” (WINNICOTT, 1990a).

Os estados em que o bebê se retira para o isolamento são designados por Winnicott (1990a) de “estados tranquilos”. Aqueles em que a criança é assaltada pela tensão instintual recebem o nome de “estados excitados”. A pessoa transita entre os dois estados no decorrer vida, e a oscilação de um estado a outro está relacionada à forma como encontrou o ambiente nos estágios iniciais do desenvolvimento, e se sofreu ou não sucessivas invasões naquela ocasião.

Durante os **estados tranquilos**, o bebê entra em contato com seu mundo subjetivo. Encaminha-se a este estado para poder relaxar e se dedicar à contemplação de sua fisiologia e à do ambiente. Enquanto isso, a mãe permanece vigilante para que nada prejudique este isolamento, resguardando o ambiente e evitando invasões externas, controlando ruídos, luminosidade e temperatura. A repetição desta experiência é indispensável para que o indivíduo compreenda que o mundo permanece vivo quando ele se retira para o relaxamento, podendo regressar para encontrá-lo se necessitar. Quando ocorrida repetidas vezes, esta vivência embasa a conquista da **capacidade de estar só**¹⁵ (WINNICOTT, 1958/1982a).

Nos **estados excitados**, as tensões instintuais se exprimem pela motilidade. Nestas situações, a vitalidade infantil desponta e permite que o bebê faça contato com o

¹⁵ Winnicott, ao escrever sobre este conceito, define-o como um paradoxo. Quando está no isolamento, o bebê não está sozinho, mas, na presença de outro, da mãe. Esse estado tem origem no eu sou, e ocorre quando o bebê adquire a consciência da existência continuada da mãe confiável, e pode ter prazer em estar sozinho por um período limitado de tempo. É uma expressão de saúde (WINNICOTT, 1958/1982a).

mundo externo. Das primeiras vivências excitatórias, têm origem as primeiras experiências de integração, oriundas de estados não integrados (WINNICOTT, 1945/2000a).

Diante da tensão instintual infantil, a mãe deve apresentar o mundo objetivo em pequenas doses de modo que seu bebê possa suportar. É desta forma que se desenvolve a capacidade de confiar da criança. Para que isto ocorra, é imprescindível que haja regularidade, monotonia e um ambiente sem intrusões de forma a preservar a continuidade de ser da criança (WINNICOTT, 1949/1996a).

Se o ambiente apresentar falhas, a criança se vê obrigada a reagir à intrusão. Um sistema de defesas erige-se e toma o ambiente do *self*, que se mantém alerta às possíveis invasões que venham atormentá-lo. Rompe-se a continuidade de ser do bebê, a qual só se recupera quando retorna aos estados isolados. Caso as intrusões se tornem frequentes, funda-se um padrão de relacionamento com um efeito desastroso: o bebê começa a se isolar demasiadamente para proteger seu *self* verdadeiro. Eis o que acontece: por não serem espontâneas, as vivências de invasão não fazem parte do processo vital do indivíduo e, conseqüentemente, não são sentidas como reais e não podem ser processadas como experiência (WINNICOTT, 1990a).

Nesta temporada do desenvolvimento, ainda não existe a integração da figura materna para o bebê. Não é possível, neste período maturacional, que a criança reconheça na mãe suas duas funções distintas: nos estados tranquilos e nos estados excitados. A integração das duas figuras maternas ocorrerá apenas no estágio do concernimento¹⁶ (WINNICOTT, 1954/2000c).

É imprescindível expor aqui outro processo importante no decorrer do amadurecimento emocional do ser humano: **os fenômenos transicionais**.

A relação de afeto investida pelas crianças para com objetos – brinquedos, travesseiros, fraldinhas, etc. – pode auxiliar o indivíduo em desenvolvimento a se separar gradativamente da mãe, transitando do mundo subjetivo para o mundo objetivo, graças ao espaço potencial situado entre eles. Por estes objetos não se adaptarem plenamente às demandas infantis, a criança ameniza sua ansiedade por meio de sua manipulação.

¹⁶ Ou “estágio da preocupação”, como definido por Abram (2000), ocorre após a integração do indivíduo, quando o bebê começa a se preocupar com os efeitos de seu amor e ódio implacáveis dirigidos à sua mãe. Os detalhes deste estágio serão explicados de maneira mais pormenorizada nas próximas páginas.

No período em que começa a notar que há um mundo separado dela, um eu e um não-eu, faz uso do objeto transicional e, em virtude da peculiaridade destes objetos, pode prosseguir gradualmente da fase de dependência absoluta para a relativa, pela via da desilusão que vai destruindo a onipotência infantil (WINNICOTT, 1990b).

O **espaço potencial** diz respeito à distância que vai se instalando entre mãe e criança. Esta área é o local da brincadeira e da simbolização e se estabelece mediante a confiabilidade. Os fenômenos que acontecem ali não estão situados no mundo externo ou no mundo subjetivo, mas na intersecção entre um e outro (WINNICOTT, 1968/1975c).

Não devem ocorrer, no entanto, falhas ambientais significativas, tal como a falta da mãe por um tempo maior do que a criança possa aguentar, visto que tais falhas trazem implicações à saúde do mundo subjetivo e impede que o bebê atue na transicionalidade. O impacto desta falha pode repercutir na capacidade de simbolização, na perda de significado dos fenômenos transicionais e trazer danos a toda a área intermediária, além do prejuízo nos contatos afetivos, na criatividade e na vinculação cultural (DIAS, 1998).

Se a mãe ou o cuidador proporciona ao indivíduo condições para que ele crie aquilo que descobre, contribui para que tenha um viver criativo capaz de brincar e usufruir da experiência cultural em um momento posterior do desenvolvimento. O gosto pela arte e a religiosidade são desenvolvidos neste espaço e permite que a pessoa descanse da eterna tarefa de discriminar a fantasia da realidade (WINNICOTT, 1967/1975a).

A fase de dependência relativa da mãe ou do cuidador ocorre por volta dos seis meses aos dois anos aproximadamente. Nesta fase, a noção de realidade externa começa a se delinear. Aprimoram-se a capacidade de espacialização e temporalização. A personalização se dá pela união psicossomática que advém pela gradativa consciência de que é um ser separado da mãe. Conforme o indivíduo segue rumo à integração, forma-se um conjunto de memórias fragmentadas, transformando-se em um depósito de experiências. Como resultado destes processos, a noção de passado e presente vai se sedimentando, e a criança começa a responder melhor ante as frustrações provenientes de falhas maternas, as quais, nesta época, são indispensáveis para a humanização do indivíduo em desenvolvimento (WINNICOTT, 1954/1990a).

A compreensão dos acontecimentos fisiológicos de seu corpo se dá por meio da imaginação. Winnicott denominou “elaboração imaginativa” o processo no qual é “o corpo

vivo capaz de se mover, entrar em repouso, expirar, ficar tenso, mamar, digerir, evacuar, ter coordenação motora, tônus muscular, ficar excitado, ereto, andar e assim por diante” para tornar-se soma (LOPARIC, 2000, p.364).

Quando a criança atinge a fase de dependência relativa sem vivenciar lacunas de provisão ambiental desestruturantes, ela segue rumo ao estágio do concernimento. Alcançar este estágio significa que existe a compreensão do filho de que a “mãe-objeto”, a que lhe apresenta fragmentos da realidade e o frustra, é a mesma que proporciona os cuidados essenciais para sua sobrevivência física e emocional – “a mãe ambiente”. Ao se dar conta deste fato, começa a desenvolver a culpa e a necessidade de fazer uma reparação (WINNICOTT, 1954/1990a).

Tomado pela tensão, o bebê ataca inevitavelmente a figura de cuidado e entra em um estado de relaxamento durante a digestão. Neste momento, é acometido por uma ansiedade em virtude do ataque que realizou. A fim de reparar o mal causado, age imaginativa e concretamente (dando à mãe ou cuidador um sorriso, ou suas fezes, por exemplo). Se o atacado estiver presente e puder aceitar estes gestos sem retaliação, a criança volta a relaxar tranquilamente, com a certeza de que é possível exercer sua instintividade. É necessário ressaltar que as reparações só podem ser realizadas se houver um cuidado contínuo e pessoal. Esta sucessão de eventos de ataque e reparação recebeu o nome de **ciclo benigno** (WINNICOTT, 1954/1990a).

Se houver a interrupção do ciclo benigno, o indivíduo tem que: inibir o instinto (ou sua capacidade de amar); lidar com o reaparecimento da dissociação inicial que separa os estados tranquilos dos excitados; pode perder a capacidade para brincar (trabalhar); e, não dispor da tranquilidade a seu alcance (WINNICOTT, 1954/1990a).

Ao tratar de situações que impactam negativamente a vida do ser humano em desenvolvimento, ele discorre sobre o impacto das falhas ambientais traumáticas no transcorrer do amadurecimento emocional/pessoal. O termo trauma, na sua teoria, relaciona-se a uma invasão do ambiente sofrida pela criança pequena e sua reação a este acontecimento, utilizando os recursos disponíveis no momento. Isso ocorre sempre que é preciso interromper a **continuidade de ser** e organizar defesas para lidar com agonias impensáveis causadas pela intrusão, ou quando o gesto espontâneo infantil não

encontra resposta ambiental adequada, nos moldes e conforme a singularidade do sujeito (WINNICOTT, 1967/1994f).

A situação traumática pode sobrevir acidentalmente (devido à hospitalização prolongada da mãe ou cuidador) ou em virtude de uma dificuldade materna de estreitar a comunicação com o filho. Esse obstáculo pode acontecer quando a mãe não vivencia os efeitos da preocupação materna primária e, conseqüentemente, não consegue se identificar com seu bebê. Uma causa provável desta circunstância pode estar relacionada a problemas anteriores da mulher com seu próprio processo de integração. Em decorrência de uma vivência insuficiente enquanto filha, é possível que os processos de instauração psicossomática e experiências de *holding* e *handling* tenham sido insatisfatórios para esta mulher, situação que a impossibilita, como mãe, de promover ao filho o que lhe faltou. Outro resultado provável do processo de integração falho é a reclusão do *self* para mantê-lo protegido e, por esse motivo, não é possível manter o contato com o mesmo (WINNICOTT, 1967/1994f). Sobre a questão do *self*, Winnicott diferenciou o verdadeiro e o falso *self*, considerando que há um *self* central não comunicado, que precisa ser protegido para preservar a saúde mental do ser humano (ABRAM, 2000).

Há, de acordo com Winnicott (1960/1982b), um falso *self* saudável, que atua estrategicamente, no qual a pessoa renuncia, em determinadas situações, a algumas das verdadeiras pretensões e opiniões a fim de ser aceita socialmente. No tipo patológico de falso *self*, de acordo com Naffah Neto (2007), ocorre uma cisão como defesa esquizofrênica que se forma quando a criança interrompe sua continuidade de ser, reagindo a um ambiente que não consegue prover aquilo de que necessita por desconsiderar sua singularidade. Essa barreira de proteção pode se desenvolver em dois momentos: antes que o mundo subjetivo tenha se instituído de fato, porque não encontrou no ambiente a sustentação necessária para criá-lo, ou depois do estabelecimento do mundo subjetivo, no intuito de salvaguardá-lo de um meio hostil e desordenado. Como um bloqueio contra a invasão ambiental, o falso *self* protege o verdadeiro *self* das falhas ambientais e dos impulsos vitais, o que prejudica a continuidade da experiência. O desenvolvimento da sexualidade também fica

comprometido devido à dificuldade na apropriação dos impulsos sexuais, acarretando, na melhor das hipóteses, uma “sexualidade incipiente” (NAFFAH NETO, 2007, p. 80)

Winnicott (1965/1994d) correlaciona a intensidade da falha ambiental ao momento em que o amadurecimento se dá, explicando as consequências dos traumas ocorridos em cada etapa do amadurecimento.

O trauma que traz maiores prejuízos é o que acontece no período de dependência absoluta. Quando há uma quebra de confiabilidade do ambiente, é possível que ocorram falhas na estruturação da personalidade e organização egóica, uma vez que o estabelecimento de um padrão de relacionamento confiável é essencial para o avanço do desenvolvimento infantil (WINNICOTT, 1965/1994d). Se as falhas acontecerem constantemente durante esta etapa, é possível que o processo de integração seja lesado e, como consequência, surja a psicose, tendo em vista que o bebê não consegue ainda discernir as falhas como externas. Nesta situação, ocorre o que Winnicott (1958/2002h) designa **privação**.

No transcorrer da dependência absoluta para a relativa, a falha consiste na não apresentação da realidade em pequenas doses. A mãe ou cuidador precisa começar a frustrar a criança de maneira que ela possa suportar, propiciando a desilusão da onipotência, que vigora nesta fase, para que o indivíduo comece a entrar em contato com o mundo externo e as exigências da realidade. Este processo complexo, que envolve a desilusão da onipotência, a percepção da existência de um mundo externo e a necessidade de estabelecer um relacionamento com este, é denominado de realização (WINNICOTT, 1965/1994d).

Se a experiência traumática acontece quando a criança já tem consciência de que há um eu e um não-eu, recebe o nome de “deprivação”. A criança teve um ambiente bom no primeiro estágio da vida e o perdeu posteriormente, contudo, conseguiu conquistar certa integração de *self*. No futuro, cobrará do ambiente o que lhe foi retirado. A tendência antissocial tem origem nesta conjuntura e se expressa por meio de furtos, mentiras, destrutividade, conduta caótica, da avidez, entre outros atos (WINNICOTT, 1965/1994d). Há, na memória inconsciente infantil, a recordação de ter sido amada e, por isso, reivindica da sociedade aquilo que perdeu nos casos em que não é possível apelar à sua própria família (WINNICOTT, 1946/2002c)

O ato antissocial é um sinal que a pessoa ainda guarda a esperança de que terá de volta o bom ambiente perdido. Com o comportamento antissocial, pretende regressar ao momento anterior da privação em busca de uma estabilidade ambiental que suporte a sua impulsividade e destrutividade (WINNICOTT, 1982j). Por temer que a falta de compaixão se transforme em um padrão, o indivíduo antissocial agita o ambiente para alertá-lo do perigo e suportar a perturbação. Se encontrar firmeza ali, a criança pode voltar a testar o ambiente a fim de comprovar se perdura a capacidade para suportar a agressividade infantil. Alguns destes testes têm por objetivo: verificar se o ambiente pode prevenir ou reparar a destruição; se consegue reconhecer o aspecto positivo desta circunstância e se é possível preservar uma figura de cuidado confiável, que pode ser buscada e encontrada (WINNICOTT, 1949/2000b).

Conforme avança no processo de integração, o indivíduo fica menos suscetível a sofrer um abalo significativo em sua estrutura de personalidade. Ao ser atacado por falhas ambientais externas ou tensões instintuais, desenvolve neuroses e não psicoses. Sofrerá, mas por ter completado a tarefa mais básica do desenvolvimento, não há mais o risco de aniquilamento (WINNICOTT, 1965/1994d).

Finalizada esta exposição, apresentam-se, a seguir, os fundamentos da psicoterapia pautada nos princípios de D. W. Winnicott.

2.2 A psicoterapia winnicottianamente orientada

A psicoterapia na abordagem winnicottiana, tanto com adultos quanto com crianças, objetiva compreender o desenrolar do amadurecimento "normal/esperado" para, em seguida, deduzir as diversas imaturidades e enfermidades decorrentes das falhas ambientais no decorrer da trajetória do indivíduo. O psicanalista que parte deste viés teórico, situa grande parcela dos problemas de saúde mental como interrupções no desenvolvimento, e se dedica, prioritariamente, a estabelecer a recuperação do andamento deste progresso maturacional, e não única e exclusivamente a análise do inconsciente. Para desempenhar tal tarefa, é preciso detectar o grau de maturidade emocional do paciente para delinear estratégias de prevenção, tratamento e cura para cada uma delas (WINNICOTT, 1965/1982g).

É fundamental que se realize, nos casos em que é possível, uma anamnese individual e social ao longo de todo o tratamento, com vistas às adequações que se fizerem necessárias no *setting*, em conformidade com a condição emocional peculiar de cada paciente. O atendimento psicanalítico deve primar pela instauração de uma comunicação espontânea entre analista e paciente e considerar que cada encontro é importante, visto que, muitas vezes, pode ser único para desvendar o motivo que ocasionou a procura pela análise (WINNICOTT, 1965/1982g).

Fulgencio (2011) reúne, no artigo *A ética do cuidado psicanalítico para D. W. Winnicott*, algumas considerações winnicottianas sobre os objetivos e a dinâmica do tratamento psicanalítico¹⁷. Inicia sua exposição declarando que a psicanálise, para Winnicott (1958/2000g), é o meio pelo qual o paciente trata de sua história, dedicando-se a uma coisa por vez. Neste contexto, a psicoterapia deve se situar na sobreposição de duas áreas do brincar: do psicoterapeuta e do paciente (WINNICOTT, 1971/1975d).

O **brincar**, neste contexto, não se reduz à atividade lúdica da criança e nem à do adulto, refere-se a todo tipo de ação pela qual o ser humano age por si próprio, seja se comunicando ou pensando, impelido pela criatividade originária. Quando o paciente não consegue brincar, o analista deve capacitá-lo para tal tarefa, de modo que a comunicação se estabeleça e o paciente acesse a terceira área, estabelecendo uma ponte entre seu mundo interno e externo. Na teoria de Winnicott (1968/1975c), o brincar tem lugar privilegiado por ser: a expressão universal da natureza do homem; uma atividade que auxilia na saúde; uma possibilidade ao indivíduo que se conecte à sua criatividade e descubra seu *self* que lhe proporciona a inserção nas relações grupais (*apud* FULGENCIO, 2011).

O processo psicoterapêutico infantil, especificamente o que este trabalho aborda, tem por objetivo acolher e trabalhar diversas problemáticas produtoras de sofrimento psíquico, que interferem no cotidiano e no desenrolar do amadurecimento emocional, perturbando o bem-estar da criança e dos que a rodeiam.

Pautando-se no método e técnicas do trabalho com adultos, a psicoterapia psicanalítica infantil se utiliza dos mesmos conceitos-chave da psicanálise com adultos

¹⁷ Não foi encontrada menção explícita, na obra de Winnicott, de qualquer distinção entre os pressupostos da análise de crianças e adultos. Em virtude disso, discorre-se sobre os textos que abordam este assunto como adequados para a realidade da psicoterapia infantil.

– interpretação, noção de *setting*, atenção flutuante, associação livre, transferência e resistência – e adiciona o brincar como uma nova e essencial técnica, para que seja viável a comunicação com as crianças com o intuito de acessar seu inconsciente (AVELLAR, 2004). Blau, Dal e Anderson (1993) assinalam que a psicoterapia individual é a modalidade mais utilizada com crianças, devido à necessidade premente de se promover um espaço e atenção especiais aos pequenos para que comuniquem o trauma e elaborem a experiência, por meio do brincar.

A análise do pequeno Hans de 5 anos, realizada por seu próprio pai Max Graf e com a supervisão de Freud, foi encaminhada com a finalidade de tratar a fobia que atormentava o menino. Esse atendimento foi apontado como o primeiro modelo de psicoterapia infantil e, a partir deste caso, considerou-se a possibilidade de psicanalisar crianças (CASTRO, 2004).

Desde a primeira analista de crianças, Hermine Von Hug-Hellmuth, passando por Anna Freud e Melanie Klein, a técnica se aprimorou e permaneceu se transformando ao longo do século XX. Pouco tempo depois, exigiu-se a constatação da eficiência das técnicas empregadas na psicoterapia infantil. A fim de atingir esta meta, iniciou-se um movimento para sistematizar os métodos de pesquisa e apresentação dos resultados de psicoterapias com crianças, a fim de oferecer maior fundamentação e credibilidade científica a este setor (FELICE, 2003).

Na proposta de Winnicott para a psicoterapia infantil, o autor adaptou, tomando por base seu arcabouço teórico, a técnica *Play technique*, proposta por Melanie Klein (1955/1991). As duas abordagens guardam diferenças significativas em alguns pressupostos teóricos e técnicos, que valem o destaque. Winnicott pressupõe que a evolução bem-sucedida da análise se dá não somente pela via da interpretação, e confere à sustentação do enquadre relevância similar. Além disso, ele destaca a importância do espaço potencial como parte dos elementos necessários para a intervenção terapêutica e atribui ao brincar uma função terapêutica, por si só, tão eficiente quanto a interpretação verbal (AVELLAR, 2004).

Stürmer e Castro (2009, p. 146) reúnem as principais ideias da obra *O brincar e a realidade* de Winnicott, publicada em 1975 sobre o brincar infantil:

[...] a criança: (1) tem prazer em todas as experiências de brincadeira física e emocional; (2) aprecia concluir que seus impulsos agressivos podem ser expressos sem o retorno da violência do meio para ela; (3) brinca para dominar angústias, controlar ideias e impulsos que conduzem à angústia.[...]; (4) as personalidades infantis evoluem através de suas próprias brincadeiras e das invenções lúdicas feitas por outras crianças e por adultos; (5) a brincadeira favorece uma organização para o início de relações emocionais, propiciando o desenvolvimento de contatos sociais; (6) a brincadeira, o uso de formas e artes e a prática religiosa tendem por métodos diversos, mas aliados à unificação e integração geral da personalidade, e servem de elo entre a relação do indivíduo com a realidade interior e entre o indivíduo e a realidade externa ou compartilhada e (7), tal como os sonhos, servem à autorrevelação e comunicação com o inconsciente.

O conjunto de elementos que viabilizam a comunicação entre terapeuta-paciente infantil inclui, além do brincar propriamente dito, o uso de expressões faciais, gestos, olhares, ruídos para transmitir o conteúdo e o tom da mensagem a ser transmitida e recebida (STÜRMER; CASTRO, 2009).

Na brincadeira, o indivíduo expressa simultaneamente aquilo que produz sua “associação lúdica” na qual se observa uma diminuição da censura e da orientação racional do pensamento. Na descarga de energia ocorrida no brincar, está envolvida uma excitação provocada pela mobilidade, em que o papel desempenhado pelo juízo de realidade é o de promover a segurança para adentrar e se retirar do mundo da fantasia livremente (TAKATORI, 2007, *apud* STÜRMER; CASTRO, 2009

Na perspectiva das autoras (STÜRMER; CASTRO, 2009), é possível estabelecer uma equivalência entre o brincar e a linguagem em sentido amplo, já que o fenômeno da brincadeira inclui a “comunicação não-verbal e a pré-verbal”. Pode-se traçar um paralelo ao uso da metáfora em um estágio primitivo: as palavras não são adequadas para substituir as ideias, e o pensamento se exprime de modo quase concreto, materializado na ação lúdica com a utilização de todo corpo “[...] ao mesmo tempo mostra, revela e esconde, resistindo, ou seja, ao resistir mostra escondendo” (STÜRMER; CASTRO, 2009, p.142).

Defende Aberastury (1992) que é por meio do brincar que se torna possível compreender o mundo psíquico infantil, uma vez que esta atividade oferece informações expressivas do ponto de vista evolutivo, psicopatológico e psicodinâmico. Esses dados fornecem indicadores para observação e entendimento do material da sessão para fins de diagnóstico, em especial para classificação do nível de funcionamento de

personalidade (normal, neurótico e psicótico). Nos brinquedos/brincadeiras, a criança deposita parte dos sentimentos, representante de distintos vínculos com objetos de seu mundo interno. Esse brincar expressa, por intermédio da possibilidade de agir, falar e/ou brincar, a correspondência entre a etapa de maturação emocional, cognitiva e de socialização do indivíduo.

Para fins de análise do processo psicoterapêutico infantil, além dos elementos já elencados, é importante observar o relacionamento terapêutico e o estabelecimento do vínculo; os fenômenos transferenciais, contratransferenciais e resistenciais da dupla. Stürmer e Castro (2009) ressaltam que o entrelaçamento destes elementos forma o campo psicanalítico, foco dos estudos do casal Baranger (1968).

Nesta concepção de campo, os fatos psíquicos são entendidos pelos seus significados no contexto de relações intersubjetivas entre analista e paciente e, nesta inter-relação, são produzidos os resultados de inconsciente para inconsciente, de forma dinâmica e criativa. O *setting* emoldura o campo do encontro de duas subjetividades, e a situação terapêutica se constitui pelo conjunto de aspectos emocionais de ambos. Na psicoterapia de crianças e adolescentes, é preciso considerar outro componente que integra o campo psicanalítico: os pais e seus elementos emocionais, que incidem no processo terapêutico com efeitos para o terapeuta e paciente (BARANGER; BARANGER, 1968, *apud* STÜRMER; CASTRO, 2009).

No enquadre oferecido pela psicóloga/pesquisadora durante os atendimentos no presente estudo, as brincadeiras ocorreram de forma livre. Foi possibilitado à criança a oportunidade de brincar com todo material lúdico que lhe foi oferecido, sob algumas condições, como uso do espaço, estabelecimento de regras para uma atuação segura do brincar da criança e terapeuta. Esta atitude possibilita a escolha das atividades pautada na motivação do momento, com finalidade lúdica e não pedagógica neste contexto. Coadunando com o preconizado por Aberastury (1992), entende-se que, por não ter objetivos predeterminados, o brincar pode funcionar como indicativo do desenvolvimento quanto à evolução, dificuldades e prováveis psicopatologias (BALEIRO, 2007, *apud* STÜRMER; CASTRO, 2009).

Sobre o comportamento lúdico da criança em psicoterapia, Stürmer e Castro (2009) expõem uma contribuição interessante na qual o brincar pode ser situado e

analisado em uma das quatro categorias apresentadas a seguir.

Na primeira delas, está o **brincar espontâneo**, no qual a criança demonstra criatividade e ampla capacidade de se expressar por meio do conteúdo “dramatizado e verbalizado”. Nota-se um progresso evidente no decorrer do brincar e há participação infantil com “envolvimento afetivo da criança” na situação lúdica (STÜRMER; CASTRO, 2009).

A segunda categoria, o **brincar de construção**, remete à reprodução compulsiva de cenas silenciosamente, com atenção e concentração que denotam uma criatividade restrita no que diz respeito à exploração do espaço do *setting*. Há um “interesse intelectual” no desempenho da tarefa de armar/empilhar o material, sem “envolvimento afetivo” da criança na brincadeira, desprovido de energia ou de movimentos que sugere entusiasmo com a atividade (STÜRMER; CASTRO, 2009).

O **brincar estereotipado** corresponde à terceira subdivisão, evidencia: a limitação de objetos lúdicos utilizados; repetição compulsiva de ações; escassa ou nenhuma interação com o par brincante; pouca implicação afetiva e envolvimento emocional; conteúdo pobre; carência de dramatização e de ânimo ao realizar a brincadeira.

A quarta condição se refere à **ausência do brincar**. Esta circunstância retrata uma criança que rejeita os brinquedos ou o brincar de forma geral (STÜRMER; CASTRO, 2009).

Acerca do assunto, as autoras enfatizam:

[...] em psicoterapia com crianças, a resistência aparece *nas* transformações decorrentes da simbolização, no curso do brincar espontâneo, ou seja, enquanto houver o brincar propriamente dito; no entanto a resistência não leva à interrupção do ato lúdico [...] (STÜRMER; CASTRO, 2009, p. 144).

Além da forma como ocorre o brincar, deve-se observar, para fins de análise: a escolha dos jogos; a modalidade do brinquedo; a capacidade da criança de assumir e designar papéis na atividade lúdica; a adequação à realidade; tolerância à frustração e aceitação do tempo de início e fim e dos resultados dos jogos (ganhar ou perder).

No início do tratamento psicoterápico de abordagem winnicottiana, a relação analista-paciente deve se assemelhar ao que se recomenda para a relação entre mãe-bebê no começo da vida. O psicoterapeuta deve estar atento às necessidades daquele

que tem um ego frágil, sustentando-o e construindo com ele uma comunicação profunda, a fim de criar um padrão de confiabilidade e constância, conseguindo sobreviver sem retaliar seus ataques destrutivos. É uma provisão apropriada em períodos de crise, diferente do oferecimento de psicanálise padrão (WINNICOTT, 1965/1982g, *apud* FULGENCIO, 2011).

Winnicott acrescenta que algumas atitudes específicas são aconselháveis ao analista para facilitar o estabelecimento do *setting*. São elas: ser confiável, verdadeiro, previsível e presente, proporcionar o cuidado e permitir a dependência no sentido winnicottiano. O contexto analítico deve viabilizar um tipo de relação humana autêntica, pessoal e não mecânica, mais estável do que as que se apresentam no cotidiano. A previsibilidade evita o caos que o imprevisto impõe e, em muitos casos, protege o paciente do ambiente hostil (WINNICOTT, 1970/1999c, *apud* FULGENCIO, 2011).

Winnicott (1965/1982f; 1969/1994h) considera ainda que o papel do analista não deve ser hipervalorizado, uma vez que o grande trabalho é do paciente, à proporção que faz suas próprias descobertas. O psicoterapeuta, sob este prisma, deve criar meios para que o analisando alcance a compreensão criativa sobre suas questões. A função do psicanalista se estende para além de apenas desvendar o inconsciente reprimido e compreender a história de vida e as problemáticas existenciais do paciente. O objetivo do processo de análise é promover estratégias para que o paciente restabeleça a autonomia e enfrente seus problemas, evitando “falsas existências” e “falsas soluções”, por meio de uma organização de falso *self* (*apud* FULGENCIO, 2011).

Ao longo de sua obra, Winnicott distingue dois tipos de tratamento psicoterápico: análise padrão e análise modificada, porque acredita não ser adequado oferecer o mesmo enquadre a todos os tipos de paciente.

A análise padrão se aplica para os casos neuróticos. Pretende-se conduzir o paciente ao entendimento da “posição depressiva” da mesma maneira que se almeja fazê-lo compreender a dinâmica de suas relações com as pessoas, promovendo um espaço para que conquiste a independência por meio da dependência (WINNICOTT, 1958/2000g, *apud* FULGENCIO, 2011). Como apresenta suas questões por meio do discurso falado ou pelo brincar, conta com o terapeuta para conscientizá-lo dos processos transferenciais envolvidos (WINNICOTT, 1965/1982h *apud* FULGENCIO,

2011).

Há, segundo Winnicott (1970/1999c), três momentos da análise padrão. O primeiro ocorre quando o analista se adapta às necessidades do analisando, servindo de sustentação para o ego dele a fim de fortalecê-lo. Busca garantir ao paciente que compreende a sua comunicação de forma que seu gesto espontâneo possa encontrar, nesse processo, resposta apropriada. No segundo momento, ao reassumir a confiança em si, o paciente retoma a continuidade de ser por si só, conquista a confiança no processo de análise e começa a realizar testes para verificar se seu ego é capaz de progredir independentemente. A última fase é marcada pelo do êxito de suas vivências exploratórias, sem, contudo, perder sua espontaneidade. Tem início um processo de reconhecimento e confirmação de seus atributos individuais, em que o paciente passa a experimentar, com naturalidade, o sentimento de existência por si mesmo (*apud* FULGENCIO, 2011).

Sobre o fim da análise, Fulgencio (2011) aponta alguns indícios que permitem identificar esse momento. São eles: quando o paciente retoma a capacidade de trabalhar, amar, firmando relações que suportam a ambivalência de aspectos destrutivos e amorosos; descobre um espaço existencial para si; contribui e compartilha uma vida cultural e social; e, adquire uma identidade relativamente estável.

O autor detalha:

Para Winnicott, trata-se de, por meio dos cuidados ambientais de acordo com as necessidades do paciente, dar condições para que o paciente amadureça a ponto de cuidar de si mesmo e do lugar (ambiente) em que possa viver, com a capacidade de: sentir-se responsável pelos sucessos e fracassos de sua vida; poder reparar (sabendo, no entanto, que há situações em que não há reparação possível, e o dano feito deve ser reconhecido como fruto da ação pessoal); poder deprimir; sentir-se real; sentir-se espontâneo; adaptar-se sem perda demasiada da espontaneidade (FULGENCIO, 2011, p. 54).

O propósito de uma psicoterapia proveitosa para o paciente tem como produto final a autonomia e a conquista da independência relativa em termos winnicottianos (WINNICOTT, 1970/1999c *apud* FULGENCIO, 2011).

Quanto à análise modificada, Fulgencio (2011) reúne os critérios elencados por Winnicott (1965/1982g) ao longo de sua trajetória teórica que subsidiam o oferecimento de um enquadre especial para "aqueles que ainda não atingiram em seu

desenvolvimento um sentido de unidade” nos quais “o trabalho analítico comum deve ficar em suspenso, dando ênfase apenas ao manejo” (WINNICOTT, 1954/2000c, p. 460). São os seguintes: a) quando o ego do paciente tem uma integração fragilmente constituída ou instável passível de desintegração, em que há um constante temor de enlouquecer; b) se o paciente depende de figuras parentais muito adoecidas que são impossibilitadas de promover a sustentação de suas necessidades de ser e, por essa circunstância, o indivíduo precisa se manter vigilante e construir defesas para se proteger destes cuidadores insuficientes e do ambiente caótico que o submetem; c) quando se forma um falso *self* para defender o verdadeiro si-mesmo do ambiente hostil e das sucessivas falhas dele decorrentes; d) nos casos de deprivação, em que aparecem como sintoma atitudes antissociais que revelam um significado oculto: um clamor de esperança direcionado ao ambiente para que restabeleça o que foi perdido em termos de confiabilidade ambiental.

Na realidade das crianças abrigadas, encontra-se um ou vários destes critérios combinados e, por esse motivo, entende-se ser apropriado oferecer aos pacientes/participantes desta pesquisa uma análise modificada na qual o manejo tem um papel fundamental na atuação psicoterapêutica.

Considerando a importância deste elemento, serão expostos, no próximo item, a construção e os sentidos da noção de manejo na obra winnicottiana.

2.3 O conceito de manejo na obra winnicottiana

O trabalho com crianças afastadas da família trouxe a Winnicott uma nova dimensão a seu pensamento e prática, ressoando diretamente em seus conceitos sobre o desenvolvimento e amadurecimento emocional. Graças a seu papel junto à equipe de cuidadores e devido sua proximidade com as crianças evacuadas no período da Segunda Guerra Mundial, o autor teve a oportunidade de refletir sobre as consequências que este tipo de sofrimento tem na vida das crianças e adolescentes em desenvolvimento e propor alternativas para lidar com esta problemática complexa.

A fim de proteger as crianças de Londres dos ataques bélicos recorrentes na capital, o governo do país encaminhou crianças e adolescentes para casas de famílias

no interior. Notou-se, com o passar do tempo, que um número significativo deles apresentou problemas de adaptação nesses lares, exibindo um comportamento antissocial. Tentaram, então, remanejá-los a outras casas, empreitada que não apresentou resultados expressivos de melhora.

Alarmados com esta situação, as autoridades pediram o auxílio de Winnicott para reavaliar a circunstância e propor medidas mais adequadas. A primeira ideia do psicanalista foi tratar cada um destes evacuados individualmente para que pudessem regressar aos lares adotivos. Passado algum tempo, ele concluiu que não deveriam retornar aos lares substitutos, mas permanecerem abrigados em uma grande instituição desativada. Esta solução logo se mostrou ineficaz e fez Winnicott entender que as acomodações destes locais deveriam se assemelhar a uma casa, acolhendo crianças e adolescentes de maneira mais pessoal e individualizada (WINNICOTT, 1946/2002d).

Após um curto período de trabalho com as crianças e adolescentes evacuados, Winnicott e sua equipe notaram as grandes dificuldades envolvidas no desempenho daquele trabalho. Frequentemente, sentiam-se perdidos diante da confusão e desespero com os quais se deparavam diariamente. Ao invés de ditar orientações precisas, o autor reafirmava sobre a necessidade de todos estarem comprometidos em fazer o melhor que podiam, assim como refletirem constantemente sobre sua prática, nos momentos em que tinham a oportunidade de discutir os casos (WINNICOTT, 1948/2002b).

Depois de diversas ideias e atitudes infrutíferas, Winnicott finalmente compreendeu que as dificuldades de adaptação de alguns alojados estavam relacionadas com problemas que eles tinham vivenciado em seu lar de origem, tal como desintegração ou risco de dissolução familiar e pais insuficientes. Necessitava-se, assim, prover a eles um **lar primário** e, para que tal plano fosse implementado, o psicanalista considerou que a solução era que que ficassem nos alojamentos terapêuticos por tempo indeterminado (WINNICOTT, 1958b/2002h).

O lar primário seria um ambiente ajustado às necessidades da criança, no qual permitir-se-ia que entrasse em contato com seu próprio corpo, desenvolvendo a integração da personalidade. Ali, teria a possibilidade de se deparar com a ambivalência de sentimentos de amor e ódio pela mesma pessoa, para que, posteriormente, descobrisse o sentimento de culpa e o desejo de reparar a destruição causada. Poderia

ser ali testada a resistência ambiental diante dos impulsos agressivos que se manifestam inevitavelmente no processo de amadurecimento emocional (WINNICOTT, 1948/2002b).

Winnicott (1948/2002b) sabia, no entanto, que, para oferecer um lar primário tardio aos evacuados, seria necessário que houvesse um tempo considerável – anos e não meses – para que se pudesse constatar resultados positivos e, ainda assim, não seriam comparáveis a um lar de origem. A meta principal dos alojamentos, então, deveria ser minimizar o fracasso do lar original da criança.

A ideia de oferecer o que faltou em termos de cuidados essenciais deu origem à noção de **manejo do ambiente**, fundamentada na formulação do autor sobre a necessidade de um lar primário nas situações em que os cuidados emocionais essenciais estivessem ausentes ou fossem insuficientes. No livro *Privação e delinquência*, há um compilado de trabalhos que expõem sobre o percurso teórico que o conduziu a pensar que, em determinados casos, era preciso oferecer ao indivíduo um conjunto de atitudes terapêuticas “[...] que não se descrevem em termos de interpretação certa no momento certo” (WINNICOTT, 1950/2002f, p.251).

No texto *Assistência residencial como terapia*, Winnicott (1970/2002l) reconhece que a psicoterapia individual que realizava com poucas crianças, na qual utilizava a interpretação, não surtia o efeito esperado. Começou a notar, entretanto, que a regularidade do ambiente que propiciava uma certa organização de espaço em termos de regras e onde se podia encontrar alimento e um lugar protegido e quente para dormir faziam um trabalho que ele, apesar de analista, não conseguia. Deste modo, concluiu que a própria provisão ambiental nos alojamentos era, por si só, terapêutica, dispensando em parte um tratamento individual, inviável naquela circunstância devido à grande demanda de pacientes e poucos profissionais para a realização do serviço (WINNICOTT, 1947/2002j).

Com o intuito de propiciar um ambiente acolhedor, os coordenadores dos alojamentos selecionaram pessoas preparadas, disponíveis e atentas às necessidades singulares para desempenhar os cuidados pessoais necessários a cada criança, envolvendo-se e relacionando-se com elas de maneira espontânea e autêntica, colaborando para que retomassem o processo maturacional congelado pelas falhas ambientais. A equipe foi alertada de que não seria fácil conquistar a confiança dos

evacuados e, para que isto ocorresse, seria necessário que cada membro do grupo sobrevivesse, sem retaliar, aos diversos ataques agressivos/destrutivos a que seria constantemente submetido. A diretriz principal que norteava o atendimento dos alojados era oferecer um ambiente continente e sensível, a fim de restaurar parte da segurança perdida naquele cenário de destruição e extermínio (WINNICOTT, 1958/2002h).

Outro ponto crucial deste “tratamento especial”, na época da evacuação, abrangia a abertura de espaço grupal semanal para que as crianças e jovens falassem livremente, até mesmo de maneira agressiva e crítica, com a garantia de que, naquele momento, não seriam repreendidos. Winnicott se surpreendeu com o poder daqueles encontros ao se deparar com as revelações emocionais das crianças e adolescentes que ocorriam naquele contexto protegido (WINNICOTT, 1970/2002i).

Diante desta experiência bastante significativa, o autor aprimorou o conceito de manejo ao longo de sua obra, conferindo diferentes acepções ao termo. Segundo Khan (1958/2000): a primeira diz respeito à qualidade do enquadre analítico no qual há um ambiente protegido de invasões; a segunda se refere às adaptações realizadas pelo analista às necessidades de seu paciente (seja pela não intrusão por meio da interpretação, pela presença corporal sensível do psicoterapeuta ou pela possibilidade de que o paciente se movimente de maneira livre, fazendo o que tem necessidade); a última menciona o manejo oferecido em outros contextos que não o *setting* psicoterápico, proporcionado pelo provimento social, familiar e no grupo de amigados.

Em psicoterapia, o **conceito de manejo** significa propiciar uma maneira especializada de cuidar com intervenções realizadas no *setting*. Pressupõe que tais intervenções sejam esquematizadas com base nas necessidades singulares de cada indivíduo e de sua história pessoal e social a fim de proporcionar um ambiente protegido de intrusões (AVELLAR, 2004).

Winnicott (1954/2000c) ressalta que o manejo permite ao analista apresentar as condições indispensáveis para a constituição do verdadeiro *self* do paciente e promover seu desenvolvimento psíquico. O manejo é concedido por meio das três funções da mãe suficientemente boa: o *holding*, o *handling* e a apresentação dos objetos. Forlenza Neto (2008) acrescenta outras atitudes de manejo essenciais ao psicoterapeuta winnicottiano: respeitar a hesitação do paciente para que emergja o seu gesto espontâneo e permitir

suas ilusões de onipotência.

Massud Khan (2000) ressalta que o manejo é fundamental para conduzir o paciente a um viver menos submisso aos mecanismos defensivos. Assim se expressa:

O manejo é, na verdade, o provimento daquela adaptação ambiental, na situação clínica e fora dela, que faltou ao paciente no seu processo de desenvolvimento e sem o qual tudo o que ele pode fazer é existir pela exploração reativa de mecanismos de defesa, assim como pelo seu potencial do id. Só quando o manejo foi eficaz para o paciente é que o trabalho interpretativo pode ter valor clínico. O manejo e o trabalho interpretativo muitas vezes caminham lado a lado, apoiando-se mutuamente, um facilitando a ação do outro na experiência de vida total do paciente p. 28).

Ao promover o suprimento ambiental das necessidades por meio de ações adaptadas, criam-se condições para que sejam trabalhados os conteúdos significativos.

Nas palavras de Winnicott (1970/2002| p. 253):

[...] o principal é o fornecimento de condições em que esse tipo especial de trabalho possa ser feito e a cooperação inconsciente do paciente para apresentar o material para verbalização possa ser obtida. Em outras palavras, é o desenvolvimento da confiança, ou qualquer outro termo que seja mais apropriado no caso, que constitui requisito prévio para a eficácia de uma interpretação clássica e correta.

A cooperação só ocorre se houver uma confiabilidade que, segundo Phillips (1988/2007) faz a grande parte do trabalho analítico. A confiabilidade é determinada de acordo com o nível de amadurecimento do paciente: quanto mais comprometido o ego, maior deve ser a adaptação do analista às necessidades do paciente.

Em determinado ponto de sua construção teórica, Winnicott (1960/2000k) compreendeu que a interpretação não era eficaz na psicoterapia de psicóticos devido à estruturação comprometida do ego, no qual os instintos permanecem, totalmente ou em parte, externos a esta instância psíquica. Cesarino (2013) ressalta que, enquanto a psicanálise tradicional dimensiona os problemas valendo-se da busca de satisfação e de conflitos intrapsíquicos produtos da mediação com a realidade, Winnicott trata a problemática da constituição e integração do ego pautada na organização de um primeiro sentido de realidade do mundo. De acordo com os preceitos winnicottianos, no início da

vida, quando o bebê ainda não é um ser integrado, não pode identificar as experiências instintivas como parte de si-mesmo. Então, enquanto seu ego não estiver constituído, não há *id*. A satisfação dos instintos, promovida por um ambiente bom, tem como intuito principal proteger e apoiar o ego ainda frágil do indivíduo para que este não vivencie invasões insuportáveis que resultem em desintegração ou cisão de seu psiquismo (WINNICOTT, 1965/1982i, *apud* CESARINO, 2013).

A função da interpretação, para a psicanálise freudiana, é reduzir forças retidas sob repressão como produto dos conflitos intrapsíquicos resultantes do embate entre realidade e desejos, que buscam a satisfação dos instintos a fim de obter prazer. Na compreensão de Winnicott, o impulso do *id* só é considerável se abranger a vivência do ego, na falta de integração deste, o desejar¹⁸ do sujeito é afetado. Diante desta incapacidade de desejar, não é possível presumir que haja um mecanismo de repressão, sendo assim, o trabalho interpretativo torna-se desnecessário e, em muitas ocasiões, nocivo (WINNICOTT, 1955/2000f; 1958/1982f, *apud* CESARINO, 2013).

Partindo deste raciocínio, Winnicott considerou a necessidade de promover uma análise modificada nas situações clínicas em que havia um desenvolvimento precário do ego do sujeito, sendo necessária uma atitude de apoio a esta instância. Com esta postura, o analista pondera o uso da interpretação, oferecendo a provisão ambiental para ir ao encontro das necessidades de seu paciente. Este novo modo de se posicionar – o manejo – seria adequado aos psicóticos e também a outras psicopatologias, explicita Cesarino (2013) em seu trabalho de doutorado.

De acordo com esta autora (CESARINO, 2013), Winnicott dá indícios de que é necessário oferecer elementos de manejo na psicoterapia de todos os grupos psicopatológicos. Na seção quatro, *As especificidades de manejo clínico em termos da nosografia winnicottiana*, a autora descreve as principais intervenções de manejo a serem contempladas em cada situação. Na clínica das neuroses, a principal função analítica seria a capacidade do analista para tolerar ideias e sentimentos diversos (amor, ódio, ambivalência, etc.) para compreender processos, sem retaliar. Isto significa afirmar

¹⁸ Winnicott (1956/2000h) distingue o termo “desejo” da noção de “necessidade”, afirmando que esta diz respeito a elementos vitais sem os quais não é possível a estruturação do ego e da personalidade, podendo provocar prejuízos do desenvolvimento primitivo. Em termos de resultados, a consequência da não satisfação ou frustração dos instintos não é comparável aos estragos de experiências de ausência de necessidades primordiais.

que, em determinados momentos do processo psicoterapêutico, entram em cena aspectos mais primitivos da personalidade, revelando uma imaturidade do paciente, ainda que momentânea, e sua necessidade de não ser invadido. A autora enfatiza que, mesmo nas neuroses, há a necessidade de se dirigir do manejo à análise padrão para se adaptar às necessidades do paciente, proporcionando um ambiente facilitador para a elaboração do conflito edípico.

Quando se trata das depressões, o manejo clínico gira em torno de dois eixos: da sobrevivência do analista nas fases em que ideias destrutivas dominam e da aceitação de reparações decorrentes desta destrutividade. Ao sobreviver aos rompantes agressivos, o psicoterapeuta permite a elaboração interna dos aspectos destrutivos de modo que o ciclo benigno se complete por meio da reparação (CESARINO, 2013).

No que diz respeito aos psicóticos, o manejo é a grande parte do trabalho psicoterápico, no qual a adaptação ambiental do analista gira em torno de sustentar o paciente e assumir a responsabilidade pelas falhas. Reviver a situação traumática e em um *setting* que não invada o paciente com a interpretação são os princípios fundamentais do manejo da psicoterapia de psicóticos. Sobre as falhas do analista, Cesarino (2013) elucida:

O paciente usa as falhas do analista – que sempre ocorrem, tendo em vista que não há tentativa de uma adaptação perfeita – com o intuito de reviver a falha original que não pôde ser experienciada. Por meio da experiência de raiva com relação às falhas do analista, “estabelece-se um novo sentimento de eu no paciente, e uma percepção de que o progresso agora significa um crescimento verdadeiro” (Winnicott, 1955d, p. 387).

Cesarino (2013) afirma que o progresso da análise de psicóticos, para Winnicott, depende da capacidade do analista de reconhecer suas falhas e sobreviver aos ataques de raiva, bastante comuns neste tipo de atendimento. O cuidado especializado com este tipo de paciente inclui intervenções do analista no ambiente da família, escola e outras instituições envolvidas, inclusive psiquiátricas, a fim de promover mudanças do ambiente em que o psicótico vive a fim de evitar novas intrusões (WINNICOTT, 1955d, *apud* CESARINO, 2013).

Na tendência antissocial, a função do analista em termos de manejo se dá pela

restauração do ambiente bom perdido, o qual inspira confiabilidade e precisa dar um suporte ao ego. O suprimento do social (ambiente familiar ou institucional), se for possível, tem grande valor para a criança tanto quanto o tratamento psicanalítico (WINNICOTT, 1963/2002b, *apud* CESARINO, 2013).

Tal como Khan (1958/2000) acertadamente assinala, o oferecimento do manejo, após certo tempo, facilita e convida o paciente a um tipo peculiar de regressão, a **regressão à dependência**, que irá ocorrer sempre que houver necessidade. Diferente da acepção freudiana do termo regressão, que diz respeito aos modos de relação com objetos no âmbito das zonas erógenas, Winnicott (1955/2000e; 1955/2000f; 1967/1994f; 1961/2002m), refere-se à **regressão à dependência** no relacionamento do paciente para com o psicoterapeuta, em um processo que ocorre inevitavelmente na psicoterapia psicanalítica. O paciente retorna ao acontecimento que provocou o trauma¹⁹ em um ambiente adaptado às necessidades e protegido, no qual age para encontrar a si mesmo, sem o risco de aniquilação.

A organização que torna a regressão útil se distingue de outras organizações defensivas pelo fato de carregar consigo a esperança de uma nova oportunidade de descongelamento da situação congelada e de proporcionar ao ambiente atual a chance de fazer uma adaptação adequada, apesar de atrasada. (WINNICOTT, 1955/2000f, p. 466).

O autor explica que a regressão não se dá apenas pelo fato de o paciente demandar experiência da dependência, mas devido à necessidade de experimentar o colapso. Por ter vivido uma angústia impensável, ele busca encontrar detalhes do colapso vivenciado no passado, mas, por não ter sido integrado como experiência, não pode ser lembrado²⁰ a não ser que seja vivido novamente (WINNICOTT, 1965/1994e).

Winnicott (1963/1994a,) esclarece que

¹⁹ O **conceito de trauma** na obra de Winnicott (1965/1982h; 1968/1994c) se refere à interrupção da continuidade de ser e a um mecanismo defensivo no qual o paciente congela a situação traumática, por não conseguir lidar com ela sem experienciar a aniquilação, e anseia que futuramente possa retomá-la quando houver condições emocionais e ambientais mais apropriadas para descongelar o fato e agir sem o risco de ser aniquilado. Estes episódios passados ficam então sob seu controle onipotente (FULGENCIO, 2011).

²⁰ Os problemas ocorridos devido a falhas nas etapas iniciais do amadurecimento emocional não são conteúdos reprimidos, uma vez que não foram processados como experiência e integrados à personalidade.

O paciente precisa "lembrar" isto, mas não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse. A única maneira de "lembrar", neste caso, é o paciente experienciar esta coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência (p. 74).

Graças à adaptação do analista, vive-se pela primeira vez o que era necessário experienciar, mas que não foi possível na situação original (WINNICOTT, 1955/2000j). A regressão neste contexto, portanto, mesmo com falhas, tem papel importante na cura, noção esta que difere significativamente da concepção de regressão da psicanálise tradicional, que relaciona a regressão às fixações no desenvolvimento devido às vivências instintuais malogradas. A função da regressão à dependência absoluta é a de revisitar os estágios primitivos na presença do analista e, com a devida assistência, integrar-se e elaborar as emoções até então não nomeadas. A partir do *holding* oferecido, torna-se possível acessar ansiedades intensas que esperam por uma vivência e nomeação suficientemente boas neste novo provimento do ambiente, para que, posteriormente, seja possível retomar o desenvolvimento (WINNICOTT, 1965/1982f).

Forlenza Neto (2008) discorre sobre o fenômeno de regressão à dependência:

É um gesto de esperança. A regressão ocorre por se reconhecer a experiência intrusiva ou de privação e pela capacidade do analista de conter a raiva, a dor e o temor sem ser destruído, sem interromper a análise. É sobrevivendo que o analista pode levar o paciente à retomada do desenvolvimento (p. 85,).

O mesmo autor destaca que os eventos causadores de trauma, inacessíveis de serem recordados e verbalizados, só têm condições de serem resgatados mediante exteriorização do paciente. Esse processo geralmente é acompanhado por um alvoroço emocional que precisa ser contido pelo analista, ao mesmo que este tem que lidar com suas próprias emoções despertadas por esta circunstância delicada do atendimento.

Transcorrido o turbilhão emocional, a incumbência do psicoterapeuta é a de expressar com palavras a realidade do sofrimento do paciente. É pela percepção da disponibilidade da figura do analista que se torna viável a regressão do analisando. Não se trata de promover uma vivência emocional que corrija a experiência insatisfatória, mas de permitir ao paciente que se depare com situações emocionais passíveis, neste momento, de integração (FORLENZA NETO, 2008).

Em virtude da dor que tal processo causa para a dupla analítica, este período torna-se um grande desafio para os envolvidos. Winnicott (1955/2000f) expõe algumas das reações mais comuns dos psicoterapeutas diante da regressão. Eles podem ser extremamente analíticos, estabelecendo a associação livre por meio das palavras, interpelações, atitudes que não tranquilizam o paciente porque não respeitam seu processo pessoal ou agir intuitivamente, com ações voltadas para a adaptação ambiental relativa às regressões do paciente. Nas situações em que a raiva do paciente aponta o alvo para o analista, este pode ser afetado, muitas vezes, em seus aspectos mais vulneráveis. Caso interprete os ataques e não reconheça suas falhas, pode atravancar o andamento da análise, uma vez que é a sobrevivência do terapeuta sem retaliar que faz o tratamento avançar, e não as interpretações verbais (FORLENZA NETO, 2008).

Outro cenário recorrente no contexto de regressão à dependência absoluta é o silêncio do paciente ao invés de ataques. Este comportamento pode demandar do analista que assim permaneça também para que não invada o estado regressivo infantil de seu analisando. A fala do terapeuta neste momento pode convidar o paciente a admitir sua presença, entender suas palavras e se encaminhar para as exigências da realidade, de forma falsa. As sutilezas durante esse trabalho terapêutico nem sempre são claras. Forlenza Neto (2008, p. 84-85) elucida:

O grande trabalho do analista é consigo mesmo – o trabalho de lidar com seu “sentimento de inexistência”. Existe o risco oposto, quando ele revida se retraindo no silêncio defensivo e sai do tão necessário silêncio atento e conectado com o paciente, numa sintonia que nos remete ao fenômeno da “preocupação materna primária” descrita por Winnicott (1956/1978) nos primórdios da relação mãe-bebê. Assim, quando captar o momento de falar, o analista deve assistir o paciente para que este reconheça suas necessidades intocadas, pois sabemos que, nos pacientes que precisam regredir, existe de forma latente a crença na possibilidade de corrigir a falha original. O perigo reside na inaptidão do analista para ir ao encontro da regressão e da dependência absoluta correspondente.

Recuperado da regressão²¹ e após a psicoterapia ter alcançado seu objetivo

²¹ É relevante ressaltar que o manejo diz respeito a uma maneira especializada de cuidar com intervenções realizadas no *setting* e no ambiente social do sujeito, que se caracteriza pela não intrusão e respeito às necessidades singulares de cada indivíduo. Em uma segunda etapa (WINNICOTT, 1955b/2000), depois de um tempo de psicoterapia e condições propícias, deve-se buscar a regressão à dependência para que, por meio deste processo, seja possível retomar o amadurecimento congelado. A regressão à dependência é a finalidade a ser alcançada por meio do manejo.

primeiro – o de promover a integração do paciente enquanto pessoa inteira –, sobrevêm outros conflitos com os quais o analisando tem de se haver. A tarefa do processo psicoterapêutico na fase subsequente consiste no gerenciamento de questões instintuais, na elaboração do Complexo de Édipo e na administração das relações interpessoais nos moldes do que se faz em uma análise padrão (WINNICOTT, 1955/2000f).

2.4 A análise de crianças institucionalizadas e a necessidade do manejo clínico diferenciado

No texto *Tratamento em regime residencial para crianças difíceis*, Winnicott (1947/2002j) assinala a importância de que crianças e adolescentes institucionalizados sejam atendidos em psicoterapia individual. Embora o autor reconheça o valor do processo psicoterapêutico neste contexto, admitia, já naquela época, as grandes dificuldades e responsabilidades inerentes ao trabalho com esta clientela. Entre os obstáculos elencados por ele naquele tempo e que ainda permanecem nos dias de hoje, podem-se destacar: poucas instituições capacitadas a oferecer um conjunto de cuidados adequados para auxiliar o indivíduo a retomar o amadurecimento congelado e dificuldades em encontrar profissionais disponíveis e habilitados para realizar um atendimento psicoterápico individual especializado. Nas palavras do psicanalista, o tipo de análise que estes indivíduos demandam estaria “além da compressão que se tem dos dias de hoje” e deveria ser desempenhada por “analistas empreendedores” (p. 73). Nesta citação, nota-se o destaque do psicanalista à análise modificada, pouco usual entre os psicanalistas daquele período. Winnicott sabia que este conjunto de cuidados propiciado pelo manejo diferenciado era essencial, sobretudo para crianças e adolescentes que haviam sido, em alguns casos, desde muito cedo, expostos aos efeitos emocionais desastrosos de um ambiente insuficiente, prejudicando seu processo de integração e estando mais vulneráveis a psicopatologias diversas.

Além destes problemas, ser afastado da família traz outras complicações com efeitos igualmente devastadores a estes indivíduos, tais como estar abrigado em um

local que não é sua casa, sob os cuidados de estranhos, e ter que compartilhar a residência com desconhecidos. Neste contexto, os institucionalizados relatam sofrer com o rompimento de laços e lugares familiares, pela humilhação e estigmatização dos colegas da escola e da comunidade perante sua situação de pobreza e de estar acolhido, e ao se deparar com a angústia por estar longe das pessoas que amam. Segundo Leoncio (2002; 2009), ter conhecimento que sua família é a causadora do sofrimento, não impede que os acolhidos se deparem com sentimentos ambivalentes durante a institucionalização. A pesquisadora relata que, ao mesmo tempo que percebia nos institucionalizados uma dor lacerante pela separação do ambiente familiar, notava, logo depois, a raiva despotar ao reconhecer a falta de cuidados essenciais dos responsáveis por serem violentos ou negligentes. A ambivalência, por ser um fenômeno muitas vezes desconhecido para as pessoas fora da área psi, pode ser considerado inconcebível para quem observa de fora da situação. Na dissertação de mestrado realizada por esta pesquisadora (PONCE, 2013) foi verificado, ao investigar o imaginário coletivo de cuidadoras institucionais, que, para algumas delas, não havia razão plausível para que os institucionalizados sofressem com o afastamento familiar, uma vez que estava claro que as famílias só haviam causado dor e sofrimento por terem sido insuficientes em termos de cuidado. Esta crença pode repercutir negativamente e transmitir a mensagem para os acolhidos de que não estão recebendo o apoio emocional por parte das novas figuras de cuidado e, conseqüentemente, fazê-los crer que suas reações e sentimentos não são válidos ou não merecem atenção por não corresponderem às expectativas.

Diante do ambiente hostil que se apresenta nos mais diversos meios de convivência dos abrigados, é importante elencar as repercussões desta exposição contínua à imprevisibilidade para a saúde psíquica do ser humano em desenvolvimento de acordo com Winnicott (1950b/2002f). São eles: o ódio reprimido ou prejuízo da capacidade de amar; exacerbação de mecanismos defensivos da personalidade infantil e possibilidade de cisões; introversão patológica; e, regressões às etapas primitivas do desenvolvimento em que vivenciou experiências suficientemente satisfatórias.

Outra contribuição relevante sobre o tema é mencionada por Winnicott (1941/2002a) em seu artigo *Resenha sobre The Cambridge Evacuation Survey: um estudo em tempo de guerra sobre bem-estar social e educação*. Nele, cita as valiosas

ideias do colega Bowlby, sobre as psicopatologias que ele observou nas crianças evacuadas em Cambridge. Destaca seis grandes grupos psicopatológicos nos quais estes indivíduos podem ser inseridos: 1) os que apresentam ansiedade, podendo ter ou não um quadro associado de depressão; 2) os introvertidos, que tendem a se afastar do relacionamento interpessoal e a evitá-lo; 3) os briguentos e ciumentos; 4) os agressivos e hiperativos; 5) os que flutuam entre exaltação e depressão; 6) os delinquentes.

Bowlby (WINNICOTT, 1941/2002a) também classificou os evacuados de acordo com graus de perturbação. Os de menor gravidade, Grau 1, apresentavam indícios de ligeira dificuldade ou tendência, que poderiam ser auxiliados se recebessem tratamento razoável e compreensão dos acontecimentos em casa ou na escola. Os que exibiam o Grau 2 tinham um desajustamento mais intenso e necessitavam de um tratamento clínico, podendo melhorar com cuidado e atenção apropriados. O Grau 3 era definido como um distúrbio emocional profundo e sério, que, se não fosse tratado logo de início, poderia provocar futuramente um sério colapso). A descrição destes adoecimentos resultantes do afastamento familiar e da institucionalização tem similaridades com alguns dos perfis encontrados nas instituições de acolhimento nos dias de hoje²².

Dadas as especificidades do psiquismo dos abrigados, vários autores contemporâneos brasileiros relatam, em suas experiências de atendimento psicoterápico com esta clientela, pressupostos que concordam (mesmo em abordagens teóricas diversas) com a necessidade de se oferecer um enquadre de atendimento que contemple manejo de *setting* diferenciado do tradicional como a opção mais eficaz e menos invasiva com pacientes deste tipo, que viveram traumas significativos.

O trabalho de Ferreira (2011) revela que, em muitas situações, o sofrimento vivenciado deixa marcas permanentes no corpo e na alma daqueles que o viveram. Relatos de abuso físico, sexual, negligência no cuidado essencial são frequentes nesta conjuntura. Com o acolhimento na instituição, as vivências dolorosas, infelizmente, não se encerram, apenas mudam de feição, retraumatizando o indivíduo quando sobrevém o rompimento abrupto dos laços de afeto, projetos e referências ali constituídos. Na perspectiva da autora, alguns dos traumas vivenciados pelos institucionalizados não são

²² Alguns destes quadros podem ser encontrados na presente pesquisa e serão discutidos conforme se manifestarem nos casos clínicos.

elaboráveis do ponto de vista psicanalítico, por promoverem um estado de desintegração e perda de si, e, por isso, fica retido no registro do irrepresentável. Diante desta clínica marcada pelo excesso e transbordamentos nas sessões, ela ressalta a importância de se oferecer um enquadre clínico diferente do propiciado nos casos de traumas assimiláveis, não se apressando nas intervenções simbólicas sob a forma de uma interpretação.

Rotondaro (2002) defrontou-se com a necessidade de flexibilizar sua ação no *setting* com pacientes provenientes de instituições, e procurou ir ao encontro das necessidades de cada um deles, respeitando seu ritmo a fim de estabelecer o vínculo, sem invadi-los. A autora também aponta que crianças acolhidas anseiam, mediante a transferência, por um objeto acolhedor, sensível às suas necessidades e medos.

Leoncio (2009), pautada nos preceitos winnicottianos, ao realizar consultas terapêuticas com crianças institucionalizadas e seus pais, destaca que, em seus encontros, objetivou despertar nos pais recursos emocionais capazes de promover um melhor cuidado aos filhos. Por meio do *holding* aos membros da família, foi possível facilitar a expressão emocional dos envolvidos, sem perder de vista a condição de fragilidade deles, resguardando-os, na medida do possível, das agonias impensáveis que não poderiam ser trabalhadas devido à transitoriedade dos encontros.

Sei (2008), em seu artigo, relata o caso de uma criança abrigada que sofreu violência. A autora e também psicoterapeuta se deparou com a necessidade de adaptar o *setting* e desempenhar as funções de mãe suficientemente boa, com o cuidado de não invadir o paciente com a interpretação e sua presença nos momentos em que ele se distanciava.

No seu trabalho como psicóloga de uma instituição de acolhimento, Cagnani (2015) fez intervenções psicoterapêuticas junto a uma criança e ofereceu, simultaneamente, orientações no ambiente da instituição. Seu intento consistia em adequar o provimento do social ao mais próximo do desejável no ponto de vista de cuidados suficientemente bons (em termos de afeto, paciência, abertura) para que os abrigados pudessem se expressar.

A pesquisa de Cunha (2003) traz uma observação importante em termos de manejo fora do *setting* a ser realizado no ambiente institucional. Destaca que a equipe

deve resistir aos ataques agressivos das crianças sem retaliar e conhecer a história de vida de cada uma das crianças e adolescentes para que possa compreender a dinâmica de comportamento de cada um deles. Ele explica:

O fato da criança ter tido um bom começo de vida familiar, por exemplo, significa que os alicerces da saúde mental podem ter sido bem assentados e que essa experiência saudável pode ser descoberta e reativada se ela encontrar um bom ambiente. Num outro extremo, se a criança não teve esta boa experiência, os alicerces de sua personalidade não foram bem assentados, torna-se doente e frágil. O bom ambiente terá assim que ser criado pela primeira vez, ou nem poderá ser aproveitado, devido ao seu estado de debilidade (CUNHA, 2003, p. 67).

O manejo provido pelo social se torna ainda mais importante quando a criança se defronta com o ambiente institucional. Winnicott (1946/2002d) descreve algumas reações comuns dos abrigados, as quais a equipe de trabalho da Casa de Acolhida deve estar ciente. Ao chegar na instituição, o indivíduo age normalmente e não apresenta alterações no comportamento em virtude da idealização inicial que tem dos cuidadores e colegas. Depois da fase de reconhecimento do terreno, desmantela-se a idealização e há um período de teste das pessoas e do prédio por parte da criança com o intuito de verificar a magnitude dos estragos que pode gerar na instituição. Caso comprove que pode ser controlado fisicamente e que sua atitude não desperta temor nos responsáveis, o acolhido começa a instigar conflitos entre as pessoas, na tentativa de se favorecer ao máximo ante a situação. Isto acontece devido à nova provisão ambiental, que precisa ser testada quanto à sua confiabilidade, mas que, inevitavelmente, remete a privações passadas. Com a comprovação de que o ambiente é assertivo, tem início o terceiro momento, no qual a tranquilidade toma conta e o institucionalizado percebe que o meio resiste aos conflitos e é capaz de contê-los adequadamente

Cunha (2003) ressalta a necessidade de os funcionários das instituições conhecerem as crianças o suficiente para que possam recorrer, nas fases mais conturbadas de adaptação, a atividades, objetos e atitudes significativas que possam acalmá-las e confortá-las, minimizando o impacto do sofrimento naquela circunstância. Contar a história preferida, cantar uma música conhecida e oferecer um brinquedo significativo podem possibilitar que os institucionalizados façam um uso transicional destes instrumentos, de forma que sirvam de auxílio no processo de ajustamento ao novo

ambiente e ampliem a capacidade individual de tolerar frustrações e novas circunstâncias que estão por vir.

Outra ação de cuidado especializado que Cunha (2003) comenta é a de se manter, na medida possível, certa estabilidade no quadro de funcionários, para que os acolhidos tenham a oportunidade de completar o ciclo benigno e encontrar a pessoa a quem direcionou sua destrutividade para fazer as reparações subsequentes. Embora pareça uma medida simples que pode ser oferecida sem problemas, existem dificuldades em implementá-la devido à alta rotatividade de profissionais que se revezam no cuidado, em turnos. Quando o institucionalizado resolve reparar a destruição dirigida a um determinado cuidador pode não encontrar a pessoa atacada, empecilho que pode lhe causar muita ansiedade. A importância de se completar o ciclo benigno no ambiente institucional se mostra ainda mais acentuada nos contextos familiares em que isso não foi possível. Levando em consideração que os principais motivos de institucionalização no Brasil remetem a lares insuficientes (violência doméstica, pais viciados em drogas e/ou álcool, encarceramento dos responsáveis, entre outros), é muito provável que, nestes grupos familiares, ocorreram tentativas fracassadas em completar o ciclo benigno, seja devido à resposta parental inadequada, de retaliação frente à destrutividade infantil, seja pelas constantes ausências das figuras de cuidado, conjuntura que os impede de receber a reparação infantil. Pressupõe-se que o surgimento de fantasias infantis de que a dissolução ou afastamento da família se deu em virtude de sua agressividade ou comportamento inadequado, seja decorrência de um conjunto de insucessos para completar este processo tão imprescindível no amadurecimento emocional.

Demonstrado o valor do manejo adaptado como fundamental no acolhimento psicoterapêutico de crianças profundamente traumatizadas, é relevante ressaltar que estas atitudes de cuidado especializado também colaboram, visto que facilitam o vínculo entre analista-paciente. Oferecer uma adaptação ambiental sensivelmente ajustada às necessidades dos abrigados (tanto na Casa de Acolhida, quanto no *setting* analítico) propicia o estabelecimento de um padrão de confiabilidade e traz benefícios terapêuticos aos atendidos.

Na psicoterapia com crianças, o oferecimento do manejo não dispensa o brincar,

o que muitas vezes se coloca em suspenso é o trabalho interpretativo realizado na análise padrão. O papel do psicoterapeuta infantil é sustentar a situação brincante e propiciar formas de comunicação diversas (não necessariamente verbais), dentre elas, ressaltam-se o valor e a função da comunicação silenciosa e daquela promovida pela situação lúdica. Coloca-se em xeque a capacidade do analista de estabelecer essa comunicação pelo brincar sem interpretar, situação que, eventualmente, pode culminar na falha do analista, que, assim como a mãe, não é perfeito (WINNICOTT, 1968/1996b). O mais importante, defende Winnicott (1971/1975d), é proporcionar um cuidado ambiental real, no qual a psicoterapia possa acontecer pelo brincar da dupla efetivamente.

É imprescindível salientar que, embora se reconheça o fato de a maioria das crianças institucionalizadas ter vivenciado grandes e muitas vezes sucessivos traumas, cada qual os experienciou em tempos e intensidades diferentes, com uma história de vida particular, enfrentando o sofrimento com os recursos emocionais de que dispõe. De posse das similaridades e das diferenças entre os casos, o que se almeja é fazer uma análise de cada paciente o mais despido de preconceitos possível, de acordo com suas singularidades.

Finaliza-se esta parte, apresentando, nas próximas páginas, o objetivo e o método utilizado nesta tese.

3 OBJETIVO E ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudo tem por objetivo explicitar, por meio de estudos pesquisa e análise de casos clínicos, estratégias e desafios para o atendimento psicoterápico de crianças institucionalizadas de um Abrigo Institucional do Interior do Estado de São Paulo.

A orientação metodológica para a realização desta tese pautou-se no referencial psicanalítico winnicottiano. Seus fundamentos orientaram não só o método de investigação como também a abordagem clínica da psicoterapia dos pacientes/participantes.

Quanto ao número de participantes, trabalhou-se com cinco crianças de um Abrigo Institucional do interior do Estado de São Paulo. A equipe da instituição indicou, de acordo com a demanda, as crianças que ainda não estavam em atendimento psicológico. Os atendimentos foram realizados em uma clínica-escola, na qual a psicóloga/pesquisadora atendeu como voluntária.

Foi observada a Resolução nº 0466/12 do Ministério da Saúde, junto ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, que resguarda os aspectos éticos desta pesquisa tanto em relação aos sujeitos quanto à instituição envolvida. Após a aprovação do Comitê de Ética, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido²³ (ANEXO 1) pelo representante legal dos menores envolvidos, salvaguardando, obviamente, o direito de recusa de participação na pesquisa dos que não estavam dispostos.

Considerando o fato de o atendimento ter sido proposto para que a pesquisa fosse realizada,²⁴ havia a preocupação de que o processo psicoterapêutico sofresse tal viés e, afetado pela escolha do tema, consequentemente, prejudicasse a qualidade do serviço prestado. Em face deste dilema, foi feita a opção por uma temática que analisasse o atendimento em si e suas particularidades, para que se procedesse como

²³ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado ante a primeira ideia de pesquisa que tinha como intuito investigar os sentidos do afastamento familiar para crianças institucionalizadas visitadas ou não pela família natural.

²⁴ A duração destes atendimentos poderia se estender por até um ano. Estipulou-se este prazo para que fosse possível colher dados, finalizar o atendimento e elaborar a tese. Somente em um dos casos a criança permaneceu em atendimento para além deste período. Em virtude da necessidade de delimitação de um tempo para encerrar a coleta de dados, a paciente/participante foi encaminhada para que outro profissional prosseguisse com a psicoterapia.

em qualquer outro atendimento psicológico: trabalhando para que o processo terapêutico transcorresse da melhor maneira possível.

Freud (1914/1976a) foi o primeiro a considerar a abrangência da *psicanálise* como um método de investigação, teoria e procedimento terapêutico. Como frentes de trabalho interdependentes, as vivências clínicas contribuem nas formulações técnicas e teóricas que, inevitavelmente, recaem nos pacientes e podem se desdobrar em outros campos científicos e na vida cotidiana do ser humano. Referenda-se, portanto, a possibilidade de pesquisa em psicanálise e considera-se o preconizado por Herrmann (2004) de que a teoria se constrói a cada trabalho clínico, na medida em que enriquece sua compreensão.

Silva (1993) destaca que a pesquisa em psicanálise rompe com o paradigma moderno de ciência ao reconhecer o envolvimento do psiquismo do pesquisador. Abandona-se a busca da Verdade e valoriza-se, por sua vez, o cuidado responsável na elaboração de conjecturas e teorias cada vez mais cientes das distorções que o aparelho mental pode produzir à percepção. Aguiar (2001) evidencia que a Psicanálise deve se colocar para além da discursividade e com um posicionamento crítico, a fim de intervir e transformar algo da ordem do real. Cintra e Naffah Neto (2012) salientam a indissociabilidade da prática psicanalítica e da pesquisa, reconhecendo a subjetividade do analista como especificidade desta ciência do singular.

É oportuno apontar sobre o percurso a ser trilhado da clínica cotidiana à pesquisa, uma vez que esta é a trajetória do pesquisador em psicanálise. Naffah Neto (2006, p. 280) explica:

De forma análoga, quando recolho as minhas experiências clínicas e as utilizo criativamente para elucidar ou problematizar questões teóricas, psicopatológicas ou técnicas, também estou fazendo pesquisa, o que significa dizer que, através desse caminho, chegarei a algum sentido novo, capaz de produzir alguma transformação no cabedal de conhecimentos acumulados até então.

Acrescentam Cintra e Naffah Neto (2012) que há pelo menos dois modos possíveis de pesquisa dentro do âmbito psicanalítico.

O primeiro deles é o da pesquisa-escuta, pesquisa clínica por excelência, no interior da qual a atenção flutuante do analista e as associações livres do

analisando contribuem para a produção de sentido, graças à concorrência de processos inconscientes. O segundo, o da pesquisa-investigação, pesquisa teórico-metodológica, responsável em última instância pelo crescimento e aperfeiçoamento da disciplina psicanalítica, que complementa e dá suporte à pesquisa clínica, recebendo dela, ao mesmo tempo, o estímulo para o seu trabalho construtivo. Temos, pois, aí, duas formas de pesquisa que se complementam, se alternam e se contradizem em uma dialética interminável, na qual nenhuma síntese é definitiva (p. 281).

Dentro da pesquisa-escuta se situam os trabalhos de relatos de casos clínicos, sobre os quais a presente tese de doutorado se dedica. Entretanto ela se prolonga em sua finalidade de pesquisa-investigação ao avaliar e sistematizar as estratégias e desafios que caracterizam esse tipo de atendimento psicanalítico.

3.1 Instrumentos de pesquisa

Para se alcançar o objetivo traçado *a priori*, definiu-se o estudo de caso como principal instrumento para refletir, interpretar e analisar psicanaliticamente as informações obtidas. Alguns elementos auxiliaram na composição dos casos clínicos. São eles: a história de vida/institucionalização dos pacientes/participantes presentes na ficha cadastral do Abrigo, fornecidos pelos funcionários da instituição, e o material clínico proveniente da psicoterapia lúdica, incluindo a análise dos desenhos e histórias espontâneas relatadas durante as sessões.

A coleta de informações sobre a história de vida/institucionalização foi realizada por meio de uma entrevista clínica semiestruturada²⁵ com os funcionários do Abrigo. Teve por finalidade conhecer um pouco da trajetória das crianças até o momento do abrigo, bem como a demanda para atendimento psicológico de cada uma delas. Objetivou-se com este contato realizar um levantamento mais detalhado da história de desenvolvimento das crianças, uma vez que não se conseguiu obter estas informações com os pais/responsáveis. Conforme ocorriam novidades sobre a situação da criança perante a Justiça, a equipe da instituição notificava a psicóloga/pesquisadora sobre qualquer mudança significativa dos casos.

²⁵ O caso clínico, como instrumento de pesquisa, é desenvolvido por meio de diversas fontes. A entrevista clínica semiestruturada com os funcionários é parte integrante dos casos.

Por meio do relato das sessões de psicoterapia dos abrigados que aceitaram participar da pesquisa foram elencados os elementos do *setting* analítico, a evolução da psicoterapia para cada um dos participantes e de que maneira o manejo clínico diferenciado auxiliou na promoção de um espaço de escuta e acolhimento ao sofrimento infantil, contribuindo nos processos de resignificação e elaboração psíquica desta clientela. A construção das narrativas de cada caso foram descritas com base nos seguintes aspectos: a) apresentação da história de vida/abrigamento da criança, b) o início da psicoterapia e a expressão de suas necessidades, c) o trabalho terapêutico realizado, d) o encerramento/desacolhimento e a interrupção da psicoterapia. A escolha da estrutura de organização teve como intuito privilegiar as principais brincadeiras e os momentos mais significativos dos encontros, tornando viável que se trabalhasse com os casos com poucas sessões. São justamente estes que ilustram a necessidade de se oferecer às crianças abrigadas uma psicoterapia prolongada, para que elas possam retomar o amadurecimento congelado pelo trauma.

Segundo Granato; Cobert; Aiello-Vaisberg (2011), devido à proximidade entre o narrar e o acontecer dramático, é possível considerar fidedigno o acesso à vivência emocional e de elaboração do viver, considerando, de acordo com Safra (1994), o psiquismo do pesquisador e sua reflexão da experiência. A noção de narrativas interativas de Granato, Corbett e Aiello- Vaisberg (2011) é um conceito bastante apropriado neste contexto por considerar que a versão narrada se configura em uma experiência de abertura para o inesperado, que convoca o próprio pesquisador e os leitores a elaborarem novas hipóteses, para que sejam alcançados novos sentidos para as experiências emocionais ali descritas.

Considerando as limitações institucionais, do enquadre e da própria pesquisadora, psicoterapeuta em constante formação, fez-se o que foi possível. O percurso se pautou na ideia winnicottiana de que o analista deve ter por objetivo ser verdadeiro e se portar bem (WINNICOTT, 1965/1982g). Sob uma perspectiva realista, a qual Winnicott (1968/1996b) ressalta ser valiosa, coloca-se a adaptação humana e falível do psicoterapeuta como o elemento que propicia o surgimento da confiabilidade, uma vez que há sempre a preocupação de corrigir estas falhas a tempo, a fim de não torná-las demasiadas e desestruturantes.

É preciso considerar que, ao tomar o método clínico como o meio escolhido para a análise dos casos, pode trazer ansiedade e angústia, por tratar de questões de foro íntimo, conforme alerta Turato (2000). Com este conjunto de métodos e técnicas adequadas, o pesquisador dirige sua atenção às angústias e ansiedades que perpassam a vida humana, proporcionando uma escuta apropriada que leva em consideração o sujeito como um todo, possibilitando conhecer as vivências e representações de suas experiências de vida (TURATO, 2003, 2005). Os aspectos teóricos são discutidos e analisados a partir da clínica e da relação paciente-terapeuta (CALIL; ARRUDA, 2004), valendo-se do relato estruturado de um caso clínico,

Para a Psicanálise, o caso clínico compreende o relato de uma experiência singular, escrita por um analista a fim de descrever seu encontro com o paciente e fomentar um avanço teórico. Utilizando-se do estilo narrativo de escrita, destaca-se uma situação clínica que elucida uma construção teórica (NASIO, 2001). Ponte (1994) ressalta que o objetivo é demonstrar o que há de fundamental e característico no caso em questão. A singularidade, nesta perspectiva, vem tanto da experiência do paciente/participante quanto da atuação do analista/pesquisador, uma vez que não existe generalização e replicação da situação, devido às peculiaridades da dupla.

Iribarry (2003) expõe os elementos integrantes desta estratégia metodológica. O delineamento conceitual é importante para demarcar o objeto da investigação no estudo de caso. Explica que, ao serem esboçados os conceitos, elegem-se “[...] os fenômenos, temas ou questões norteadoras da pesquisa” p.132. Com base na hipótese, selecionam-se excertos do caso ou da sessão e, por meio de um comportamento expresso verbalmente ou de maneira não verbal, descreve-se a realidade psicológica do comportamento observado. O aporte teórico tem como função oferecer recursos e referências para desenvolver a hipótese. Mantendo as considerações teóricas em mente, elaboram-se um relato dos acontecimentos que orienta a narrativa, no sentido de expor a evolução do tratamento. Deste modo, o relato e o registro do caso são dados do trabalho de pesquisa que serão analisados por meio de ferramentas metodológicas de avaliação do conteúdo e análise do discurso. Na circunstância da presente pesquisa, privilegiou-

se a evolução clínica e psicopatológica dos casos devido ao fato de não ter sido possível realizar um psicodiagnóstico com os familiares.²⁶

Por último, discute-se sobre a análise dos desenhos e histórias livres elaborados durante as sessões. Foram objetos de exame os aspectos formais dos desenhos mais significativos e os conteúdos das histórias contadas pelos pacientes/participantes. De acordo com Camps (2003) e Tachibana (2011), o terapeuta-pesquisador que propicia uma atmosfera acolhedora e não invasiva, tal como uma mãe suficientemente boa, torna-se capaz de receber, por meio dos desenhos e das histórias, os objetos (amorosos ou destrutivos) e promover a sustentação emocional necessária para que o paciente/participante possa se deparar com estes conteúdos emocionais e consiga suportar as implicações deles decorrentes. Graças ao enquadre diferenciado inspirado nas consultas terapêuticas de Winnicott,²⁷ permitiu-se aos indivíduos que atuassem na transicionalidade, expressando sua singularidade através das produções gráficas e escritas (RIBEIRO; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2008)²⁸.

Encerra-se a exposição metodológica e dos instrumentos desta pesquisa. A seguir, são caracterizados os aspectos gerais do atendimento e, mais adiante, os estudos de caso.

3.2 Aspectos gerais dos atendimentos

3.2.1 Caracterização da instituição de Abrigo dos pacientes/ participantes

Os pacientes/participantes da presente pesquisa de doutorado residiam em um Abrigo Institucional que acolhe provisoriamente crianças e adolescentes afastados do

²⁶ Inúmeros obstáculos se interpuseram na realização de uma anamnese com os pais e/ou responsáveis para resgatar a história de vida das crianças institucionalizadas e reconstituir os fatos relevantes da trajetória infantil até o momento da psicoterapia. Alguns estavam impossibilitados de comparecer devido ao encarceramento, com outros, não foi possível marcar entrevista ou não compareceram aos encontros agendados para a realização da anamnese. Diante desta dificuldade, focalizou-se a atenção nos dados do abrigo e da dinâmica familiar fornecidos pelos funcionários da instituição, e nos acontecimentos no *setting*, os quais permitiram a dedução acerca de algumas situações significativas, do ponto de vista clínico, que marcaram positiva ou negativamente a vida dos participantes.

²⁷ O psicanalista brincava com os pacientes num jogo denominado *Jogo do Rabisco*, oferecendo a eles um espaço lúdico e a possibilidade de uma comunicação emocional profunda, permitindo aflorar nos envolvidos a espontaneidade e criatividade (WINNICOTT, 1975).

²⁸ As contribuições de Camps (2003), Tachibana (2011) e Ribeiro, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008) foram originalmente formuladas para a pesquisa com o *Procedimento Desenho História com Tema* (PDE-T). Por serem cabíveis, foram transpostas ao contexto de análise dos desenhos e histórias livres.

convívio familiar por meio de medida protetiva de abrigo (ECA, Art. 101). Esta medida ocorre nos casos em que houve abandono ou impossibilidade familiar de cumprir sua função de cuidado e proteção, e nele permanecem até que sejam liberados pela Justiça para regressar ao convívio com a família de origem ou serem encaminhados para família substituta.

Pautado na exigência da lei (CNAS/CONANDA, 2009), o local é semelhante a uma residência (sem placas que o identifiquem como instituição) e está inserido em área residencial. O Abrigo Institucional em questão situa-se em uma casa pequena, com os seguintes cômodos: uma sala para a equipe técnica e coordenação, uma cozinha/refeitório, duas dispensas (uma para alimentos e outra com roupas e calçados), duas salas de estar, três banheiros, um quarto pequeno onde se localiza a brinquedoteca, três quartos pequenos (um para os bebês com três berços, um para as meninas com três beliches e um para os meninos com três beliches). Há em cada quarto um guarda-roupa e um armário, a ser dividido entre os abrigados para que armazenem suas roupas, calçados e pertences pessoais²⁹

Segundo informações da coordenadora da casa, o local pode receber até 20 crianças/adolescentes, entretanto a média de usuários não ultrapassa 14 pessoas em períodos de maior fluxo. O público-alvo são crianças e adolescentes de 0 a 18 anos.

A equipe da instituição, na data de apuração das informações, era formada por duas cozinheiras, dois motoristas, uma coordenadora, uma psicóloga, uma assistente social, um funcionário responsável pelo setor administrativo e quatro educadores/cuidadores (dois no período matutino/vespertino e dois no período noturno).

Os educadores/cuidadores têm formação pedagógica e trabalham em turnos de 12 horas, para facilitar a vinculação e permitir que se crie uma rotina de tarefas realizadas pelo mesmo profissional, tais como oferecer café da manhã, almoço, jantar, encaminhar para o banho, preparar para a escola, apoiar as tarefas escolares, colocar para dormir, etc. As *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes* pressupõem que este modelo de atendimento, com menor número de abrigados,

²⁹ As crianças tinham algumas roupas e poucos brinquedos pessoais. Os brinquedos restantes eram de uso comum, em sua maioria muito deteriorados ou faltando peças.

proporciona um acolhimento mais personalizado a fim de beneficiar o convívio familiar e comunitário e viabilizar que usufruam dos equipamentos e serviços na comunidade local.

Embora este novo modelo de acolhimento facilite o oferecimento de um atendimento mais singular e pessoal, não representa por si só um ambiente suficientemente bom do ponto de vista winnicottiano (1962/1982c). Como já foi anteriormente exposto, o contexto de abrigo deve promover aos abrigados a experiência de um **lar primário**, no qual se ofereça um espaço ajustado às necessidades da criança, com cuidadores sensíveis e confiáveis e continentais frente aos testes de resistência ambiental das crianças, capazes de suportar a destrutividade que desponta, inevitavelmente, em crianças e adolescentes em desenvolvimento.

No que se refere aos cuidadores, eles precisam ter amadurecido emocionalmente para que proporcionem um cuidado suficiente, mantendo a coerência e a naturalidade. Esta forma de ser pode estabelecer com eles a experiência de mutualidade, vivência tão preciosa sobretudo no contexto de privação familiar em que os abrigados estão inseridos (WINNICOTT, 1948/2002b).

Em várias situações, quatro das cinco crianças atendidas revelaram em conversas, antes e depois das sessões, indícios de laços de afeto bastante significativos com as cuidadoras e equipe técnica que trabalhavam na instituição na época da pesquisa. Demonstraram grande pesar quando uma das cuidadoras mais queridas deixou o cargo; percebiam nelas sinais de afeto e atenção; buscavam o contato físico e recebiam retribuição do carinho; reconheciam a preocupação e o cuidado da equipe mesmo quando impunham limites ao comportamento agressivo e um deles até comemorou seu retorno à instituição após duas tentativas frustradas de reintegração familiar.

Como nenhuma relação é perfeita, havia atritos entre cuidadores e crianças, geralmente associados ao não cumprimento das ordens de realizar as atividades nos horários previstos, ou por se envolver/tomar partido nas brigas entre os acolhidos. As dificuldades entre cuidadores e abrigados se acirravam nos períodos em que a casa recebia adolescentes. O clima da instituição tornava-se mais tenso com queixas frequentes de ambos os lados: os jovens reclamavam da rispidez e falta de paciência dos cuidadores ao estabelecerem as normas da casa, e os profissionais se sentiam

exauridos com os constantes acessos de fúria e rebeldia por parte dos adolescentes, que não acatavam minimamente as regras impostas.

Apesar dos problemas existentes, ao que tudo indica, este Abrigo Institucional, na época da coleta de dados, propiciava um ambiente suficientemente bom, apresentando a estabilidade que faltava a muitos abrigados, promovendo o básico – alimento, escolarização, cuidados de higiene – e o relevante em termos de cuidados emocionais – constância, carinho, preocupação e confiabilidade.

Sabe-se, no entanto, que, embora as condições institucionais suficientemente humanizadas e afetuosas sejam imprescindíveis para as crianças que residem naquele espaço, não são substitutos à altura de um lar familiar. De acordo com Santos (2000), há vazios afetivos e existenciais muito profundos que não podem ser preenchidos plenamente em um ambiente institucional. Winnicott (1947/2002j, p. 77), por sua vez, destaca que “é a natureza permanente do lar que o torna valioso”, sendo assim, viver em um abrigo pode não oferecer à criança ou ao adolescente aquilo que é demandado em termos emocionais e conforme seu ritmo e singularidade. Soma-se a isto a falta de garantias de estabilidade em virtude da rotatividade de cuidadoras e do caráter provisório da institucionalização. Além destas questões, ainda há que se considerar um outro aspecto importante neste cenário: os abrigados nunca deixam de desejar um lar que promova a experiência de acolhimento e segurança e a sensação de que são desejados e amados como filhos.

3.2.2 Entrevista de seleção dos pacientes/participantes e coleta de informações com a equipe técnica da instituição

Selecionaram-se, a partir da demanda apresentada pelos funcionários do local, sete crianças que estavam sem atendimento psicológico e desejavam ser atendidas e participar da pesquisa.

Instituiu-se como critério de inclusão dos participantes na pesquisa ter no mínimo quatro sessões com a terapeuta-pesquisadora, para que se pudesse considerar a formação de um vínculo e de uma relação terapêutica suficientemente estabelecida, para que fosse passível de análise. Das sete crianças, cinco se adequaram ao parâmetro

estipulado, já que, com as outras duas, realizaram-se apenas duas sessões. O estabelecimento deste critério foi fundamental, uma vez que o atendimento clínico só foi praticável enquanto as crianças estavam na instituição³⁰.

Após manifestarem sua concordância perante a responsável, esta assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido³¹, bem como os participantes o fizeram à sua maneira. As informações disponíveis na ficha cadastral sobre a história de vida e acolhimento das crianças foram transmitidas pela responsável e pela psicóloga da instituição, bem como a demanda para atendimento psicológico. Após estabelecidos os dias e horários de cada criança, iniciou-se o processo psicoterápico³².

Os atendimentos de cada participante ocorriam uma vez por semana, e o transporte dessas crianças até a clínica-escola era responsabilidade da Casa de Acolhida.

3.2.3 Local de realização dos atendimentos

Trata-se de uma clínica-escola pertencente a uma Universidade do interior do Estado de São Paulo, que cumpre sua função de Unidade Auxiliar junto ao curso de psicologia e tem diversas funções como Ensino, Pesquisa ou Extensão³³.

A estrutura física da clínica-escola conta com área administrativa e suas respectivas sessões: uma Secretaria, uma Sala do Supervisor/Responsável Técnico, duas Salas para Psicólogo, uma Copa para Funcionários, um Setor de Recepção, um Setor de Testes e Materiais, um Setor de Prontuários, uma Sala de Arquivos, dois Sanitários (internos); assim como a área de atendimento à comunidade com a seguinte disposição: uma Sala de Espera para Pacientes, uma Copa para uso dos Discentes, uma

³⁰ A princípio, buscou-se prolongar o atendimento dos participantes que retornaram ao lar familiar, entretanto, devido a dificuldades diversas (financeiras para transportar as crianças ao local de atendimento, falta de disponibilidade familiar para levá-las à terapia, por estar em horário de trabalho ou não ter com quem deixar os outros filhos) reconheceu-se a impossibilidade de manter o atendimento depois que as crianças deixaram o Abrigo.

³¹ A coordenadora do Abrigo institucional é a responsável legal pelas crianças no período em que permanecerem abrigadas.

³² Devido ao espaço físico restrito da instituição e o persistente sentimento de desconfiança por parte dos abrigados, optou-se por realizar os atendimentos fora do Abrigo, oferecendo-lhes um território neutro, sem interferência de qualquer pessoa que conviva no ambiente institucional, demarcando um espaço individualizado em que pudesse ser assegurado o sigilo de nossos encontros.

³³ As informações sobre o local foram retiradas do website da Universidade, e não será referenciado para evitar a identificação da cidade, da clínica-escola da Universidade e da instituição de acolhimento na qual foram selecionados os participantes.

Sala para a Empresa Júnior, uma Sala de Supervisão, uma Sala de Computadores para uso dos Discentes, uma Sala de Espera para os Estagiários, uma Sala de Psicodrama, três Salas de Grupos (Multiuso), três Salas de Ludoterapia, dez Salas de Atendimento, dois Sanitários (externos).

Os serviços oferecidos ali são gratuitos e atendem à comunidade interna (professores, funcionários, alunos e dependentes) e, sobretudo, à comunidade externa, oriunda da cidade-sede e dos municípios da região. No que se refere aos Atendimentos Psicológicos que compreendem as psicoterapias, há atendimentos sob diferentes abordagens, tanto grupais como individuais, dispondo-se ao atendimento de todas as faixas etárias, desde a infância até a terceira idade.

Os atendimentos realizados nesta pesquisa ocorreram nas Salas de Ludoterapia, descritas detalhadamente a seguir.

3.2.4 Descrição da sala de ludoterapia, objetos e brinquedos de uso comum

A sala mede (4,11x 5,90 m) e possui um ar condicionado, um ventilador de teto, uma área externa e armários individuais com chave para cada paciente ali atendido. A sala está equipada com uma mesa quadrada infantil com quatro cadeiras pequenas; uma mesa retangular de dois metros de comprimento e duas cadeiras de tamanho normal; bolas de vários tamanhos; uma casinha de madeira pequena com quatro cômodos separados, com duas camas, uma geladeira, um sofá e um aparelho de TV feitos de madeira sob medida para a casinha; uma lousa; uma caixa de giz e um colchonete.

Na área externa de aproximadamente (4,0x 5,90 m), há uma caixa de areia de 2x 2m, tanque e torneira com saída de água e um banco de concreto.

3.2.5 Brinquedos individuais de cada paciente/participante

Os brinquedos individuais são apresentados às crianças para que elas decidam quais querem manter no armário. A ideia é que escolham quais e quantos quiser, com a possibilidade de solicitar a qualquer tempo do atendimento aqueles que desprezaram anteriormente. Na lista de itens, constam: duas espadas, duas armas de brinquedo,

blocos de madeira para montar *Brincando de engenheiro* ®³⁴, uma família lúdica sexuada³⁵, três bonecas de tamanhos diferentes (sendo um bebê), um kit de cozinha (panelinhas, fogão, pratos, talheres e copos plásticos), três carrinhos de tamanhos diferentes, um saquinho com animais selvagens e domésticos de plástico, material gráfico: folhas sulfite, massinha de modelar atóxica, lápis de cor e grafite, apontador, canetas coloridas, borracha, canudos, palitos de sorvete e tinta guache atóxica.³⁶

3.2.6 Contrato terapêutico

O contrato terapêutico foi realizado com todos os pacientes/participantes, na primeira sessão, assim que adentraram à sala. O objetivo desta iniciativa foi explicar, em uma linguagem acessível, como decorreria a psicoterapia, os limites e possibilidades da dupla terapêutica, a duração das sessões e sua periodicidade, anúncio de feriados e marcação de férias e todos os detalhes importantes a serem acertados.

No primeiro encontro no *setting*, a psicóloga/pesquisadora se reapresentou, repetindo seu nome e profissão e perguntando novamente se a criança sabia o que fazia um psicólogo³⁷. Depois de esclarecer eventuais dúvidas ou confusões, ressaltou que ali seria um espaço no qual se poderia conversar sobre tudo o que quisessem e brincar com os brinquedos oferecidos ou qualquer brincadeira inventada desde que não houvesse risco de os envolvidos se machucarem fisicamente. Foi esclarecido sobre a confidencialidade das sessões e que, ao contarem suas histórias na pesquisa, alteraria todos os dados que permitissem a identificação deles a fim de proteger suas identidades. Foram repassados os dias e horários marcados dos encontros e sobre a possibilidade de trocar o dia e hora, dependendo da necessidade. Mostrou-se um armário com chave numerada (em cada uma constava o nome de cada paciente e da

³⁴ Este brinquedo é uma marca registrada e por isso usa-se a sigla ® acima do nome.

³⁵ Os bonecos são de pano e compostos por três figuras masculinas: uma representa o pai, outra mais envelhecida, o avô e outra menor, o filho; e três figuras femininas para retratar a mãe, a avó e a filha. Todos têm os órgãos genitais bordados, e a figura que representa a mãe tem um pequeno boneco removível que indica a gravidez. As famílias têm bonecos de várias etnias misturados a fim de contemplar a diversidade racial da família brasileira.

³⁶ Os brinquedos devem ser mantidos no armário a fim de garantir a estrutura mínima para o brincar. Combina-se com as crianças que apenas os desenhos ou produções gráficas podem ser levados por eles após as sessões.

³⁷ A apresentação da proposta de atendimento e da pesquisa foi realizada pela primeira vez na instituição quando a psicóloga/pesquisadora questionou sobre o desejo e consentimento das crianças. Com crianças, sempre são retomadas estas questões no primeiro encontro a fim de desmistificar eventuais confusões, preconceitos e fantasias acerca da prática psicológica.

psicóloga/pesquisadora), indicando ser ali o local onde seriam guardados os brinquedos da caixa lúdica escolhidos e o material produzido durante as sessões, reassegurando que ninguém mexeria ali, exceto os membros grupo nos dias de sessão. Devido à coletivização do espaço de moradia e brinquedos nas instituições de acolhimento, considerou-se importante criar um ritual de entrega da chave do armário ao final de cada sessão. Os pacientes/participantes acompanhavam a psicóloga/pesquisadora em cada encontro até o local onde eram guardadas todas as chaves, para que que sentissem que suas coisas estariam seguras e bem guardadas até o próximo encontro³⁸.

³⁸ Esta não é uma prática usualmente adotada na clínica-escola com todos os pacientes, sobretudo pelo fato de o chaveiro estar localizado em um lugar reservado aos alunos e funcionários. Diante da delicada condição de desconfiança que está presente entre as crianças abrigadas e da importância que esta medida teria, a entrada foi liberada.

4 ESTUDOS DE CASO

4.1 Denis³⁹

Denis tinha oito anos e foi acolhido duas vezes em menos de um ano. Ele morava, antes dos acolhimentos, com o pai, Regis, e dois tios. Um deles, a tia, sofreu um AVC e ficou com sequelas que a tornaram incapacitada para diversas tarefas cotidianas, inclusive a de cuidar do sobrinho. O menino tem dois irmãos por parte de pai e três por parte de mãe, mais novos que ele, e que moram em outras casas.

Quando o pai de Denis foi preso pela primeira vez, o garoto continuou na residência onde morava até o Conselho Tutelar receber a denúncia de que ele estava passando muito tempo na rua, pedindo esmolas e faltando às aulas. Os denunciantes relataram o abandono total em que a criança se encontrava, razões pelas quais motivaram o primeiro acolhimento. A família de Denis, quando questionada, disse que ele não obedecia às recomendações dos adultos, acordava cedo e saía, ficando sem notícias de onde o menino andava o dia todo. Os professores e funcionários da instituição escolar detalharam que, nas vezes em que o garoto aparecia, era para comer e tomar banho, não participando efetivamente das aulas e atividades propostas. Diante disso, a escola tentou incluí-lo em vários programas socioassistenciais a fim de melhorar sua assiduidade. A medida, entretanto, não surtiu o efeito desejado, Denis continuou a se apresentar na escola sujo, sem o material didático concedido, com dificuldades persistentes para se manter focado nas atividades, embora nunca tenha deixado de se mostrar uma criança afetiva e educada.

A duração de seu primeiro acolhimento foi de seis meses, quando o irmão do pai se prontificou a cuidar dele. Pouco tempo depois, desistiu do menino, alegando que não suportava sua indisciplina. A situação se tornou insustentável para este membro da família quando Denis fez cocô na calça e o esfregou no banheiro inteiro. Foi oferecido acompanhamento psicológico ao tio para que ele pudesse compreender e lidar com as dificuldades de cuidar do sobrinho, entretanto, apesar dos esforços da equipe da

³⁹ A fim de preservar a identidade dos envolvidos, todos os nomes foram trocados, bem como alguns detalhes que pudessem identificar o paciente.

instituição e do Centro de Referência e de Assistência Social – CRAS, a família encarou este episódio como um ato de ingratidão do menino e o devolveu ao Abrigo.

É importante destacar a série de abandonos que Denis vivenciou ao longo da vida: da mãe que o deixou aos cuidados do pai e saiu de casa quando ele tinha entre dois e três anos, estabelecendo pouco contato com o filho desde então; do pai que foi preso e impedido de conviver com o filho; de uma tia, que não conseguiu morar com ele nem por duas semanas e da família do tio, com quem ficou por menos de um ano.

Mesmo com o histórico de abandono anterior, a instituição tentou contatar a mãe do menino, que foi até a Casa Abrigo para uma visita. Durante a visita, fez-lhe inúmeras promessas (de que o visitaria mais e traria presentes, de que o levaria para morar com ela) que nunca chegou a cumprir. Depois deste dia, não voltou a procurar o filho e tampouco o levou para morar com ela.

Após o segundo acolhimento, Denis não tinha perspectiva de recolocação na família de origem e mal recebia visitas. Contrariando todas as expectativas, passou apenas três meses acolhido regressando à convivência familiar, assim que seu pai saiu da cadeia.

A duração do atendimento psicoterápico do paciente foi de um mês e meio, totalizando seis sessões.

4.1.1 Início da psicoterapia e a expressão de suas necessidades

O atendimento ocorreu durante o segundo acolhimento da criança. A queixa apresentada pelas funcionárias da instituição era de que Denis apresentava grande dificuldade para lidar com o segundo acolhimento. Passava longos períodos calado e triste, visivelmente abatido e introspectivo, provavelmente devido à institucionalização e pela falta de visitas familiares.

Durante a primeira sessão de psicoterapia, ele quase não falou comigo⁴⁰, nem tomou nenhuma iniciativa para brincar, apenas manipulou os brinquedos, com um olhar distante. Diante da caixa de brinquedos, escolheu o material gráfico, o *Brincando de*

⁴⁰ Nesta seção e nas próximas, além do impessoal, será utilizada a primeira pessoa do singular quando é abordado a respeito dos atendimentos e análises realizados pela pesquisadora como psicoterapeuta

*engenheiro*⁴¹, as espadas, as armas, animais plásticos em miniatura selvagens e domésticos, a família lúdica e dois carrinhos.

Silenciosamente, pegou o material gráfico. Perguntei qual seria o tema dos nossos desenhos e não obtive resposta, então eu disse que faria uma casinha e ele poderia fazer o que desejasse.⁴² Enquanto eu desenhava, ele ficou parado olhando para o nada, fazendo um traço e outro na folha, como se estivesse pensando no que poderia desenhar. Depois de alguns riscos aleatórios, copiou um pequeno pinheiro da foto da caixa de lápis de cor, uma casa minúscula com um sol e uma nuvem dentro dela.

Sobre o desenho infantil, Anning e Ring (2009) afirmam que a criança, ao desenhar, oferece a possibilidade para compreender seu desenvolvimento, relacionamentos com pessoas, lugares e coisas importantes que a rodeiam. Apesar de o garoto não fazer nenhum comentário sobre a casa, pôde-se pensar em uma das possíveis mensagens contidas naquela gravura tão atípica: em seu mundo interno (a casa) coexistem dois sentimentos ambíguos: a esperança de reviver bons momentos representados pelo sol, encoberta por uma nuvem que talvez expresse as incertezas que permeiam sua vida, devido à recente institucionalização e aos inúmeros abandonos que sofreu.

Depois que finalizou as gravuras, começou a manipular os animais de plástico. Colocou-os de pé e contemplou a cena por alguns minutos, trocando novamente de brincadeira. Embora eu tentasse iniciar um diálogo entre os bichinhos e, depois, com um boneco de dedo⁴³, não obtive resposta em nenhuma das investidas, como se faltasse ao menino vitalidade para tanto. Sua falta de iniciativa para criar uma história ou conversar se repetiu quando empilhou aleatoriamente os blocos de madeira, bem como nas inúmeras vezes em que passou grande parte das sessões organizando os móveis dentro da casinha, trocando-os de lugar incansavelmente sem criar uma brincadeira de fato. Stürmer e Castro (2009) ressaltam que, neste tipo de brincar, há uma criatividade restrita, já que a criança, aparentemente desprovida de energia, passa grande parte do

⁴¹ São blocos de madeira para empilhar, pintados de diversas cores com desenhos de tijolos, janelas, pontes, telhados, que formam prédios ou pequenas casas conforme a junção das peças.

⁴² Discuti sobre a apresentação do brincar diretamente com a criança, fundamentada no item *Algumas estratégias específicas de manejo clínico diferenciado com os pacientes/participantes*.

⁴³ Personagem criado por mim usando dois dedos da mão, o indicador e o médio.

tempo, empilhando e organizando o material/brinquedo e não se envolve afetivamente na brincadeira, não demonstrando interesse ou entusiasmo com a atividade.

A dificuldade do paciente em brincar espontaneamente me serviu de alerta, indicando que a primeira intervenção a ser realizada seria a de capacitá-lo para brincar. Ensina Winnicott (1968/1975c) que é somente por intermédio do brincar que o indivíduo pode acessar sua criatividade, usar integralmente sua personalidade e descobrir seu *self*. Pode-se, por meio da atividade lúdica, possibilitar a criação do espaço potencial, em que há fenômenos que não pertencem nem ao mundo externo nem ao subjetivo. Neste espaço, ocorre a comunicação transformadora.

Sabe-se que, na história de vida de Denis, o ambiente foi invasivo desde muito cedo, e um indício forte deste argumento se localiza no momento em que a mãe o abandonou por volta dos dois anos por não “suportar” cuidar dele, conforme relatou a coordenadora da instituição de acolhimento. De acordo com a perspectiva winnicottiana (1967/1994f), a intrusão ambiental impede que o gesto espontâneo infantil receba uma resposta ambiental adequada e, em virtude disso, culmina na interrupção da continuidade de ser da criança, uma vez que ela precisa reagir, organizando defesas para se proteger das agonias impensáveis que a assaltaram.

Considerando a impossibilidade inicial para brincar do paciente, achei que seria propício me juntar a ele na atividade de manipulação dos brinquedos, entendida como uma atitude de manejo que prima pela não invasão, e demonstra minha disponibilidade para estar com ele e agir conforme suas necessidades.

Ao levantar os animais de plástico o menino se incomodou por não conseguir deixar um deles de pé devido a um defeito em uma das patas. Disse ele: *Não levanta por causa destas duas bolinhas nas patas, vou tirar!* Colocou na boca e tentou arrancar com os dentes. Então, sugeri lixar as patas no chão áspero da área externa. Tentamos, mas não deu certo. Ficamos ali pensando por alguns minutos como faríamos para colocar o leão de pé. Como o tempo estava se encerrando, sugeri que, na próxima sessão, se ele desejasse, poderíamos continuar na difícil missão de colocar o animal de pé. Ele assentiu com a cabeça e se encaminhou para o armário para guardar seus brinquedos. Ele, até então de poucas palavras, comentou, aparentemente mais relaxado, que as espadas tinham que ser posicionadas de determinada forma para que fosse

possível fechar o armário e, em seguida, me explicou sobre o mecanismo que fazia com que os revólveres de brinquedo fizessem barulho de tiro. Ao que parece, o interesse que demonstrei por suas atividades, ainda que não fossem brincadeiras de fato, possibilitou o início do estabelecimento de nosso vínculo terapêutico, que lhe permitiu brincar de maneira mais fluida na segunda sessão. Nesta situação, e em tantas outras, foi preciso ser, tal como Winnicott (1962/1982c) propôs, uma analista fazendo *outra coisa*.

Fulgencio (2011, p. 40) explica:

Para Winnicott, essa outra coisa corresponde a um tipo de trabalho psicoterápico não analítico, que ele também caracteriza como uma análise modificada, que é mais bem realizada por uma pessoa versada na prática psicanalítica clássica (WINNICOTT, 1965c/1982), ou seja, uma prática psicoterápica que, mesmo não sendo psicanálise, tem na psicanálise sua base de entendimento.

4.1.2 O trabalho terapêutico com Denis

As sessões que se seguiram foram marcadas por uma dinâmica mais interativa entre paciente e terapeuta. No segundo encontro, Denis entrou, pegou os carrinhos e os analisou por todos os lados. Passou um tempo em estado contemplativo, como em nosso primeiro encontro, mas, desta vez, fazendo contato visual comigo, como se buscasse em mim a permissão ou iniciativa para começar uma brincadeira. Avellar (2004) esclarece sobre este comportamento:

O paciente faz um movimento para buscar o analista. Do seu lado o analista faz um movimento de deixar-se encontrar a partir da sua subjetividade. Em termos da transferência, significa que o analista e o paciente estão sendo criados e descobertos mútua e reciprocamente (p. 82,).

Foi deste modo que começamos a brincar. Comecei a girar o caminhãozinho que eu escolhera, rodopiando e freando, tentando reproduzir a manobra “cavalo de pau”, sem nada dizer. Denis pareceu interessado na minha brincadeira, esboçando um sorriso de canto de boca a cada derrapada. Depois de alguns minutos, perguntei se ele queria apostar corrida de carrinho. Contrariando a atitude fechada e calada do primeiro dia, ele

concordou e pareceu se divertir, rindo e se impressionando com as capotagens ao final do percurso. *Eu ganhei!! !Tava tão rápido que quase caiu da mesa!* – exclamava o garoto.

Logo depois, Denis descobriu a casinha de madeira e ficou visivelmente atraído por ela. Foi com este objeto e a família lúdica sexuada que o menino passou a maior parte do tempo brincando, tornando-se a forma pela qual pôde exprimir seus conteúdos internos. Num primeiro momento, concentrou seus esforços em organizar os cômodos da casinha e colocar os bonecos para tomar banho, comer e dormir. Passou um tempo considerável realizando estas ações, até determinado encontro no qual sentiu vontade de criar enredos sobre estes personagens, mas não sabia como fazer: *Eu queria fazer uma história, mas não sei tia!* Então, comecei a fazer perguntas sobre as características dos personagens para montar, a princípio, pequenas cenas. *Os pais são bravos ou calmos? Os filhos são obedientes ou desobedientes?* A partir do estabelecimento das características pessoais dos personagens e de seu estado de humor, construímos histórias curtas, mas muito significativas.

Em uma destas tramas, os bonecos que representavam as crianças estavam na escola. Denis havia decidido que o menino seria preguiçoso. Então, coloquei-o em posição de joelhos e implorei para que a professora não aplicasse prova surpresa à classe. Ele riu, pegou o boneco da vovó, que representaria a professora, e disse que o aluno levaria uma anotação em seu caderno por se recusar a fazer a prova. Depois que retornaram à casa familiar, coloquei a menina para tomar banho, e cantei enquanto ela estava no chuveiro. Ele comentou: *De vez em quando, eu também canto quando estou tomando banho!!* O paciente pareceu reconhecer nas encenações das brincadeiras fragmentos da realidade cotidiana, com alguns elementos lúdicos próprios dos desenhos animados. Aos poucos, as pequenas cenas foram se tornando tramas cada vez mais elaboradas.

Nas primeiras narrativas de Denis, os personagens eram tranquilos e obedientes, parte de uma família estruturada que lida com os problemas rotineiros com paciência e carinho. Algumas frases de seu discurso, todavia, destoavam deste contexto pacífico que ele estava tentando apresentar. Enquanto conversávamos sobre a arrumação dos móveis na casinha, ele narrou alguns acontecimentos passados, que supostamente vivenciou com sua família, bastante diferentes das situações apresentadas nas histórias.

Contou sobre o dia em que quebrou o braço e tomou uma injeção enorme e ficou internado no UPA sozinho, porque o pai não quis dormir com ele lá. Em outros momentos de conversa, volta meia soltava uma fala provavelmente muito ouvida por ele: *Vamos aproveitar enquanto as crianças dormem pra arrumar a casinha! Quando acordam não dão paz!* Essa sequência de falas, ora relatando um acontecimento, ora projetando nos bonecos a ideia de que crianças incomodam, podem remeter ao desamparo passado, sentido pela ausência paterna na situação de hospitalização, tão amedrontadora para algumas crianças. Além disso, pode revelar sua crença de que, como uma criança antissocial, ele seja um “fardo pesado” para sua família, a qual só pode encontrar paz quando ele está quieto, dormindo.

Diante destas revelações, acreditei ser cabível a atitude recomendada por Winnicott para reconstituir sua “história psíquica” valendo-me do *setting* especialmente preparado. Por meio da transferência, há duas atitudes terapêuticas restauradoras que possibilitam ao indivíduo descongelar o amadurecimento estacionado: repetir o acontecido em um ambiente protegido, oferecendo o que é necessário para reparar as falhas ambientais significativas que sofreu; ou por meio da criação do não ocorrido que busca realização. Com esta ideia em mente, procurei propiciar ao paciente um espaço em que estas duas atitudes terapêuticas pudessem emergir.

Em uma destas oportunidades, na narrativa construída em parceria, o personagem do filho havia *aprontado mais de uma vez* – disse Denis. Como se quisesse testar a confiabilidade do ambiente do *setting*, o paciente me olhou e esperou minha reação diante da reincidência indisciplinar. Perguntei a ele se o pai do menino da história iria continuar gostando dele mesmo após tanta desobediência. Paralisado, pensou por alguns minutos, até eu intervir, peguei o boneco do pai e disse: *Eu nunca vou deixar de amá-lo filho!* Instantaneamente, esboçou um sorriso e um suspiro aliviado em silêncio. Como a sessão estava próxima do fim, enquanto eram guardados os brinquedos ele disse: *Na próxima vez, vamos brincar de casinha de novo porque foi muito legal.*

É apropriado, neste trecho, discutir a contribuição de Fulgencio (2011, p. 48) sobre a tarefa do analista neste contexto:

[...] nos casos de deprivação e conseqüente sintoma de atitude antissocial, caberá ao ambiente reafirmar sua confiabilidade (cf. WINNICOTT, 1955d/1978;

1989vl/1994), sobrevivendo aos ataques que o paciente faz, não o abandonando, não desistindo dele, ainda que isso possa exigir a expressão de um ódio verdadeiro (cf. WINNICOTT, 1949f/1978).

Foi importante reafirmar, naquele momento, o amor paterno incondicional ao personagem do menino, uma vez que, na vida de Denis, mesmo diante de todos os problemas enfrentados por ele e seu pai (abandono da mãe/esposa, o encarceramento de Regis), esta figura foi a única que, de fato, suportou-o, sustentando-o (no sentido winnicottiano) com amor e cuidado e só o deixou quando foi preso e efetivamente impedido de estar com ele. Todas as outras pessoas significativas na vida do garoto (seus familiares) não foram capazes de lidar com os problemas dele, transferindo seus cuidados para desconhecidos e desaparecendo da sua vida, sem sequer visitá-lo esporadicamente.

Sobre o assunto, Winnicott (1946/2002d) ensina que a criança antissocial guarda a lembrança de ter sido amada na memória inconsciente, e cobra da sociedade aquilo que lhe foi retirado quando não pode recorrer à família. Caso sinta que há esperança de reaver a segurança perdida, pratica um ato antissocial em busca de uma estabilidade ambiental que suporte sua impulsividade e destrutividade para, então, voltar a agir espontaneamente outra vez (WINNICOTT, 1982h). Se houver firmeza ambiental, haverá novos testes para confirmar se realmente existe capacidade para suportar a agressividade infantil. São eles: se o ambiente consegue prevenir ou reparar a destruição; se tem condições de reconhecer o aspecto positivo desta situação e, por fim, se há maneiras de prover e preservar o objeto – uma figura de cuidado confiável – que deve ser buscado e encontrado (WINNICOTT, 1949/2000b).

Quando os comportamentos antissociais apareceram, Denis estava se encaminhando para morar com um tio e, depois dele, uma tia que aceitaram, a princípio, cuidar do menino enquanto o pai estava preso. Infelizmente, estes cuidadores não conseguiram lidar com tais testes, devolvendo-o para a instituição de acolhimento. Inusitadamente, foi neste local que o garoto encontrou firmeza, constância e sobrevivência dos cuidadores. No Abrigo, ele se sentiu novamente protegido, seguro e amado e, com o passar do tempo, seu comportamento se modificou visivelmente. Desenvolveu relações de afeto com os funcionários, sentiu-se importante e valorizado

por seus cuidadores, comentando orgulhoso em uma das sessões: *A tia Cláudia ficou o tempo todo me esperando no outro dia e disse que não me deixaria aqui sozinho*. Foi também no contexto institucional que lhe foi oferecida a psicoterapia e, assim como verificado nos outros pacientes/participantes, observou-se a manifestação de sentimentos de ciúmes e curiosidade acerca dos atendimentos dos colegas de Casa. Em meio a tantas perguntas, a única informação que revelei foi os nomes dos que eram atendidos por mim.⁴⁴

No terceiro encontro, a agressividade do garoto começou a aparecer logo depois da reafirmação de amor do personagem do pai na brincadeira. Ao perguntar como seria a história naquela sessão, ele respondeu: *Igual daquele dia* – contudo, quando questionei se os pais seriam calmos ou bravos, afirmou que seriam bravos e as crianças seriam desobedientes, perfis opostos das personagens da trama anterior.

Na brincadeira, a mãe estava irritada e mandou as crianças pararem de *enrolar* e se encaminharem para a escola. O menino disse que não queria ir, mas foi junto com a sua irmã (interpretada por mim). A menina foi reclamando dos pais o caminho todo, dizendo que estava muito zangada por não poder faltar nunca. No decorrer da história, João (personagem do Denis) fez tudo certinho, ajudou a mãe quando nasceu um novo bebê, fazendo tudo para agradá-la. Afirmou, em determinado momento, que ela era a pessoa de quem ele mais gostava naquele enredo. Embora o desejo inicial do paciente fosse encenar um retrato de comportamentos antissociais e agressivos, não conseguiu prosseguir com a ideia. É possível conjecturar que foi tomado por uma angústia de ser rejeitado mais uma vez (por mim, a mãe na transferência e na brincadeira) devido a seu comportamento inadequado. A explicação winnicottiana (1958/2002d) plausível neste cenário é a de que a criança, ao sentir que o ambiente não consegue propiciar-lhe o que foi perdido, acaba por se submeter ao ambiente, tal como Denis na brincadeira e em sua

⁴⁴ Não havia como manter sigilo sobre esta informação, uma vez que as crianças compartilhavam a mesma casa, os mesmos cuidadores e o mesmo carro que, em muitas ocasiões, buscavam de uma só vez as crianças que estavam em aula e a que estava em atendimento na clínica-escola. O compromisso com a verdade e a transparência, neste aspecto, era imprescindível para o estabelecimento da confiança, bem como a certeza de que outros dados (brincadeiras e conversas) estavam resguardados pelo sigilo combinado na primeira sessão. Abordo de maneira mais pormenorizada este tema na seção *Estratégias específicas de manejo clínico diferenciado com os pacientes/participantes*.

própria história⁴⁵. O autor aponta ainda que, se houver a esperança de reaver o que foi perdido, um impulso incita o indivíduo a voltar ao momento anterior à privação para, assim, combater o medo da agonia impensável ou da desordem que existia previamente.

Detectando a necessidade do paciente, continuei no papel da irmã desobediente, a fim de corresponder à expectativa requerida pelo menino no início da sessão. A garota respondeu de maneira áspera à professora, ficou de castigo, reclamou, chorou e desafiou os pais. Temendo sua expulsão de casa por causa destas atitudes, perguntou ao irmão: *Pra onde vou?* E ele disse: *Fique na casa da vovó*. Questionado o menino sobre qual seria a conduta da mãe diante das atitudes da filha, ele pediu à mãe mais uma chance para sua irmã caso ela obedecesse. Depois de dizer isso, o menino trocou de brincadeira, deixando a narrativa sem desfecho. Esta fala pode indicar sua crença ou esperança, de que, se tivesse tido outra chance, seria uma criança obediente e não precisaria ser “punido” pelos seus atos com o abandono das pessoas que ama.

Como ainda não conseguia expressar plenamente seu lado destrutivo no *setting*, Denis demonstrava, neste ponto, estar na fase de reconhecimento do ambiente, testando sua confiabilidade. Fulgencio (2011) ressalta que é pela confiabilidade ambiental que se torna possível ao paciente realizar a regressão à dependência em relação ao analista, que almeja a “[...] retomada da situação ambiental traumática para que, dessa vez, o paciente possa agir por si mesmo sem ser aniquilado e, ao fazer isso, encontrar a si mesmo” (p. 52).

Khan (1969) aponta que o *setting* propicia espaço, tempo e a presença do analista e tem como produto desta experiência para o paciente o *holding*. Avellar (2004, p. 88) assinala que:

Para Winnicott (1954), o *setting*: reproduz as mais antigas técnicas de maternagem. Convida à regressão pela confiança que inspira. A regressão de um paciente é um retorno organizado à dependência inicial ou dupla dependência. O paciente e o *setting* fundem-se na situação de sucesso original do narcisismo primário. O progresso para além do narcisismo primário se inicia de novo, com o self verdadeiro capaz de enfrentar situações de fracasso ambiental, sem organizar defesas que envolvam a proteção do self verdadeiro por um falso self (p.470). Um *setting* adequado pode ser comparado a um

⁴⁵ Na instituição, ele era considerado por todos uma criança afetiva, educada e que auxiliava na manutenção da ordem com os colegas. Os comportamentos antissociais desapareceram pouco depois de retornar à Casa de Acolhida.

ambiente facilitador, que fornece as funções que o indivíduo necessita para integrar partes do seu eu.

Se houver tempo suficiente de psicoterapia, este oferecimento do manejo por meio do *setting* protegido e adaptado permitirá a regressão à dependência, concederá ao indivíduo a oportunidade de revisitar os estágios primitivos na presença do analista e, com a devida assistência, integrar-se, elaborando as emoções até então não nomeadas.

A brincadeira seguinte foi a de médico. Denis, no papel deste profissional, sugeriu ao personagem da mãe, muito estressada e cansada de cuidar dos filhos, que ela os deixasse aos cuidados do pai e fosse embora (tal como ocorreu em sua própria história). A personagem da mãe, interpretada por mim, recusou-se, dizendo que, apesar das dificuldades, não abandonaria seus filhos. O paciente pareceu aliviado e concordou que colocar as crianças de castigo era uma opção mais viável. Terminada a cena, ele disse, com um sorriso no rosto: *O médico fechou o consultório e não abriu nunca mais*. Com esta fala transmitia a sensação de que, diante daquela reação materna de amor, nada mais precisaria ser feito, uma vez que o dever daquele profissional havia sido cumprido. Ainda que sua própria mãe o tivesse abandonado, a satisfação de Denis, ao participar desta brincadeira, talvez se deva ao fato de ele ter reconhecido, naquele momento, características de um cuidador que não abandona seus filhos apesar das dificuldades. Naquele contexto, como médico, não precisaria aconselhar os cuidadores para garantir que aquela criança recebesse um cuidado adequado, porque havia ali uma pessoa engajada e preocupada, disponível para desempenhar esta tarefa.

Ao trocar de atividade, o paciente pegou os dois revólveres do armário, perguntei se seriam para os bonecos ou para nós brincarmos. Ele disse: *É pra o pai e o avô caçarem animais*. Fariam uma competição para ver quem matava mais. *Eles vão levar as armas para casa?* – questionei. O menino respondeu com outra pergunta: *Vão matar as pessoas?* Relembrei que, na brincadeira, ele poderia matar quem ou o que quisesse. Empolgado, ele determinou que o vovô matasse a vovó. Pude ver a intensidade e o prazer de Denis no personagem do avô em matar a vovó (representada por mim), que, enquanto morria, indagava a razão de estar sendo morta. O vovô (Denis) ficou pensando e não respondeu, sorrindo satisfeito e descarregando a arma em mim. A família chorou sobre o corpo da avó e expulsou o avô de casa. A sessão estava perto do fim e, assim

que eu o avisei, ele afirmou que, na próxima semana, a história continuaria com a fuga do avô.

Sobre a agressividade, é importante ressaltar que na, teoria winnicottiana, este tema tem grande relevância e é compreendido como aspecto inerente ao ser humano e parte integrante de sua energia vital, juntamente com a sexualidade. Tem um papel fundamental na estruturação do sujeito, uma vez que, por meio dela, a criança se aproxima da noção de alteridade, de realidade externa e se depara com a culpa e a capacidade de se preocupar com o outro. Diante de uma boa maternagem e um ambiente facilitador, a agressividade se desenvolve de maneira integrada e se estabelece de forma saudável no cotidiano do indivíduo (WINNICOTT, 1964/2002i). Na brincadeira do paciente, foi preciso que outros personagens (e não o boneco que representa o menino) expressassem essa agressividade, para que ele estivesse a uma distância segura daquilo que lhe causou tanto sofrimento: suas atitudes destrutivas. Quando notou que poderia expor aquele conteúdo no *setting* analítico sem julgamento ficou exultante e aliviado. Afirma Winnicott (1968/1994g) que, do mesmo modo que a mãe deve sobreviver aos ataques destrutivos do filho sem retaliar, é requerido ao analista que assim também proceda para viabilizar a retomada maturacional de seu paciente.

A sessão seguinte foi marcada pela tranquilidade, tanto dos assuntos tratados quanto do teor das brincadeiras. Denis discorreu sobre a *fofura* dos bebês da instituição, brincou com massinha na maior parte do tempo, não dando continuidade à trama sanguínea do encontro anterior como disse que faria. Comentou sobre o cabelo da boneca da avó ser diferente da boneca da filha e falou sobre um primo com o qual morou. No entanto omitiu o pai do menino, o tio que o acolheu e o devolveu posteriormente. Desenhou o Abrigo, as crianças que lá moravam e suas cuidadoras.

Comunicou que, naquele dia, o tempo passou muito depressa, mas logo racionalizou que não poderia demorar ali porque havia outra criança esperando para entrar. No final da sessão, contrariou seu próprio discurso e demorou em terminar o seu desenho mesmo com o aviso do término do encontro, demonstrando necessidade de permanecer naquela serenidade por mais tempo.

Tal como Winnicott (1971/1975d, p. 329) preconiza: “nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna à realidade externa, e o alívio para esta

tensão é proporcionado pela área intermediária de experiências”. Denis precisou, neste caso, usar a sessão de maneira transicional para tranquilizar os conflitos que a intensa sessão anterior havia despertado nele.

Em vários momentos de seu processo psicoterapêutico, o paciente utilizou a racionalização como mecanismo de defesa, não se permitindo sentir raiva, ou explicando seu desapontamento e frustração diante das situações no atendimento que o contrariavam e o enfureciam. Uma destas racionalizações aparecia quando notava os danos ou alterações nos brinquedos coletivos. Ele se revoltava, mas rapidamente justificava que as crianças não sabiam o que faziam e acabavam estragando sem querer. Ou quando reclamava pelo tempo insuficiente da sessão, logo dizia que não poderia se demorar para não tomar o tempo da criança que seria atendida posteriormente naquela sala. Na definição de Laplanche e Pontalis (2004, p. 423), a racionalização é um “[...] processo pelo qual o sujeito procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma ideia, um sentimento, etc., cujos motivos verdadeiros não percebe”. Acrescentam os autores que este mecanismo tem suporte ideológico sólido no ideário moral comum, nas religiões e convicções políticas graças à ação do superego que reforça as defesas do ego.

Na perspectiva winnicottiana, esta necessidade de ser agradável e organizado se dá via falso *self*, o qual pode exibir em uma de suas facetas um falso superego. Segundo Naffah Neto (2007), a formação desta defesa se dá em virtude da necessidade de sobrevivência do indivíduo, em que, por meio de “[...] múltiplas mimetizações, identificações e introjeções de traços recortados do seu ambiente originário” (p. 83), é construída uma “personalidade” com grande habilidade adaptativa que parece verdadeira para as pessoas que o rodeiam. Durante todo o processo psicoterapêutico, o paciente usou grande parte do tempo trocando a disposição dos móveis da casinha, arrumando seu armário, preocupando-se com os objetos e em não invadir o tempo de outras crianças. Esta necessidade vinha à tona especialmente em momentos de tensão, quando narrava acontecimentos que provocavam nele sofrimento (violência, abandono materno, desamparo diante da ausência do pai). É possível conjecturar também que esta defesa foi o modo que Denis encontrou para lidar com sua agressividade, incômoda para as pessoas à sua volta.

Na penúltima sessão, o garoto chegou ao atendimento muito irritado com o retorno de Eloísa e seu irmão ao convívio familiar. Suas palavras sugeriam sua descrença diante do regresso à casa da avó que já os havia agredido, porque, segundo Denis, já haviam sofrido demais nas mãos dela. Irado, gesticulando e batendo as mãos na mesa, ele explicou o acontecimento: *Ela batia neles e maltratava também! Nenhuma criança deve ser maltratada, eu nunca fui! Meu pai batia na minha mãe quando ela batia em mim.* Ao lhe perguntar se ele não considerava apanhar da mãe como maus tratos, ele balançou a cabeça afirmativamente, aparentemente se dando conta, somente naquele momento, que sua própria mãe havia lhe causado a dor que o indignava ver no outro. Compreendi a falha que havia cometido quando notei sua expressão desolada diante da indagação que fizera. Apresentei-lhe a realidade de forma direta quando ele ainda não estava pronto para recebê-la. Sobre este assunto, Avellar (2004) destaca a importância de o analista diagnosticar a necessidade psíquica do paciente no começo do processo psicoterapêutico para não reproduzir a falha ambiental na análise. Quando esta inevitavelmente ocorre, há possibilidade de reação do paciente ao erro. Não se pode afirmar, entretanto, se o indivíduo está reagindo à falha original, ocorrida nas etapas iniciais de sua vida, ou à falha presente, cometida pelo analista. Seja qual for, o terapeuta suficientemente bom entende a reação do paciente sem interpretá-la como um ato de hostilidade, reconhecendo que falhou. Como, neste caso, eu não consegui encontrar um modo de reconhecer minha falha no momento em que ocorreu e, talvez devido a isso, o menino aproveitou a oportunidade para reproduzir, na brincadeira, uma pessoa sofrendo maus tratos.

Logo após ouvir a pontuação que fiz, Denis pegou a casinha e a família lúdica e declarou que iriam pescar e, em seguida, retornar para casa. Colocou todos para tomar banho, como sempre fazia, e me perguntou como seria a história daquele dia. Eu devolvi a pergunta, lembrando que a decisão era dele. Ele disse que poderíamos fazer uma história em que alguém era maltratado. Animado com a ideia, retomou a história em que o vovô maltratava a vovó. Encenei o vovô, gritando e batendo na vovó. O pai, interpretado por Denis, interveio e disse: *Parem de brigar!* Escondeu e protegeu a avó no quarto do casal para que ela não apanhasse de novo. A avó chorava '*pelos cantos*' e o pai disse que, se o avô a agredisse de novo, iria expulsá-lo de casa. O papel de protetor da figura

paterna da brincadeira parece reproduzir a função que o pai do paciente desempenhou na vida real, enquanto esteve fora da cadeia.

Continuou a brincadeira tomando para si o boneco da mamãe com a barriga de grávida. Comentou que aquela criança ia ser: *Bebê pra sempre, não vai crescer*. Eu completei: *Ser bebê é muito bom porque sempre fica grudadinho com a mãe, ganhando abraço e beijo toda hora*. Ele emendou dizendo: *Sim, o bebê também fica dormindo e não precisa fazer nada; todo mundo gosta de bebê e acha bonitinho*. Esse discurso apareceu em outro momento, quando comentou que os bebês são os preferidos das cuidadoras do Abrigo. É possível inferir, por meio de suas falas, a ideia de que crianças maiores, tal como ele, ninguém quer cuidar e adotar, diferente do que acontece com os bebês que *não precisam fazer nada para que gostem deles*. Esta crença persistente sobre os bebês como “preferidos” pode estar relacionada com o fato de que seus irmãos menores por parte de mãe permaneceram morando com ela ao passo que ele, por ter crescido, perdeu este privilégio.

Ao prosseguir com a história, Denis decidiu que os pais iriam para o hospital para o parto do bebê, enquanto o boneco do avô matava friamente a avó apesar do choro das crianças e do pedido para que ele parasse. A sessão estava próxima do fim, quando o garoto reafirmou que, em nosso próximo encontro, a trama começaria da parte em que o avô fugiu para não ser pego pela polícia, ou pela família quando retornasse do hospital. Enquanto as coisas eram guardadas, ele verbalizou que gostaria de ir ao atendimento *para sempre*. Eu destaquei que também gostava de estar ali, mas relembrei sobre a dificuldade que teríamos em continuar quando ele retornasse à casa de seu pai. Entristecido, Denis concordou e explicou que sua casa ficava muito longe dali e reafirmou que, se pudesse, viria *para sempre*. Eu, então, garanti e ele que, mesmo quando fosse embora, eu me lembraria dele, de nossas conversas e brincadeiras. Ele sorriu e ficou aguardando em silêncio o carro da instituição vir buscá-lo. Entendi ser necessário apresentar a realidade para prepará-lo para a mais provável das possibilidades: a interrupção do atendimento quando ele deixasse o Abrigo. Devido aos inúmeros obstáculos que se colocariam (a distância da clínica-escola, ou a impossibilidade de levá-lo à UBS próxima em horário comercial), o prosseguimento do tratamento seria

improvável, uma vez que o pai de Denis precisaria encontrar um trabalho para sustentar a família quando saísse da prisão.

Na sexta e última sessão, falou, ainda no corredor, a respeito de seu desejo de continuar a brincadeira da sessão anterior: a história na qual o avô matou a avó e fugiu para não ser preso. O desfecho da brincadeira foi rápido e inusitado: *a vovó viveu e ficou com a cama de solteiro só pra ela e o vovô nunca mais voltou* – disse ele satisfeito. Na brincadeira, a vítima sobreviveu a um intenso ataque destrutivo, e o causador da destruição não foi punido, tal como ele gostaria que tivesse ocorrido em sua vida, nas vezes em que causou estrago com seu comportamento antissocial. Outra hipótese que pode explicar o desfecho da história de Denis em querer manter o personagem do agressor fora da prisão é por ter vivenciado o sofrimento de perder seu pai, a figura mais confiável e amorosa da sua vida, para o encarceramento. O enredo pensado pelo menino pode revelar sua crença que talvez seja possível que um delinquente se regenere sem ser preso, nunca mais voltando a incomodar sua vítima.

Ainda na última sessão, Denis comentou novamente sobre o tempo insuficiente, e que as sessões estavam *mais curtas*. Confirmei que o tempo dos nossos encontros era sempre o mesmo, mas que parecia passar mais rápido quando brincávamos e nos divertíamos, e talvez por se sentir bem em estar ali. Denis concordou dizendo o quanto adorava estar ali e brincar como nós brincávamos. Sobre o manejo do tempo, Avellar (2004) preconiza que o analista necessita compreender o ritmo de seu paciente e procurar conciliá-lo com seu ritmo próprio, promovendo a mutualidade e lhe oferecendo uma experiência completa. De acordo com os preceitos winnicottianos, para que uma relação alcance a experiência de mutualidade, é preciso tempo, intimidade, respeito à transicionalidade, à hesitação e à etapa maturacional do indivíduo em desenvolvimento (WINNICOTT, 1945/2000a). Teria sido mais adequado para Denis que o tempo das sessões fosse estendido, todavia, por se tratar de uma clínica-escola e por ele estar envolvido em tantos projetos extracurriculares, este arranjo não foi possível.

Enquanto pintávamos os móveis da casinha de amarelo, Denis assinalou *que aquela era a cor mais bonita de todas!* Contou que, quando era pequeno, *era teimoso* e pegava a cor amarela de seu irmão menor e, por isso, sua mãe brigava com ele. Relatou, nesta ocasião, uma suposta lembrança de quando era bebê: sua mãe o deixou sozinho

no sofá, bem na beirada, e ele quase caiu. Indaguei a ele: *Não é perigoso deixar um bebê no sofá sozinho?* Ele confirmou e ressaltou que, sabendo do perigo, ela o deixou à mercê da sorte. Sem nada dizer, fiquei pensando, por alguns minutos, se aquela situação ocorrera de fato. Momentos depois, considerei que aquela conversa, assim como a brincadeira ocorreram em um espaço potencial, no qual não importa determinar se aquilo que fora trazido à tona era real ou não. Ele precisou reconhecer a falibilidade materna na minha presença, convidando-me para confirmá-la também, considerando que eu já havia apontado em sessão anterior.

Ao manipular o mobiliário da casinha de madeira, notou que um deles havia sido quebrado. Desta vez, exclamou, visivelmente exaltado, sobre a destruição causada pelas crianças. *Elas não pensam nas outras crianças que brincam com a casinha?* Relembrei a ele que poderia brincar assim se desejasse, ideia que Denis rapidamente dispensou, reafirmando que não gostava de bagunçar e estragar as coisas. Mais uma vez, o falso *self* de Denis aparece na tentativa de corresponder às expectativas externas de ser um bom menino, preocupado com o bem-estar das outras pessoas.

Com o fim da sessão se aproximando, determinou a brincadeira do próximo encontro: bola e armas. Ao guardar seus brinquedos, notou, incomodado, a bagunça de seu armário. A irritação não durou muito quando concluiu que havia *crianças mais erradas do que ele que não sabiam dar valor aos objetos da sala*. Quis saber o que fariam com os brinquedos de seu armário quando ele fosse embora, como se pressentisse que aquele seria nosso último encontro. Eu lhe assegurei que os guardaria comigo, assim como tudo que foi falado e vivido ali. Ele sorriu e pareceu aliviado com o fato de que seus objetos e vivências ficariam preservados de algum modo.

4.1.3 O desacolhimento de Denis e a interrupção da psicoterapia

A notícia do retorno de Denis ao convívio familiar surpreendeu a mim e à equipe da Casa de Acolhida. Não esperávamos que ele fosse desacolhido tão cedo (depois de três meses) e repentinamente, sem qualquer preparação dele e da família que o receberia de volta. A coordenadora do local percebeu que a decisão judicial causou grande ambivalência de sentimentos no garoto: *Ele chorou de emoção, estava feliz por*

voltar a morar com o pai, mas triste por ter de deixar a casa e as pessoas em quem passou a amar e confiar com muito custo – disse ela.

Antes de seu retorno ao lar, a equipe marcou uma entrevista com o pai do menino para colocá-lo a par das grandes mudanças que haviam ocorrido desde a separação. Contaram do recente interesse do menino pela escola e pelos projetos extracurriculares. O pai se comprometeu a cuidar do filho e levá-lo à escola e aos projetos. Durante todo o tempo de institucionalização, não recebeu nenhuma visita familiar e nem manteve qualquer contato com a família com quem voltou a morar. Na casa para onde retornou, reside uma tia acometida por um AVC e um tio de quem gosta muito. A preocupação maior da equipe da instituição e do CRAS, que acompanham o caso, é o fato de a família não ter renda (nenhuma das pessoas trabalha), além do receio de que o pai de Denis continue envolvido com tráfico de drogas.

Não consegui marcar uma sessão de despedida, ou mesmo um contato final⁴⁶ para fazer um encerramento apropriado. Apesar de o paciente estar ciente das dificuldades de me encontrar novamente após a saída da instituição, não foi possível determinar de que maneira ele sentiu essa interrupção abrupta do atendimento.

Em linhas gerais, verificou-se no atendimento de Denis o estabelecimento de um vínculo suficientemente bom entre a dupla analítica em poucas sessões. Depois de algum tempo reconhecendo e testando este novo ambiente, ao que tudo indica, o paciente usou o *setting* livremente, manifestando sua agressividade mais de uma vez. Anunciou seu desejo de estar naquele espaço terapêutico *para sempre*, para, quem sabe, ter a oportunidade de revelar ainda mais a respeito de seu lado mais obscuro, sem julgamento, repreensão ou abandono, em um ambiente seguro que possibilitasse a ele alcançar uma experiência completa do ponto de vista winnicottiano.

Ao traçar as prioridades da psicoterapia, foi oferecido a Denis um manejo de *setting* adaptado às suas necessidades e considerando sua subjetividade marcada por traumas recorrentes. Consoante ao preconizado por Winnicott, ocorreram poucas interpretações ao longo do processo e, quando ocorreram, priorizaram o espelhamento das atitudes ou estado de humor dos bonecos.

Apesar do pouco tempo de atendimento, pode-se considerar algumas mudanças

⁴⁶ Não consegui contato por telefone, nem encontrar o menino e os responsáveis após várias tentativas.

no paciente, como sair do retraimento e não ter apresentado mais, de acordo com a instituição, comportamentos antissociais. Não se pode afirmar, no entanto, que estas transformações são indicativas de avanços e retomada do amadurecimento emocional congelado. Ao que parece, Denis teve que se submeter ao ambiente e recorrer à formação de um falso *self*, reproduzindo atitudes desejáveis, polidas e agradáveis para se proteger, de modo a evitar ser novamente abandonado em razão de seu comportamento inadequado.

4.2 Alana

Alana tinha sete anos e foi acolhida duas vezes em um ano, e o atendimento psicoterápico ocorreu durante a segunda institucionalização. O motivo do primeiro acolhimento da menina e de seus dois irmãos mais novos foi o uso abusivo de álcool e algumas drogas pelos pais, além da violência física entre o casal⁴⁷, que ocorria, sobretudo, quando estavam sob o efeito dos entorpecentes. O tempo deste primeiro acolhimento foi de sete meses. A história de violência familiar sempre fez parte da vida de Elen, mãe das crianças, e atingiu o ápice quando ela assistiu a própria mãe assassinar o pai, que era alcoolista.

Na residência de Alana e seus irmãos, moravam Elen e Davi, os pais, e os avós paternos das crianças. No retorno do primeiro abrigamento das crianças, a guarda foi designada aos avós, mas, devido ao fato de todos morarem na mesma casa, nada mudou. Foram indicadas como medidas para melhorar a situação familiar que o casal frequentasse o CAPS para tratamento dos vícios, com acompanhamento psicológico, recomendação que aderiram por um curto período, com interrupções esporádicas, até desistirem por completo. Na segunda ocasião de acolhimento institucional, apresentaram-se as seguintes denúncias: baixa frequência escolar e, quando levavam as crianças à escola, demoravam muito tempo para buscá-las, falta de higiene e cuidados odontológicos precários, piolhos, sujeira e fome.

⁴⁷ Até o momento da realização da pesquisa, a instituição de acolhimento esclareceu que não havia denúncia de maus-tratos contra as crianças, apenas entre o casal.

Perante as autoridades responsáveis pelo caso, neste segundo momento, Davi se mostrou muito engajado em melhorar a situação com a esposa. Inteligente, comunicativo e articulado, possuía o discurso apropriado para convencer a equipe do judiciário, CRAS e CAPS de que poderia cuidar dos filhos. As crianças tinham forte vínculo afetivo com os pais, sobretudo com Davi, e, na época, solicitavam o regresso ao lar diariamente. Ao longo do abrigamento, o casal visitou os filhos com regularidade.

De acordo com as informações dos funcionários da instituição, Alana e seus irmãos não tinham uma perspectiva de serem reintegrados tão cedo à família, todavia, após uma entrevista com as técnicas do judiciário, foi decidido pelo retorno das crianças ao convívio da família depois de dois meses acolhidos na instituição.

A duração do atendimento psicoterápico foi de um mês, totalizando cinco sessões.

4.2.1 Início da psicoterapia e a expressão de suas necessidades

O atendimento psicoterápico aconteceu durante o segundo abrigamento de Alana. A queixa inicial feita pela instituição foi que a menina parecia estar mais retraída, quieta e carente, de um modo preocupante e com um comportamento diferente do que apresentara na primeira vez em que esteve acolhida. Por ser a filha mais velha do casal, a equipe técnica da casa acredita que ela tenha presenciado muitas cenas de violência, situação que pode ter intensificado o retraimento presente desde a primeira institucionalização. De acordo com a experiência de Leoncio (2009), crianças que vivenciaram violência doméstica podem apresentar características como inibição, retraimento, depressão e agressividade. Ao serem abrigadas, seus problemas se exacerbam por permanecerem em um ambiente com pessoas estranhas e também devido à tristeza por estarem separadas dos pais.

Durante a sessão inicial, Alana pouco falou, apenas me olhava e respondia minhas indagações com gestos e meneios de cabeça. Sempre com um sorriso no rosto, nos primeiros contatos, parecia literalmente se contorcer de vergonha em minha presença, torcendo os braços, levando a mão ao rosto e à boca.

Expliquei-lhe como funcionava o atendimento, apontei a caixa lúdica e disse-lhe que poderia escolher o que quisesse. Ela ficou me olhando, nada falou e não tocou em

nada por uns dez minutos, percebendo que ela não tomaria a iniciativa, apontei brinquedo por brinquedo e perguntava diretamente o que ela gostaria de manter no armário. Por fim, Alana escolheu ficar com todos.

Cabe, neste trecho, comentar sobre o período de hesitação proposto por Winnicott (1941/2000I). Abram (2000) explica que a criança hesita porque empreende um esforço de elaboração da realidade da situação estruturada e de seu mundo interno singular de impulsos, sentimentos, lembranças. Há situações em que o bebê se depara com a lembrança de uma mãe rigorosa de fato, ou a fantasia de que ela seja deste modo e, diante da “espátula reluzente” (neste caso os brinquedos), fica ansioso. Nos dois casos, é necessário, inicialmente, restringir seus interesses e desejos até encontrar um ambiente que lhe permita alcançar o objeto de interesse. No contexto de atendimento, conduzir a situação perguntando sobre cada objeto demonstrou a Alana que, naquele ambiente, poderia expressar sua vontade livremente, podendo inclusive ficar com todos os brinquedos, tal como ocorreu de fato.

Winnicott (1941/2000I, p. 158) explica este processo:

A experiência de ousar e querer pegar a espátula, tomar posse dela, sem na verdade alterar a estabilidade do meio ambiente imediato age como uma espécie de lição do objeto que tem um valor terapêutico para a criança. Não apenas na idade considerada, como também através de toda a infância, uma experiência como esta não tem 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 confiança

É possível que, devido à história de violência familiar da paciente, tenha sido comprometido, em parte, seu sentimento geral de confiança e, em virtude disso, teme a reação do outro a seu gesto espontâneo, talvez por não ter encontrado o mundo de maneira favorável em outras ocasiões (WINNICOTT, 1990b).

Quando Alana finalizou a escolha do material, questionei se ela gostaria de brincar com algum dos brinquedos escolhidos; a garota, em contrapartida, permaneceu em silêncio, alternando o olhar entre o armário e eu, com a mão na boca, como se tentasse dizer o que precisava sem usar palavras. Ao notar sua dificuldade, sugeri que ela deixasse para fora do armário o brinquedo escolhido, guardando todo o resto. Ela acatou

a alternativa com um sorriso e, com aquela atitude, confirmou que o olhar poderia ser um modo de se comunicar comigo. Foi desta forma que se estabeleceu nosso diálogo durante as duas primeiras sessões: ela indicava por meio do olhar e gestos suas necessidades e, quando não era possível que eu compreendesse a mensagem apenas por estes recursos, ela falava poucas palavras.

Sobre o assunto, Winnicott (1968/1996b) destaca que a comunicação inconsciente não está fundada essencialmente na linguagem, e sim em uma interação pré-verbal, construída pela mutualidade. A capacidade de comunicação da dupla está ligada à habilidade materna de se identificar com seu filho. O analista, tal como uma “mãe devotada comum”, precisa entrar em um estado de sensibilidade e de identificação a ponto de perceber as necessidades de seu bebê/paciente, ainda que ele não possa se expressar por meio da conversa falada. Isto proporciona uma experiência de se sentir compreendido.

Esse conjunto de papéis da analista/mãe *suficientemente boa*, na circunstância de atendimento de Alana, significava, por meio de um manejo, nomear as necessidades da paciente por intermédio de seu olhar e do conjunto de gestos, e não insistir para que falasse enquanto ainda não estivesse pronta. Considerando esta perspectiva, concluí, portanto, que aquela não era uma manifestação de não-comunicação⁴⁸ uma vez que ela continuava a solicitar meu brincar e minha compreensão e respondia, a seu modo, as perguntas que eu fazia durante o encontro. Era preciso me adaptar à necessidade da menina de empreender comigo outros modos de diálogo, utilizando gestos com o corpo e mãos, meneios de cabeça até que pudéssemos nos comunicar por meio de palavras, fato que começou a ocorrer em nosso terceiro encontro. Stürmer e Castro (2009) ressaltam que o psicoterapeuta de crianças e adolescentes deve ser criativo e procurar recursos diversos para conseguir acessar o mundo interno de seu paciente. Segundo Winnicott (1963/1982e), entre a comunicação e a não-comunicação existe um paradoxo: *É um sofisticado jogo de esconder em que é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser achado* (p. 169).

⁴⁸ Winnicott (1963/1982e) ressalta que as relações vivenciadas no início da vida propiciam o desenvolvimento da comunicação do indivíduo e da sua necessidade de manter uma parte de seu *self* privada e secreta. Constitui-se em um dilema no ponto de vista winnicottiano, uma vez que coexistem no ser humano as duas tendências: comunicar-se e não se comunicar.

O kit médico foi o primeiro brinquedo escolhido. A menina pegou os objetos e me olhou como se não soubesse como brincar. Perguntei se ela já havia brincado com aquele tipo de brinquedo e a resposta foi negativa. *Quem vai ser a médica?* – questionei. Ela me olhou e nada disse. *Você quer ser?* – indaguei. A garota consentiu com a cabeça e sorriu como se esperasse aquilo, pegou o estetoscópio e me olhou novamente como se me interrogasse sobre a forma de manuseio do instrumento. *Você coloca no ouvido e escuta* – expliquei. Alana então sorriu, colocou no ouvido e me olhou, como se buscasse permissão para me tocar. Estendi o braço, ela, timidamente, colocou o auscultador nele. *Estou doente doutora?* – perguntei dando início à brincadeira. Ela respondeu *sim* com a cabeça. *É grave? Vou ter que tomar injeção?* Ela replicou por meio de gestos que *não era grave*, e disse com palavras: *Vai!*

Apresentei-lhe a injeção e ela, gentilmente, me aplicou. Eu reclamei, disse que doía, e, quando ela terminou a aplicação, ficou olhando quieta, com um sorriso. Durante cinco minutos ela permaneceu olhando em meus olhos e para o kit médico. Constatei, finalmente, que ela estava esperando minha condução da brincadeira. Pedi para ser a médica. Ela me entregou o estetoscópio e brincamos mais um pouco até ela se desinteressar pela atividade, olhou para o armário como se desejasse trocar de brincadeira.

A compreensão da comunicação por parte do analista se dá por uma espécie de “intuição”, que, na explicação Safran (1999), não diz respeito a algo enigmático, originário de um estado de graça. Trata-se de uma habilidade do psicoterapeuta de entender os símbolos de *self*, signos-estéticos que se estabelecem na sensorialidade, por meio de processos identificatórios. Faz-se uma leitura por intermédio da corporeidade da pessoa e, deste modo, apreendem-se os símbolos do *self*. É uma compreensão estética da maneira como a pessoa habita seu corpo. No atendimento, o analista é afetado pela forma como seu paciente se organiza no tempo, no espaço e por seus movimentos corporais no *setting* e, ainda que não tenha a consciência, lê esteticamente as circunstâncias criadas pelo indivíduo pelo próprio corpo. No atendimento de Alana, esse movimento de decifração de sua corporeidade foi essencial desde o início para que o processo analítico fluísse sem empecilhos e o vínculo terapêutico se estabelecesse.

Trocamos de atividade e ela pegou o *Brincando de engenheiro*®. Abri a embalagem e entreguei a ela. Ela me olhou hesitante. Afirmei que ela poderia abrir o pacote, mas ela ficou parada e não abriu. Então, rasguei o pacote, joguei todas as peças no chão e comecei a montagem. Ela logo se sentou e pareceu animada em empilhar as peças, com um sorriso no rosto e rapidez na montagem. Disse que faria uma casinha e perguntei o que ela construiria. Como um eco, a garota respondeu: *Uma casinha*. Emendei dizendo que gostaria muito de conhecer a casinha dela assim que ela terminasse de construí-la e perguntei-lhe se ela tinha interesse em ir até a minha; ela balançou a cabeça concordando.

Terminei minha construção e fiz um bonequinho com dois dedos e cheguei até a casa dela, bati à porta, falando com uma voz fina: *Alana, tô aqui na frente da sua casa. Alana! Alana!* Ela sorriu como se achasse engraçado, mas continuou calada com a mão na boca, contorcendo-se e me olhando, como se quisesse comunicar algo, mas não podia. Eu me dirigi a ela, como se esperasse a resposta da personagem que ela criaria: *Acho que ela não sabe que você está lá dentro!* Ela achou graça da forma como conduzi a situação e entrou na brincadeira: *Oi, tô aqui!* – entoada por uma voz fininha igual à que eu fizera para o meu personagem. Perguntei se poderia entrar e ela respondeu afirmativamente com um meneio de cabeça. *Tem alguém aí com você? Quem mora aqui?* Ela respondeu: *Meu pai* (e fez uma pausa). Eu continuei: *Só vocês dois?* Ela emendou: *Minha mãe*. Quando perguntei se havia mais alguém, ela disse que não, só o cachorro *Mike*⁴⁹. Perguntei os nomes de seus pais e notei que ela deu nomes diferentes a eles. Continuei a brincadeira falando com o pai: *Olá, seu Leonardo, tudo bem?* Ela me olhou e, sem muita certeza se podia, respondeu: *Sim*, interpretando o papel do pai. Indaguei se a esposa estava em casa e a resposta foi negativa, informando que havia saído com o cachorro. A conversa terminou assim, me despedi dizendo que tinha gostado muito de conhecer a casa e a família dela. Perguntei se Alana gostaria de conhecer minha casa, ela disse que sim, mas nada falou quando chegou com seu bonequinho de dedo em frente da minha residência de bloquinhos de madeira. Esperei por dez minutos para que a garota me indicasse o que fazer em seguida, até que notei ela olhar para o armário, o que significava que queria brincar com outra coisa. Nesta

⁴⁹ Na brincadeira, ela omitiu os dois irmãos que tem na vida real.

brincadeira, apesar de ter falado algumas palavras, a paciente não tomou efetivamente a iniciativa para travar um diálogo simples, usando sua criatividade. Ela precisava confiar em mim antes de desvendar mais sobre seu verdadeiro *self*.

No que se refere ao estabelecimento da confiabilidade, Winnicott (1949/1946a ;1965/1994d) destaca o papel dos acertos e falhas maternas neste processo. O papel da provisão ambiental facilitadora para o autor propicia ao indivíduo dar continuidade a uma existência (ou retomá-la, como é o caso), dominar as pulsões e enfrentar as dificuldades inerentes à vida. Se a figura materna promover um ambiente suficientemente bom, constante e não intrusivo, oferece ao filho um “escudo protetor” que se traduz em confiança básica no ambiente. Isso tem consequências positivas para a integração psicossomática e personalização, assim como na instauração do espaço potencial pelo brincar. Pode-se supor que, em virtude dos vícios de Elen em álcool e drogas e do cenário de violência protagonizado por ela e o marido, não puderam oferecer uma atmosfera estável e não invasiva para Alana. A demora da paciente para se posicionar ativamente e ser espontânea durante as primeiras sessões talvez fosse derivada da desconfiança, por ser o padrão de relacionamento que provavelmente vivenciou no convívio com pais imprevisíveis.

A atividade que se sucedeu foi com o material gráfico. E tal como fez desde o início da sessão, intercalava o olhar entre o papel e eu. Comecei a desenhar e ela continuou parada, com a cabeça apoiada na mão, tamborilando os dedos como se estivesse pensando. Informei a ela: *Estou desenhando o bicho que mais gosto! Você pode desenhar o seu favorito ou qualquer outro desenho que quiser!* Ela continuou pensando, com o lápis na mão. Terminando de esboçar uma borboleta, perguntei se ela reconhecia qual era o animal desenhado e ela respondeu: *Borboleta!* – falou alto, animadamente, como se estivesse contente por adivinhar. Começou a desenhar uma borboleta muito parecida com a minha, inclusive com o detalhe das manchas coloridas na asa. Perguntei se a borboleta dela tinha nome ou história. Ela indicou que não com a cabeça. Em seguida, pegou o lápis da cor grafite e me olhou, querendo me comunicar algo. Perguntei-lhe se gostaria de escrever alguma coisa e ela disse: *Meu nome*. Com esta atitude, a paciente talvez buscasse assinalar que, apesar de ter feito um desenho muito parecido com o meu, aquela gravura tinha sido confeccionada por ela. Imitando

sua ação, escrevi meu nome ao lado da minha ilustração, e logo percebi que Alana havia deixado o material de lado colocando os olhos no armário, comunicando mais uma vez seu desejo de começar uma nova brincadeira.

A menina se encaminhou para o armário e pegou os animais selvagens e domésticos e tirou-os do saquinho. Escolheu dois cavalinhos, e eu, outros dois com cores diferentes. Aguardei que ela começasse a brincadeira por alguns minutos, mas ela continuou olhando para os animais e para mim, como se esperasse que eu a guiasse novamente. Meu animal começou o diálogo: *Oi Alana, vamos correr?* Ela respondeu afirmativamente e começamos a correr, e eu, reproduzi o barulho de um trote equino, batendo os bichinhos na mesa. Corremos por alguns minutos e eu disse: *Cansei!* Deitei os cavalinhos e ela deitou os dela também, sorrindo. Meus cavalinhos perguntaram aos dela: *Vamos brincar de outra coisa?* A menina concordou e eu perguntei do que eles gostavam de brincar. Ela respondeu: *Pega pega!* Eu persegui o cavalo da paciente na primeira rodada, e ela fez de tudo para não se deixar capturar, gargalhando enquanto fugia, até eu alcançar outro cavalo que estava em uma das suas mãos e exclamei: *Peguei o Roxinho!* Ela sorriu e colocou o cavalinho para ser o pegador, assim, ela fez um esforço tremendo para pegar meu cavalinho veloz, até conseguir. Depois de duas rodadas, Alana colocou o cavalo sobre a mesa, parado, como se não soubesse mais o que fazer. Meu cavalo puxou conversa com os cavalinhos dela: *E aí gente, vocês foram pra escola hoje?* Ela disse: *Sim! E o que a professora passou?* – indaguei. Ela replicou: *Desenho. E você foi pra casa depois jantar?* *Eu não comi, estou com fome!* Ela respondeu: *Sim! O que teve de comida?* Ela respondeu rindo da minha pergunta: *Arroz, feijão, carne moída e salada.* Eu perguntei: *Posso jantar na sua casa um dia?* Ela mais uma vez confirmou. Continuamos brincando um pouco até que o tempo de sessão se esgotou. Guardamos as coisas e perguntei se a garota gostaria de voltar na próxima semana. Com grande sorriso no rosto, assentiu com a cabeça, manifestando seu desejo de voltar.

Apesar das limitações de comunicação verbal de Alana, foi a partir do brincar não invasivo e seus diversos recursos comunicacionais que se instaurou a possibilidade de constituir um vínculo de confiança. Segundo Winnicott (1968/1975c, p. 79):

A importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais. E a precariedade da própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança.

4.2.2 O trabalho terapêutico com Alana

As sessões que se seguiram foram marcadas predominantemente pelas produções gráficas, artísticas (com desenhos, esculturas de massa de modelar) e por uma intensa atividade física durante as sessões. O interesse de Alana por animais tornou-se aparente e foi o principal tema de nossas gravuras. Sobre o assunto, Van Kolck (1968) assinala que sentimentos proibidos e inconcebíveis ou dolorosos, bem como aspectos negativos e conflitivos podem ser facilmente projetados no desenho de animais, mais do que no da figura humana, casa ou mesmo árvore. Isto se dá porque o desenho de um animal é menos direto, possibilitando a representação menos defendida de si mesmo. Alguns autores afirmam que o desenho de animais pode representar também as figuras paternas (HAMMER, 1958/1981; BENDER; RAPAPORT, 1944).

As primeiras gravuras desenhadas pela paciente foram de animais dóceis como a borboleta e o cavalo.

Durante a segunda sessão, passamos metade do tempo desenhando e pintando. Depois de um tempo calada, ela sugeriu que fizéssemos um cavalo. Eu peguei os lápis e o papel e comecei o desenho enquanto ela ficou com papel e lápis na mão me olhando desenhar. Ela pegou o lápis e começou a fazer um cavalo e, quando acabou, parou, olhou para mim como se precisasse do meu comando para pintar. Sem olhar para ela, continuei pintando o meu cavalo. Ela, então, pintou o desenho dela de rosa e, ao terminar, olhou para o armário como se pedisse para trocar de brincadeira. Ao questionar qual brinquedo havia escolhido, ela optou pelo *Brincando de Engenheiro*®.

A partir da terceira sessão, por se sentir cada vez mais à vontade, mudou os assuntos das produções: pessoas com sangue e animais selvagens (tais como ursos, tubarões, jacarés, cobras e peixes elétricos) que, segundo sua fala, machucavam e comiam gente. A agressividade começou a ser expressa, primeiramente, apenas pelo desenho, depois, por meio de frases curtas que acompanhavam as gravuras: *Eu vi um*

tubarão uma vez, ele não me comeu, era bonzinho! Mas tinha um que era bem bravão e que quase me comeu! Faz um peixe que dá choque e um jacaré que engole a pessoa inteira! Sua fala era sempre seguida por uma gargalhada artificial, que me pareceu bizarra desde a primeira vez que escutei.

A luta com as espadas e a brincadeira com armas de polícia e ladrão foram bastante utilizados por Alana para exprimir seus conteúdos destrutivos por meio da motilidade. Passamos grande parte da segunda, terceira e quinta sessões correndo pela sala, “ferindo” e “matando” uma à outra. Ela se divertiu muito nestas atividades, quase não conseguindo correr de tanto que ria alto quando me atingia com as armas. Encarnando o personagem, comecei a bater na espada dela e falar com uma voz diferente, tal como a dos desenhos animados. *Eu não vou deixar você me matar!* (dizia eu dando uma risada malévola igual à dos vilões dos desenhos). *Vou lutar até o fim!* À medida que batíamos as espadas no chão, fazendo um grande estrondo, ela gargalhava, não sei se pela minha encenação ou pelo gozo de bater as espadas e correr, fugindo para não ser pega. Quando acertei a barriga dela, disse: *Aha! Agora te machuquei e você está sangrando!!!* Ela me olhou e tentou acertar minha barriga também. Quando conseguiu eu disse: *Você me feriu, oh meu Deus, estou morrendo!* Ela ria ainda mais alto. *Estou morrendo* (disse eu, me atirando no colchonete). *Mas eu voltei...* (vociferei com uma risada ainda mais tétrica). Ela arregalou os olhos, gargalhou e saiu correndo quando comecei a ir atrás dela. Logo, ela tomou a frente e correu atrás de mim tentando me ferir. Percebendo seu prazer em me perseguir, apontei: *Você está gostando de me matar né?* Ela, rindo, fez *sim* com a cabeça! *Mas eu vou sobreviver!!!!!!!*- garanti, com outra risada caricata.

A teoria winnicottiana (1945/2000a) explica a relevância do brincar movimentado e intenso. Segundo o autor, os momentos de excitação, provocados pelas tensões instintuais, podem ser expressos pela motilidade, na qual a vitalidade infantil se manifesta nestas situações, possibilitando ao bebê/paciente que entre em contato com o mundo externo. Das situações excitatórias, ocorrem as primeiras experiências de integração, oriundas dos estados de não integração.

Outra menção importante a se fazer deste trecho da sessão diz respeito ao meu “retornar da morte” na brincadeira. Esta atitude teve o intuito de oferecer à paciente uma

vivência em que ela pudesse experimentar a agressividade em um ambiente que sobrevivesse sem retaliação ao seu ato destrutivo, para que não sentisse a angústia de destruir definitivamente o objeto amado que representava na transferência. Para uma paciente com pais caóticos e imprevisíveis, ter a experiência de atacar o objeto sem vê-lo sucumbir é imprescindível e pôde ter sido vivido pela primeira vez ali no *setting*. Para sobreviver aos ataques agressivos infantis, é preciso estar disponível, ser sensível e atento a esta necessidade, atributos improváveis quando se está sob o efeito de álcool e substâncias entorpecentes.

A demonstração explícita de sua destrutividade com o devido *holding* de minha parte revelou um brincar mais natural de Alana. Apesar de ainda apresentar algumas dificuldades para se expressar com palavras, ela foi se soltando até, finalmente, conseguir estabelecer uma conversa. Tal como ocorreu no atendimento de Denis, foi necessário apresentar um manejo confiável e adaptado às suas necessidades para capacitá-la para um brincar mais espontâneo, com a ampla capacidade de se expressar por meio do conteúdo “dramatizado e verbalizado” segundo a definição de Stürmer e Castro (2009).

Nosso diálogo propriamente dito teve origem em uma brincadeira proposta por mim, na terceira sessão, em um dos momentos em que Alana parecia entediada na produção de um desenho. Percebi, após alguns minutos, que a menina não queria brincar com nenhum daqueles objetos, manipulando os brinquedos sem intenção de brincar e suspirando com a cabeça apoiada no braço como se aquelas atividades fossem enfadonhas. Lembrei-me do quanto ela gostou de adivinhar meu desenho em uma das sessões anteriores e perguntei então se ela não gostaria de realizar esta atividade. Aquela brincadeira me pareceu providencial uma vez que eu passava grande parte do tempo tentando adivinhar suas comunicações sem que ela, muitas vezes, não dissesse uma palavra. Ela bateu palmas demonstrando empolgação, mas logo de cara revelou: *Não sei o que desenhar!* Sugeriu, então, que eu poderia começar desenhando e ela adivinhando. Fiz uma nuvem, uma flor, uma casa, uma árvore e um gato; ela adivinhou todos e ficou muito animada com a brincadeira, batendo palmas e festejando cada acerto. Perguntei-lhe se queria tentar fazer algum desenho, ela parou e pensou por um tempo e disse: *Eu queria desenhar um castelo, mas eu não sei!* Desenhei um para

mostrar-lhe como era e ela fez outro em outra folha. Puxou conversa me perguntando se a torre dela estava ficando boa e eu a encorajei dizendo que parecia ser um castelo com muitos quartos, e que parecia estar ficando bem construído. Ela continuou: *Vou fazer uma menina! Ah, a menininha ficou pequena!* Eu perguntei se a garota do desenho moraria sozinha naquele lugar imenso. Ela afirmou que a princesa vivia ali com seu pai. Continuando a conversa ela se questionou: *Como é o cabelo do pai?* Eu repliquei: *Como é o cabelo do seu pai?* Ela desenhou e disse: *É assim, olha!* Depois desenhou a mãe da menina (com uma coroa na cabeça), a tia (orelhuda com uma tiara no cabelo), o avô, a prima, a irmã e a bebezinha, dando sinais de que a criatividade estava despontando.

Finalizando a produção, Alana indagou se poderia levar o desenho para sua mãe. Eu disse que sim e perguntei se ela o entregaria quando Elen fosse visitá-la na Casa Abrigo. Surpresa, a garota questionou: *Você sabe tia?* Eu disse que sabia que ela estava longe de seus pais por um tempo, mas que eles sempre a visitavam. Alana se animou com a descoberta e perguntou: *Você sabe o nome de todos lá na Casa Abrigo?* Eu expliquei que conhecia algumas crianças por causa do atendimento, e citei os nomes dos outros pacientes. As que eu não citei ela mencionou, como se quisesse que eu conhecesse todos que faziam parte da sua rotina. Relatou que seus irmãos também estavam na instituição e quis saber se eu sabia como se chamava sua escola. Eu tentei adivinhar e ela me corrigiu quando errei. Sua voz e seus gestos sugeriram que ela parecia feliz e, de certa forma, envaidecida por constatar que eu sabia/tinha interesse por sua história.

Pegou então outro papel e quis fazer vários desenhos: um urso, um macaco, um leão e um panda para levar para a mãe. Desenhamos alguns, até que nosso tempo se esgotasse. Quando comuniquei sobre o final da sessão ela exclamou: *Já?* Eu disse que poderíamos desenhar os que faltavam na próxima semana. Ela ficou feliz e, ao sair, nominou todos os bichos que iria desenhar. Ao se encaminhar para a porta, encontrou a casinha de madeira e afirmou que brincaria com ela no próximo encontro. A garota saiu falando e rindo pelo corredor e disse que a tia já a estava esperando. Pela primeira vez, ela me abraçou com um beijo de despedida, como se me oferecesse uma recompensa por tudo o que vivenciamos naquele dia.

Tudo indica que foi importante para ela saber que eu estava ciente de sua história pessoal e de seu cotidiano dentro do abrigo⁵⁰. Pareceu aliviada e feliz por constatar que eu conhecia sua realidade e estava energizada para brincar livremente, afinal “não havia mais um ‘segredo’ entre nós”. Depois desta “revelação”, Alana se mostrou motivada com as inúmeras possibilidades de brincadeiras que tínhamos pela frente. A conversa começou a fazer parte das nossas sessões naturalmente, como se a dificuldade em falar nunca tivesse ocorrido.

Na quarta sessão, a paciente pegou a casinha de madeira e a família lúdica sexuada. Perguntei como seria nossa história e ela respondeu: *A mãe é boazinha e o pai bravo* – disse a menina. Colocou a mãe para fazer o café da manhã e mandou os filhos tomarem banho, seguidos pelos avós. Todos se sentaram à mesa para comer. Depois, todos foram dormir. Encenei o pai bravo que não tinha gostado da comida por isso brigou com a mãe e saiu para comer em outro lugar. Quando ele voltou da rua, perguntei se ele estava bravo ou feliz e ela disse *feliz*, assim como a mãe. O casal foi dormir e no meio da noite o papai foi até a geladeira pegar comida escondido, e, logo depois, a mãe fez o mesmo, de acordo com o enredo sugerido pela paciente. Encenamos mais algumas vezes o café da manhã, o almoço e o banho da família toda, que ocorreram em um clima tranquilo. Embora o desejo da menina fosse o de dramatizar um pai bravo (tal como o seu próprio muitas vezes deve ter se mostrado) não conseguiu prosseguir com a ideia, talvez pela imensa angústia que a cena traria, uma vez que apresentaria diretamente seu contexto familiar.

Trocou de brincadeira e percebeu, no manuseio das tintas, uma forma prazerosa de entrar em contato com seus conteúdos destrutivos. No início quis brincar de adivinhação, ela desenhava e eu arriscava um palpite. Acertei três figuras: um mato, uma flor e uma menina. No quarto desenho, Alana despejou quase toda a tinta do pote dizendo que era um cavalo. Pareceu muito satisfeita com a sujeira que fazia em cima do sulfite e pegou outra cor para misturar, remexendo a tinta com as mãos. Diante da cor amarronzada, falei: *Parece cocô!* Ela negou veementemente, com um sorriso no rosto que revelava sua ironia. Pegou outro papel e despejou o pote de cor vermelha e disse

⁵⁰ Apesar de ter explicado a todas as crianças atendidas, no primeiro contato, sobre a função da psicoterapia como um espaço no qual se pode brincar e falar de suas tristezas, como a separação familiar e o acolhimento, ela se surpreendeu com o fato de eu saber que ela estava institucionalizada e longe de sua família.

com outro sorriso irônico, antevendo minha fala: *Não é sangue!* Apesar de recusar qualquer menção direta a conteúdos agressivos, enfiou as mãos na tinta, sem qualquer cerimônia, até esvaziar todos os potes. Quando se deu conta que as fez cair na mesa e no chão, olhou-me com satisfação pela sujeira que tinha feito; deu de ombros e ficou em silêncio com um sorriso irônico, possivelmente aguardando minha reprovação pela sujeira. Afirmi que ela poderia continuar a brincadeira que eu limparia tudo no final. A menina abriu um grande sorriso e continuou a remexer na tinta ainda com mais vigor até o fim da sessão, derrubando na mesa e no chão, olhando para mim com uma feição sarcástica, como se aquele gesto não fosse intencional. Gargalhava alto, demonstrando grande satisfação em esfregar suas mãos na sujeira. Quando alertei que nosso tempo estava se esgotando ela quis desenhar um coração para entregar à mãe, talvez como um gesto de reparação por toda a sujeira que havia depositado em mim, sua representante na transferência. Eu disse que ainda havia tempo para um desenho antes de sair. Mesmo depois de oferecer a ela a possibilidade de fazer a última gravura, saiu em protesto: de braços cruzados, fazendo bico, contrariada e cabisbaixa por ter aquele momento tão importante e significativo interrompido. Apesar da chateação aparente, ela se despediu de mim com um abraço apertado, pulando no meu colo.

Na quinta e última sessão, trabalhamos com o material gráfico. Ela perguntou: *Pra que servem os canudos?* Eu disse que poderíamos fazer o que quiséssemos com eles: fazer bolinhas na água, brincar de restaurante, cortar e fazer colagens e qualquer outra coisa. Ela se interessou por esta última opção e logo pegou a tesoura para cortar todos os canudos até que não restasse nenhum inteiro. Quando o canudo voava longe, ela exclamava: *Pula nela!* De vez em quando, fingia: *Cortei o dedo! Ai, ai !Tá sangrando olha!* E logo depois despejava aquela risada bizarra e dizia: *É mentira! Te enganei!* Enquanto cortava, começou a sussurrar algumas palavras inaudíveis e, quando eu indaguei sobre o que ela estava tentando falar, a garota rebateu uma resposta provocativa, com um sorriso sarcástico: *Você nunca entende nada!* Tomada por certa raiva, agi da mesma forma e perguntei se era possível entender o que eu falaria em seguida. Falei bem baixinho, como ela havia feito, e ela sorriu e disse: *Não ouvi nada!!!* Em um tom amistoso, rindo da situação retruquei: *Viu só? Você estava falando tão baixo quanto eu!* Rindo, a menina concordou, dizendo que eu tinha razão.

Naffah Neto (2008) descreve uma situação similar de ataque à figura do analista na relação transferencial no início da psicoterapia como um teste à capacidade de sustentar, sem retaliar, os impulsos mais primitivos do paciente.

Diante da minha resposta a seu ataque, Alana continuou a picotar os canudos e, enquanto trabalhava nisso, contou várias mentiras: Que foi no rio e tinha um jacaré, que tomou banho de banheira e que não havia tomado café da tarde. Divertia-se me fazendo acreditar e, depois, dizia que era mentira. *Nossa, quantas mentiras!!! Eu sempre acredito né?* – espelhava eu. *Você viu? Eu sei te enganar!* –respondia ela satisfeita. Conforme conversávamos, a garota derrubava um monte de cola para fora da folha sulfite, fazendo uma grande sujeira em cima da mesa. Olhou para mim e disse com uma feição sarcástica – *Olha derrubei! E agora?* Eu afirmei que ela poderia continuar brincando que eu limparia tudo no final. Em meio à ambivalência de prazer e tensão de entrar em contato com aquela sujeira, Alana exclamou: *Minha mãe diz que sou uma mosca de boi!* Investiguei sobre o significado da expressão e a menina informou que sua mãe sempre falava isso quando ela aprontava algo que não podia. Em seguida, comentou uma fala característica de seu pai: *Ai que badalo, ai que horror!* Ao lembrar das figuras parentais, a paciente deu início a um ciclo bizarro de rir e arrotar, e, em seguida, dizia alguma mentira. Pareceu-me bastante desconectada da realidade, durante o tempo em que repetia o ritual de remexer na meleca de cola, arrotar, contar mentiras e rir exageradamente ao final, permanecendo assim por aproximadamente meia hora até o fim da sessão. Tentei interagir, perguntando em que situações os pais diziam aquelas palavras, mas ela parecia não escutar ou não querer responder, refugiada em seu mundo interno.

Diante deste episódio muito peculiar, considera-se a hipótese de que Alana, intensamente envolvida com a brincadeira, ao entrar em contato com sua agressividade e lembrando a fala dos pais, sentiu que poderia mostrar, naquele ambiente confiável, seu núcleo psicótico. Organizando uma defesa tipo falso *self*, a paciente se recolheu em seu mundo interno, a fim de se defender de uma invasão que remeteu às possíveis falhas que vivenciou com as figuras parentais. Considerando o vício dos pais e a violência entre eles, é muito provável que não puderam garantir a Alana a satisfação de suas necessidades básicas nos modos e no tempo que exigia sua singularidade. Sobre a formulação winnicottiana de falso *self*, Naffah Neto (2007) destaca que esta formação se

dá quando a criança não se depara com um suporte ambiental adequado para a criação de um mundo subjetivo, por meio de seu gesto espontâneo. Outro cenário possível para que o falso *self* cindido emergja ocorre quando há um mundo subjetivo, mas este precisa ser protegido de um ambiente caótico, inconstante e ameaçador. O bebê tem que interromper sua continuidade de ser, construindo uma barreira (falso *self*) para que os impulsos ameaçadores não atinjam seu *self* verdadeiro.

Na maior parte das sessões, a paciente apresentou uma dinâmica neurótica⁵¹, no entanto, ao evocar os pais relembrando suas falas características, é provável que tenha revivido traumas muito primitivos, ligados à fase de dependência absoluta. Diante de angústias impensáveis, seu falso *self* falhou como barreira de proteção, deixando-a à mercê de desintegrações e um estado temporário de desconexão com o mundo externo no qual não ouvia ou respondia as minhas intervenções.

Quando avisei que nosso tempo estava se esgotando Alana, irritada, afirmou que ainda não era hora e continuou a manipular o material. Apontei o relógio e expliquei que não havia mesmo mais tempo, mas que compreendia ela não querer ir embora por que estava sendo importante brincar da forma como ela estava brincando. Ela concordou e perguntou se não podíamos ficar mais. Embora eu soubesse que ela precisava de mais tempo para se reintegrar antes de encerrar a sessão, não consegui propiciar isto devido às limitações de horário da clínica-escola. A importância do prolongamento das sessões em pacientes com esta psicopatologia foi discutida por Margareth Little. Winnicott, analista de Little percebeu a necessidade de aumentar o tempo de sessão da paciente para que ela pudesse se recompor do retraimento que se instaurava durante as sessões (LITTLE, 1992).

Como se quisesse levar parte da sessão consigo, a menina tentou pegar um brinquedo (um carrinho pequeno) escondido para levar para casa. Eu apontei: *Parece que você se esqueceu de guardar o brinquedo do seu bolso!!!* Ela, sem qualquer cerimônia, devolveu-o rindo e afirmando que gostaria muito de levá-lo. Eu então permiti que ela levasse o objeto excepcionalmente, e ressaltei que sabia que ela precisava muito dele depois do que tínhamos vivido. Aquele carrinho poderia servir como objeto

⁵¹ Tal como os pacientes denominados *borderline* (se situam na borda, entre a neurose e psicose) Alana apresentou características de um funcionamento neurótico, até o rompante psicótico na última sessão.

transicional para que ela pudesse lidar com o fim da sessão e nossa separação até o próximo encontro.

A atitude de permitir que a criança leve para casa o material lúdico não é usual, uma vez que se faz necessário preservar minimamente uma estrutura para o atendimento (ABERASTURY, 1992). Diante da intensidade daquele momento específico e da impossibilidade de oferecer à paciente mais tempo em sala, considerei adequado abrir esta exceção.

Antes de deixar a sala, Alana lembrou que precisávamos fazer outro coração para que ela entregasse à mãe que viria no fim de semana para visitá-la. Sugeri que poderíamos começar o encontro seguinte com este desenho se ela desejasse. Ela concordou e perguntou o que estava escrito na chave de seu armário e eu disse que eram nossos nomes. Ela sorriu e trancou o armário e, ao chegar à recepção, despediu-se de mim dizendo: *Tchau Larissa*, e eu respondi: *Tchau Alana!* Foi assim que encerramos a quinta e última sessão, brincando de repetir a despedida até ela chegar ao carro da instituição, sem saber que não voltaríamos a nos encontrar.

4.2.3 O desacolhimento de Alana e a interrupção da psicoterapia

Alana e seus irmãos retornaram ao convívio familiar de maneira abrupta sem qualquer preparação de nenhuma das partes após dois meses. Em uma das audiências com a família, os pais das crianças se comprometeram retornar ao CAPS para acompanhamento, bem como cuidar melhor da higiene, alimentação, escolarização dos filhos. Depois deste encontro, a equipe do Fórum emitiu um parecer favorável que culminou no retorno antecipado das crianças ao lar. A fim de garantir os direitos das crianças, o caso seria assistido de maneira próxima pelo CRAS e pela equipe da Casa de Acolhida.

Diante do desacolhimento repentino, pode-se presumir que o regresso ao convívio da família pode ter despertado sentimentos ambivalentes em Alana: se, por um lado, o lar é o local para o qual sempre quis voltar, devido aos laços de afeto que mantinha com os pais e avós, por outro, representa um ambiente caótico e imprevisível,

que desorganiza seu mundo interno e a obriga a erguer uma muralha defensiva para resguardar seu verdadeiro *self*.

A psicoterapia foi interrompida⁵² em um momento crucial do tratamento, quando o falso *self* da paciente falhou como proteção, que culminou na eclosão de um episódio psicótico. Nos artigos de Naffah Neto (2007;2010) sobre o tema, ao definir o termo *borderline*, explica que pacientes com esta psicopatologia habitam a linha divisória entre neurose e psicose, e podem ser tomados por desintegrações e sintomas esquizofrênicos nos períodos mais difíceis, quando seu falso *self* falha como barreira protetora. Ou seja: estes indivíduos podem se apresentar na maior parte do tempo como neuróticos, mas estão à mercê de uma psicose latente que ameaça emergir diante de uma falha ambiental traumática.

Durante o tempo de atendimento, promoveu-se, dentro das possibilidades, um espaço que respeitava seu ritmo pessoal e suas limitações de comunicação verbal, oferecendo-se o *holding* e elementos do manejo diferenciado que suscitaram o surgimento de vínculo de confiança entre terapeuta e paciente, para que esta entrasse em contato com seus impulsos destrutivos.

Devido à interrupção deste atendimento e sua curta duração, não foi possível propiciar condições para que Alana retornasse da regressão, trabalhasse suas questões primitivas e de violência intrafamiliar e, assim, pudesse abrir caminho para a restauração dos processos de integração egóica até alcançar a etapa do “uso do objeto”. Tampouco pude avançar ao ponto de trabalhar sua capacidade de adaptação ambiental sem perda significativa da espontaneidade, tal como Winnicott (1975) ressalta ser importante em um fim bem-sucedido de uma psicoterapia.

4.3 Emely

Emely tinha quatro anos quando foi acolhida no abrigo pela primeira vez, devido à prisão de seus pais por envolvimento com tráfico de drogas.

⁵² Por morar muito longe do local de atendimento, o pai avisou na instituição que não conseguiria levar a garota ao atendimento. Tentei um último contato para me despedir da paciente e explicar o fim no atendimento, entretanto, após diversas tentativas, não consegui contato, seja pessoalmente, seja por telefone, com a menina ou seus responsáveis.

Na investigação da equipe da instituição para verificar a possibilidade de colocar Emely e seus dois irmãos sob a tutela de algum membro da família extensa, descobriu-se que a mãe deles, Eliete, tem mais seis filhos institucionalizados em outra cidade e nunca foi visitá-los por temer a reação deles. Há uma especulação por parte da equipe da instituição de que, na época em que ela residia neste local, sustentava-se como prostituta. Decidida a recomeçar, ela deixou os filhos para trás e foi viver em uma cidade distante onde deu à luz aos últimos três filhos.

Com a prisão de Eliete, uma tia das crianças solicitou a guarda dos três menores (Emely e seus irmãos), mas teve o pedido negado devido ao fato de nunca ter demonstrado o desejo de ficar com os sobrinhos mais velhos, os primeiros filhos de sua irmã. O interesse seletivo levantou suspeitas de que a verdadeira intenção desta parente era receber o dinheiro do auxílio reclusão, pago a quem se responsabiliza pelos filhos da detenta.

Após três meses da institucionalização das crianças e da prisão de Eliete, ela recebeu uma segunda chance da Justiça: foi solta e retomou a guarda de Emely e de seus outros dois filhos mais novos. Duas semanas depois de sua soltura, foi presa novamente por se associar ao tráfico de entorpecentes.

O processo psicoterápico de Emely teve duração de seis sessões, ao longo de um mês e meio.

4.3.1 Início da psicoterapia e a expressão de suas necessidades

A equipe técnica do abrigo indicou Emely para a psicoterapia por observar nela um isolamento preocupante desde sua chegada à instituição, além de intensa dificuldade de lidar com a separação familiar, chorando e pedindo todos os dias pela mãe.

Em nossa primeira sessão, a menina de olhar distante e triste fez uso do brincar desde o primeiro momento, como uma via de expressão de seus sentimentos e conflitos. Firmei com ela o contrato terapêutico, apresentei-lhe os brinquedos e a garota decidiu ficar com todos em seu armário.

Ao se deparar com a casinha de madeira ficou encantada e quis encontrar um modo de fazer caber ali as duas bonecas – bebês grandes. Verificando a impossibilidade, perguntou como faríamos para fazê-las entrar nos cômodos, então, lembrei que havia bonecos menores que entrariam ali sem problemas: os da família lúdica sexuada. A garota bateu na testa, dando-se conta de que havia se esquecido deles, abandonou as bonecas grandes e deu início à brincadeira. Com as panelinhas em mãos, avisou que cozinaria para as crianças enquanto elas se aprontavam para o banho. Tirou as roupas dos bonequinhos e percebeu as diferenças dos genitais dos homens e das mulheres: *Olha a menina não tem esse que o menino tem!* – disse ela, parecendo verdadeiramente surpresa com a diferença entre os sexos. Após o banho nos bonecos que representam os filhos, vestiu-os e os colocou para almoçar. Ao despir o restante da família, observou que a boneca da mãe tinha peito e, dentro da barriga dela, um bebê. *O nenê vai nascer daqui a pouco* – afirmou Emely, dando indícios de que já tinha o enredo todo em mente.

Depois que a criança nasceu, a menina despiu os homens e ordenou que eu desse banho neles, tomando para si a função de lavar as mulheres. Decidiu que todos almoçariam e se dirigiriam ao *shopping*. Perguntei se o bebê recém-nascido ficaria sozinho no berço e ela disse que o pai cuidaria dele. Enquanto brincávamos, a menina comentou que *tinha dois irmãos de verdade*: um deles era bebê e o outro, dois anos menor que ela. Perguntei se estavam todos juntos na Casa Abrigo, a paciente confirmou e explicou que estavam lá em razão da prisão dos pais e por não ter outra pessoa para cuidar deles. Questionei se Emely sabia o que era estar preso, e ela disse que não. Esclareci que, durante a prisão, os pais ficam impossibilitados temporariamente de morar junto com os filhos e visitá-los. Contrariada ela retrucou: *Pode sim! Eu vou sair do abrigo e voltar a morar com eles, mas agora eu não posso porque não tem ninguém na minha casa!* Segundo o estudo de Dallaire, Ciccone e Wilson (2010), os filhos pequenos de pais encarcerados são os mais afetados por esta circunstância, seja por suas necessidades peculiares de desenvolvimento que demandam a presença e cuidados dos genitores, seja pela maior possibilidade de ter testemunhado a prisão deles⁵³. Ainda que eu estivesse apenas espelhando a separação familiar, Emely demonstrou revolta e

⁵³ A informação que se tem é que a garota presenciou a prisão da mãe nas duas ocasiões em que ocorreu.

negação, neste primeiro momento, com sua nova realidade. Irritada com meu comentário, quis trocar de brincadeira.

Com o material gráfico, esboçamos alguns desenhos. Aparentando ter superado rapidamente o aborrecimento, pediu-me de maneira gentil que eu desenhasse para ela uma borboleta e um gramado verde. Enquanto desenhava, interroguei se a borboleta tinha uma história. Desde a primeira oportunidade, a paciente demonstrou grande prazer em desenhar e contar histórias, sendo as duas atividades predominantes durante as sessões. Para Trinca (1987), o desenhar é atraente para a maior parte das crianças, tornando-se parte de suas brincadeiras cotidianas. Funcionam bem ativando as associações e são um meio de expressão infantil. O autor destaca a importância do desenhar na psicoterapia para ativar as associações que expressam conteúdos, sendo “[...] o meio de contato entre elas e psicoterapeutas, tendo um valor funcional e substituindo a linguagem oral [...]” (TRINCA, 1987, p. 3).

A narrativa sobre a borboleta teve início com o animal triste, porque estava com fome. *Procurou muito, muito, muito comida e não achou porque lá não tinha. Depois, encontrou um pássaro e chorou. Esta borboleta é muito, muito, muito triste* – suspirou a menina com um olhar distante, como se aquela história remetesse à sua própria. Na tentativa de transmitir que compreendi sua comunicação e de algum modo me colocar disponível, falei: *Que bom que o passarinho apareceu para escutar o choro dela e limpar suas lágrimas!* Para Mèridieu (1994), o desenho infantil, bem como as histórias contadas expressam o mundo interno da criança e sua personalidade, e pode-se conhecer por meio deles os pensamentos, medos, ansiedades e fantasias infantis, bem como ser a representação dos acontecimentos atuais. A temática da fome pode significar o vazio emocional provocado pela separação familiar, sobretudo da figura materna. A personagem procura e não encontra o alimento “emocional” que a mãe proporcionava, por isto se entristece. Quando encontra o pássaro (a psicoterapeuta e/ou *setting* com um espaço de escuta), descobre que pode expressar como se sente verdadeiramente, exprimindo sua dor.

Destaca Trinca (1997) que o ato de desenhar e contar uma história pode ser terapêutico à medida que possibilita que os sentimentos sejam expressos pela criança e transferidos para os personagens. Acrescenta o mesmo autor, em outra obra sua (2003),

que essa atividade auxilia na lida com as situações estressantes e colabora na elaboração de angústias e ansiedades vivenciadas na situação.

A garota, após desenhar e criar a história da borboleta, resolveu esboçar o que chamou de *rio vermelho*. Lembrou-se da história da Chapeuzinho Vermelho e começou a me contar. Ao finalizá-la, a história, avisei a paciente sobre o encerramento de nosso encontro. Com lágrimas nos olhos, insistiu muito para ficar: *Eu quero desenhar e pintar mais! Por favor!!! Quero fica mais!* – murmurava enxugando os olhos molhados. Reafirmei a impossibilidade de continuar ali devido ao tempo limitado, mas garanti que poderíamos continuar as brincadeiras na próxima sessão. Ela assentiu contrariada, ajudou a guardar o material no armário e saiu de cabeça baixa, como se protestasse pelo fim da sessão.

Desde a primeira sessão, a paciente despertou em mim uma reação de contratransferência nítida: fui tomada por um sentimento de compadecimento diante daquela menininha tão pequena, que se externou por meio de uma fala em uma das sessões. Peguei em sua mão e disse: *Meu amor, infelizmente não há como ficar!* Flagrei-me no ato logo após me referir a ela deste modo e, consciente do lapso, não repeti mais a mesma falha. Freud (1910/1996) define contratransferência como a resposta emocional do analista aos estímulos provenientes do paciente como resultado da influência do analisado sobre os sentimentos inconscientes do psicanalista. Para Winnicott (1947/2000i;1955/2000j) a contratransferência se coloca simultaneamente como um aliado e um desafio do processo analítico. Se reconhecida, pode ser usada pelo psicoterapeuta como um instrumento sensível que colabora no progresso do atendimento e estabelecimento do enquadre. A necessidade de Emely prolongar os atendimentos, algumas vezes quase aos prantos, provocava em mim como psicoterapeuta a sensação de que estava falhando com ela, por não ter condições de oferecer aquilo que ela demandava.

Em suma, o que se pode ressaltar deste primeiro encontro é a ânsia da garota por um espaço de brincadeira em que pudesse ser ouvida e compreendida. Winnicott (1964; 1968/1994b) notou em seus pacientes que sofreram privações uma crença inconsciente de encontrar amparo no espaço psicoterapêutico. Ele esclarece que o paciente, durante primeira entrevista/sessão: [...] terá uma certa capacidade de acreditar na obtenção de

auxílio e de confiar naquele que o oferece (p. 230). Por meio do manejo, o paciente teria a oportunidade de reviver a privação passada para integrá-la como experiência. Foi pautado nesta estratégia que o processo psicoterápico com Emely se desenrolou.

4.3.2 O trabalho terapêutico com Emely

As sessões que se seguiram foram marcadas predominantemente por desenhos e histórias criadas pela paciente.

Ao longo da segunda sessão, ela desenhou e criou três tramas bastante significativas.

História da borboleta:

Era uma vez uma borboletinha que não via o papai e a mamãe, porque eles não iam visitar a filhinha no abrigo. Depois, ela foi procurar a mãe dela e achou ela na casinha. Perguntou à mãe: Porque você não foi me visitar? Aí, a mãe foi visitar.

Na primeira história, o tema do abandono aparece juntamente com a negação, em um primeiro momento, de que os pais – sobretudo a mãe – estejam impedidos de aparecer para vê-la. O final feliz retrata, provavelmente, seu desejo de que esta circunstância não passasse de um desencontro e que ela pudesse voltar a ver a mãe com frequência, ainda que não voltasse a morar com ela.

História da baleia:

Tinha uma baleia e sua amiga, a sereia. Moravam juntas. Depois ela foi morar em outro lugar, mas continuavam sendo amigas. Na outra casa dela, tinha um jardim cheio de flor e encontrou lá outra amiga chamada Barbie Girl®.

Depois de uma pausa continua: *Os pais da baleia não encontravam ela. Encontraram a mãe da baleia, mas ela não tentou achar sua filha e sumiu. A baleia ficou triste porque quer a mamãe dela. Concluiu a história exclamando: Acabou!*

A segunda trama parece exibir duas perspectivas sobre a realidade de Emily depois da prisão materna: 1) a possibilidade de encontrar figuras amigáveis no contexto institucional sem prejuízo das relações antigas; 2) a culpabilização dos pais, especialmente da mãe pela separação, a tristeza da filha, juntamente com a constatação de que não receberá a visita que tanto anseia. Sobre a primeira parte da história é importante ressaltar que, embora a Constituição Federal e as *Orientações Técnicas dos Serviços de Acolhimento* assegurem o não rompimento dos vínculos familiares e com a comunidade, a realidade pode se mostrar contrária ao que preconiza a norma se a criança for designada para uma instituição distante de sua residência, conforme destaca Oliveira (2006/2010). No que se refere ao segundo aspecto do enredo, é possível considerar que a garota responsabilize a mãe pelo afastamento familiar, situação que também apareceu nos relatos dos filhos de mães encarceradas no estudo de Stella (2009).

História do Jacaré:

Era uma vez um jacaré que morava no lago sozinho e não sabia nadar. Ele pulou no lago mesmo sem saber nadar. Ele tentou nadar e conseguiu. Depois, veio a borboleta e falou: Eu não sei nadar, só sei voar. Ele disse: vai voar, sai da minha casa. Ele ficou bravo e foram felizes para sempre.

O cenário apresentado por Emely coloca o personagem principal vivendo sozinho em sua casa, mesmo sem ter condições básicas para sua sobrevivência. Para não ter que sair de seu lar e mudar para um lugar estranho (o Abrigo), precisa se arriscar e fazer algo que não aprendeu ainda, já que não há ninguém por ele. Outro elemento que surge é a desconfiança: assim que um desconhecido aparece em sua casa ele se aborrece e o expulsa, para, então, “ser feliz para sempre”.

Ao finalizar as histórias exclamou com um tom autoritário: *Pronto! Agora vamos só desenhar e brincar.* Após ter transmitido tudo o que desejava e ter relembrado situações tão dolorosas, a paciente exprime a necessidade de *usar* o brincar com uma função diferente do anterior: como uma atividade prazerosa para aliviar a tensão por meio da área intermediária de experiência (WINNICOTT, 1971/1975d). Sob esta

perspectiva Winnicott (1968/1975c, p. 86) explicita: Brincar, essencialmente, satisfaz. Isso é verdade mesmo quando leva a um alto grau de ansiedade. Há um grau de ansiedade que é insuportável e este destrói o brincar [...] A fim de impedir que esta ansiedade destrutiva do brincar se instaure, é importante possibilitar e dar condições para que a criança se dirija a outra brincadeira ou modo de brincar, sem invadi-la com uma interpretação, oferecendo um manejo adequado as necessidades do paciente. Foi esta a atitude adotada com Emely no momento que se seguiu.

A brincadeira eleita foi a de casinha, em que colocávamos os bonecos para comer e tomar banho. A paciente fazia pequenas frases-histórias e finalizava: “e foram felizes para sempre”, independentemente de o desfecho remeter de fato a um final feliz. Em um dos casos, em que a personagem estava triste, perguntei: *Ué, mas se ela chorou como é que foi feliz para sempre?* A garota deu uma risada gostosa e, como se fosse óbvio, afirmou que todas as histórias têm que acabar desta forma, como se esta frase marcasse o fim do enredo.

Entregou-me o kit médico para que eu cuidasse do bebê que estava doente. Perguntei o que havia acontecido com a criança e Emely me alertou que ele estava mal, mas que iria melhorar. Disse que a mãe do boneco também estava adoecida e precisava ir a uma consulta. Eu perguntei se a razão da doença da dupla foi devido à mãe ter que se ausentar, ela concordou dizendo: *Loguinho ela volta pra cuidar do bebê dela!* Então disse: *Ainda bem!! Ele está com muita saudade dela, por isso tem dor e chora!* Ela esboçou um sorriso e abraçou forte o boneco, como se oferecesse um conforto a ele e a si própria por meio daquele afago. De acordo com a informação transmitida pela equipe da instituição, Emely e seus irmãos eram muito bem cuidados pela mãe, e estabeleciam com ela uma relação tranquila e amorosa. Por ser a mais velha, a paciente pôde vivenciar por mais tempo a experiência de um *lar primário*, desenvolvendo e integrando sua personalidade, demonstrando ter recursos emocionais suficientes para lidar com a falha ambiental significativa (a prisão e o afastamento de Eliete) sem se desintegrar ou erigir defesas do tipo *falso self*. Segundo Winnicott (1965/1994d), conforme o indivíduo progride no processo de integração sem falhas ambientais desestruturantes, torna-se menos suscetível a sofrer um impacto significativo em sua estrutura de personalidade. Quando sobrevém a invasão (ambiental ou instintual), fica apto a desenvolver quadros

do espectro neurótico, porque já completou a tarefa mais básica do desenvolvimento e afastou o risco de aniquilamento.

A terceira sessão foi marcada por brincadeiras tranquilas com teor emblemático das histórias de princesa: um universo cor de rosa, com príncipes, castelos. Passamos a sessão toda desenhando e pintando os detalhes do vestido, dos sapatos da Princesa Aurora. A paciente fez a seguinte história:

Era uma vez uma princesa que morava em um castelo. Estava muito triste e apareceu um príncipe. Ela estava com o vestido amarelo. Foi para outro castelo com outras princesas. Estavam lá outras princesas: a Ariel, Branca de Neve com vários príncipes e foram felizes para sempre.

Depois de duas sessões trazendo à tona temáticas de sofrimento, retratou uma cena em que a princesa estava triste no início, mas conseguiu se alegrar ao encontrar príncipes e amigas. Delinear um cenário tranquilo após expressar tantas histórias de tristeza, foi importante para que a garota se tranquilizasse e voltasse a comunicar seus principais conflitos na sessão seguinte.

No quarto encontro, Emely quis buscar os livrinhos de história que tinha visto na recepção. Ao chegar à sala de atendimento se direcionou à casinha, desenvolveu um enredo similar ao que já tinha contado anteriormente: o pai iria tomar banho e a mãe fazer comida. Depois de um tempo, a menina decidiu que o pai iria sair e a filha sairia logo depois, mas para outro lugar: a floresta. Passado um tempo, ela sugere uma reviravolta na trama: *A filha se perdeu! A mamãe não achou ela* – disse com um sorriso sem graça. *E se a mãe procurar bastante não vai achar?* – indaguei. A menina encerrou dizendo que não acharia mesmo que procurasse muito, guardou os bonecos, indicando sua iniciativa de trocar de atividade. Mais uma vez, nas histórias de Emely, emerge a sensação de estar perdida em um local em que não encontra seus pais, talvez como uma tentativa de elaborar sua realidade: estar separada deles não podendo encontrá-los em virtude da prisão.

Passou para a brincadeira de escolinha, na qual esboçou um rosto e avisou que se tratava de um índio. Pediu para eu desenhar o cabelo do personagem, porque não sabia como fazer. Tentei imitar um estilo de cabelo indígena, mas acabou ficando comprido, tipo *channel*. A menina exclamou: *É uma mulher índia! Agora vou fazer um*

índio homem. Eles são amigos! Eu me prontifiquei a desenhar a casa deles, e ela, lembrando-se da música dos indiozinhos, entoou:

*Um dois três indiozinhos
Quatro cinco seis indiozinhos
Sete oito nove indiozinhos
Dez num pequeno bote
Vinham navegando pelo rio abaixo
Quando um jacaré se aproximou
E o pequeno bote dos indiozinhos
Quase, quase virou
Quase, quase virou
Quase, quase virou,
Mas não virou*

Quando a menina terminou de cantar, indaguei sobre o destino dos índios que quase caíram do bote. Ela me tranquilizou e disse que eles estavam a salvo do jacaré, porque correram. Exclamei: *Ufa! Ainda bem!* Ela sorriu empolgada: *Vou fazer uma outra índia, que é a filha! E na casa vai morar ela e a mãe. O pai não vai morar. O pai tenta procurar a mãe e a filha pra ir na festa de aniversário da menina, mas ele não acha elas. Eu vou desenhar um bolo, um monte de bexigas e quatro velas.* Eu perguntei se Emely tinha quatro anos, como a indiazinha, ela apressadamente corrigiu: *Agora eu tenho cinco anos. Minha mãe estava na minha festa de quatro anos, mas agora ela tá presa! Meu pai também não foi porque já estava preso antes.* Eu completei dizendo que precisaríamos caprichar bastante nos desenhos para que aquele momento fosse muito feliz, tanto quanto foi seu aniversário de quatro anos. Ela sorriu balançando a cabeça e continuou se esmerando na atividade. Ao que parece, Emely quis reviver, por meio do desenho e da história da família indígena, um momento em que foi feliz na sua própria história: seu aniversário de quatro anos em que sua mãe estava presente. Via transferência, a garota quis reparar as falhas ambientais que ocorreram em seu amadurecimento por meio do acontecido e que pôde ser repetido (WINNICOTT,1961/2002m). Camps (2003) e Tachibana (2011) destacam que, ao proporcionar uma atmosfera acolhedora e não invasiva no *setting*, o psicoterapeuta torna-se capaz de receber, por meio dos desenhos e das histórias, os conteúdos e

conflitos que emergirem e promover a sustentação emocional necessária para que o paciente possa se deparar e suportar as suas implicações decorrentes.

Antes de ir embora, Emely quis brincar na área externa com a areia e as panelinhas. Ressaltei que não havia mais tempo, mas assegurei a possibilidade de brincarmos na próxima semana. A paciente solicitou então que eu lesse rapidamente a história que pegamos da recepção antes de sairmos, demonstrando mais uma vez a necessidade de estar ali por mais alguns minutos. Enquanto eu lia, ela notou que a personagem do livro estava com o cabelo amarrado com duas maria-chiquinhas. Apontando o desenho, exclamou: *Foi a mãe dela que fez! Eu fiz assim no meu hoje, mas não ficou igual* – comentou com uma feição triste, sobre seu cabelo preso em um rabo de cavalo meio despenteado. Quando questionei se ela havia feito sozinha a menina negou, explicando que a cuidadora da Casa Abrigo havia ajudado. Então observei: *Só a mãe da gente faz chiquinhas direitinho!* Ela sorriu e concordou orgulhosa, dizendo que ninguém da Casa Abrigo arrumava seu cabelo como sua mãe fazia. Esta pontuação foi uma das poucas que fiz, por compreender que se tratava de “devolver ao paciente o que este comunicou” e por acreditar que “uma comunicação precisa (va) ser reconhecida” (WINNICOTT, 1968/1994c, p. 164). Sobre a interpretação winnicottiana, Avellar (2004) destaca que o analista deve esperar a criança demandar a interlocução para que a interpretação abra um campo de experiência no espaço analítico, sem colocar em risco a capacidade criativa da criança. Dada a resposta de Emely, pode-se presumir que a paciente sentiu que “criou por si mesma” aquela comunicação, tal como Winnicott (1968/1994c) preconiza ser o melhor modo de oferecer este tipo de intervenção.

Na quinta sessão, começamos brincando de escolinha. A primeira tarefa que ela me designou foi que fizesse vários desenhos: uma lagartixa, um rato, uma borboleta e uma cobra. Depois pegou uma folha em branco e disse: *Agora vou colocar os outros amigos que ainda vão chegar e morar na casa!* Eu perguntei: *Os bichos diferentes moram juntos?* Ela respondeu: *Só os que estão sozinhos.* A referência de Emely aos diversos animais que dividem a mesma casa parece comunicar, mais uma vez, a realidade das crianças do abrigo que vieram de famílias diferentes e precisaram residir no mesmo espaço devido à nova circunstância: a ausência das figuras parentais.

Com três bonecos na mão, declarou que eram irmãos e os nomeou a princípio de Gabriela, Gabriel e Gabi. Com o bebezinho na mão, identificou-se com ele e mudou de ideia quanto à escolha do nome: *Olha essa parece eu. Tem maria-chiquinhas! Vai chamar Emely! Eu vou dar banho nesta outra e você dá comida para o bebê Emely.* Eu a alimentei e avisei que a bebê estava chorando muito. A paciente me instruiu a colocá-la no berço, dar um beijinho nela, enquanto isso observou que o cabelo da boneca estava amarrado errado, tal como o dela em sessão anterior. Voltei-me para a boneca e, depois de alimentá-la, beijá-la e abraçá-la, garanti que arrumaria o cabelo dela bem bonito e certinho, *igual mãe faz com suas filhas.* A menina olhou para a cena com um olhar terno e comentou: *Tem que cuidar bem destes bebês, né?* – pegando os bonecos, enlaçou-os em seu abraço e os encheu de beijos. Em seguida, tomou para si a função de cuidado dos três irmãos, colocando-os para dormir, tomar banho, trocando suas fraldas e aplicando perfume: *Pronto! Estão bem limpinhos pra quando a mãe deles chegar!* – disse toda satisfeita ao completar as tarefas. A escolha de Emely por três bonecos que seriam irmãos e com nomes parecidos parece remeter à sua própria constelação familiar e atual situação: depois da prisão dos pais, por ser a filha mais velha, deve maternar consigo própria e com os irmãos. Winnicott (1967/1999d) assinala que um indivíduo saudável do ponto de vista emocional, capaz de oferecer cuidados maternos suficientemente bons, recebeu, provavelmente na infância, uma boa maternagem. Por ter assistido tantas vezes sua mãe cuidar dela e de seus irmãos, Emely demonstra, por meio da brincadeira, como *cuidar bem dos bebês*, oferecendo carinho e o que é imprescindível para promover o bem-estar físico das crianças: banho, alimento, sono.

O tempo da sessão estava se esgotando e mais uma vez a paciente pediu para que eu estendesse o atendimento, ponderando que estava muito legal brincar naquele dia. Repliquei que, se eu pudesse, faria, mas, infelizmente, havia outra criança esperando para entrar. Pela primeira vez, Emely abriu um sorriso, saiu tranquila e sem protesto, dando-me um beijo de despedida e um *tchau* mais feliz do que de costume. Pode-se supor, pela tranquilidade ao se despedir, que a garota conseguiu ter naquela sessão uma *experiência completa*. Segundo Winnicott (1941/2000I), o ambiente suficientemente bom permite que a criança viva uma experiência completa com o mínimo de interrupção possível. Assim como os pais que permitem ao bebê ter a tranquilidade

para realizar suas atividades, o ambiente analítico deve proporcionar o mesmo para seu paciente para que, sob seu controle, seja estabelecida uma sequência de início, meio e fim.

Avellar (2004) explica a temporalização da sessão nestes moldes:

Na sessão, temos três momentos como no jogo (da espátula): a hesitação, o desenvolvimento e o período de finalização. O período de hesitação requer muito poucas intervenções ou interpretações, permitindo que o paciente organize e comunique a questão humana que ele irá trabalhar na sessão. A sessão caminha para um momento em que a questão comunicada fica evidente para o par analítico. Há um período que o analista faz suas intervenções e, enfim, a sessão caminha para a finalização, quando o paciente já não precisa mais do analista naquela hora e a sessão termina [...] (AVELLAR, 2004, p. 101)

A experiência completa de Emely neste encontro destacou, além de sua vivência atual no abrigo, em que divide a casa com os colegas na instituição, sua necessidade de repetir a vivência de cuidados essenciais desempenhados por uma figura materna, na transferência. Ao conseguir reviver, no *setting*, estas experiências, pôde sair dali serenamente, revelando ter se divertido e aproveitado o momento.

O sexto e último encontro aconteceu depois de duas semanas, após diversas tentativas de marcar com a mãe de Emily, que havia saído da cadeia e reconquistado a custódia dos filhos⁵⁴.

Assim que entramos na sala, a paciente pegou o material gráfico. Pediu-me que eu esboçasse um coelho para que ela pintasse com tinta. Quis contar uma história sobre o animal e solicitou que eu a escrevesse enquanto ela ditava: *Ele estava na floresta e encontrou uma borboleta e depois uma cobra que eram suas amigas*. Em seguida, pediu que eu desenhasse um jacaré para ela pintar e disse: *O jacaré encontrou um morcego que era seu amigo*.

Enquanto a menina pintava, questionei sobre o retorno à convivência materna e ela afirmou que estava *morreeeeendo de saudade dela* e que, ao voltar para casa, precisou trocar de escola. Pegou outra folha sulfite e avisou que escreveria o nome dos irmãos e da mãe. Quando abandonou o lápis, perguntei se ela havia terminado. Batendo

⁵⁴ Os detalhes da saída de Eliete da prisão e a retomada da custódia das crianças serão explicados no próximo subtítulo: *O desacolhimento de Emely e a interrupção da psicoterapia*.

a mão na testa, gritou: *Tava esquecendo de escrever o nome do meu pai que tá na cadeia! Só minha mãe que saiu, ele não!*

Trocou de brincadeira e se direcionou à casinha, à família lúdica e às panelinhas ordenando: *Você é a mãe e eu sou a filhinha! Você está fazendo almoço! Depois vai ter que levar a menina e o bebê no médico porque eles estão com o bichinho da dengue.* Representando o papel da médica, Emely repreendeu as crianças por permanecerem na chuva e explicou que, em virtude disso, *pegaram o bichinho da dengue.* Ela cuidou do bebê, deu-lhe remédio e afirmou que ele já estava melhorando. Enquanto organizava os móveis da casinha declarou que, naquela *casa nova, morava a família toda:* a mãe, o pai, os avós e filhos. A brincadeira retrata claramente que a esperança da paciente de ver sua família unida se reascendeu com a saída da mãe da cadeia. Ela se permitiu imaginar uma casa em que todos os membros da família convivem juntos, ainda que fosse uma possibilidade muito remota, uma vez que seu pai ainda se encontra encarcerado e os avós não mantêm contato com Eliete e seus filhos.

Apontei que o final da sessão se aproximava. A garota sem qualquer dificuldade me auxiliou a guardar o material no armário, deixou a sala correndo e pulou no colo da mãe assim que a avistou na recepção.

4.3.3 O desacolhimento de Emely e a interrupção da psicoterapia

Desde que Emely e seus irmãos foram acolhidos, a equipe da instituição tentou várias alternativas para reintegrar as crianças na casa de algum parente próximo ou pessoa que fosse conhecida e de confiança. Como não encontraram ninguém na época, elas acabaram sendo abrigadas por dois meses e, durante esta estadia na instituição, ocorreu o atendimento psicoterápico.

Em uma das audiências de acompanhamento da situação das crianças no Fórum, a equipe técnica da Casa de Acolhida questionou se não haveria a possibilidade de adiantar o julgamento do caso de Eliete, para que tivessem uma perspectiva de como ficaria a situação dela perante a Justiça de modo a ter uma ideia do futuro das crianças. Ao verificar o processo, o juiz se deu conta de que o processo criminal era designado a

ele mesmo⁵⁵, portanto, deliberou na mesma hora. Questionou a respeito dos cuidados dispensados às crianças por Eliete e se a equipe da instituição a considerava boa mãe. Diante da organização documental das crianças (frequência escolar, carteira de vacinação em dia) e dos cuidados suficientes dispensados aos filhos, ele decidiu soltar a mulher com a condição de que ela se apresentasse periodicamente à justiça.

Na última sessão de Emely, conversei com Eliete brevemente e ela aproveitou para comentar a respeito das perguntas insistentes da filha sobre o pai que estava na prisão. Apesar de ter se comprometido manter o atendimento da filha, não pode prosseguir com o combinado quando conseguiu um emprego. Duas semanas depois de ter sido solta, Eliete foi presa novamente devido a uma operação policial que visava a capturar os colaboradores do tráfico de drogas na cidade.

A vizinha e madrinha das crianças, Dona Monise, que anteriormente havia se recusado a ficar com elas por já ter dois netos pequenos aos seus cuidados, concordou em acolher os filhos de Eliete para que eles não voltassem ao abrigo. O CRAS ficou responsável pelo acompanhamento do caso.

No que se refere ao processo psicoterápico de Emely, pôde-se verificar o estabelecimento de um vínculo entre a dupla analítica e o uso do *setting* para expressar seus sentimentos e conflitos desde a primeira sessão, por meio do brincar, sobretudo pelo ato de desenhar e contar histórias. Em alguns momentos, a paciente falou diretamente sobre sua situação familiar e de abrigo e demonstrou ter recursos emocionais suficientes para lidar com o sofrimento da separação da figura materna sem experienciar a desintegração. Isto pode estar relacionado com o fato de Eliete ter sido uma figura materna confiável e amorosa até o momento do encarceramento. Segundo Winnicott (1949/1996a), o modo como a mãe, ou quem realiza a função de maternagem, desempenha o cuidado e apresenta gradualmente o mundo para a criança determinará a estruturação da vida psíquica dela e suas relações com outros objetos. Se houver amor e um cuidado suficiente e constante, propicia-se o nascimento da subjetividade e da personalização do indivíduo, possibilitando a integração psicossomática (WINNICOTT 1945/2000a). A paciente teve a oportunidade de experienciar um lar primário e completar

⁵⁵ Na Comarca da cidade em que foi realizada a pesquisa, as Varas de Infância e Juventude e Criminal estão unificadas e, por esta razão, os processos criminais e os relativos à proteção de crianças e adolescentes podem vir a ser julgados pelo mesmo juiz.

as tarefas básicas do desenvolvimento antes de vivenciar a falha ambiental significativa que culminou na separação da mãe e em seu abrigamento.

Pautando-se na hipótese de que o amadurecimento emocional de Emely avançou consideravelmente devido ao ambiente familiar suficientemente bom, espera-se desta criança criatividade e iniciativa para conduzir as brincadeiras, tal como ocorreu, de fato, neste processo psicoterápico. Winnicott (1970/1999c, p. 30) assinala que, “para ser criativa, uma pessoa tem que existir, e ter um sentimento de existência, não na forma de uma percepção consciente, mas como uma posição básica na qual pode operar”. Tendo alcançado a integração, ela pôde brincar espontaneamente, por meio do conteúdo “dramatizado e verbalizado”, participando e se envolvendo afetivamente na situação lúdica tal como Stürmer e Castro (2009) assinalam ser um brincar indicativo de saúde. Em razão de seu progresso no amadurecimento e devido à opção de se oferecer o manejo a fim de não invadir Emely com interpretações, conjectura-se que as brincadeiras da paciente tenham funcionado de maneira “autocurativa”, com um valor similar à situação em que “[...] tivesse sido pontuada por interpretações por parte do terapeuta” (WINNICOTT, 1968/1975c, p.77).

Ao que tudo indica, na última sessão, a paciente parecia tranquila com a volta da mãe e possivelmente com a interrupção do atendimento, uma vez que obtiveram-se indícios de que sua problemática mais significativa estava relacionada à separação materna e ao abrigamento. Com o retorno de Eliete à prisão, duas semanas depois de solta, talvez tivesse sido necessário que a garota voltasse para a psicoterapia, entretanto, devido à sobrecarga de funções de sua cuidadora atual, não foi possível retomar o processo psicoterápico nem mesmo perto de sua residência

Dona Monise, a vizinha e cuidadora atual, tinha 65 anos na época, foi descrita como uma pessoa afetuosa de quem as crianças gostavam e confiavam. Stella (2009) destaca que os filhos de mulheres encarceradas podem sofrer, de forma menos impactante, se houver a chance de vivenciar a maternagem com outro cuidador. A experiência de viver com esta figura conhecida, atenta e disponível, tem chances de proporcionar a Emely e seus irmãos uma melhor perspectiva de amadurecimento emocional do que se continuassem em um abrigo, à espera de uma adoção que poderia não vir ou que culminaria na separação dos irmãos.

4.4 Vinícius

Aos sete anos, Vinícius veio transferido de uma instituição de acolhimento de outra cidade, na qual ficara por dois meses, para o abrigo situado no local onde o atendimento foi realizado. Filho mais velho de Aurora (tem mais dois irmãos, uma de três anos e outro que nasceu enquanto o menino estava em psicoterapia). Foi acolhido devido à denúncia de que estaria morando com sua mãe em um hotel que serviria de fachada para uma casa de prostituição. A situação foi descoberta em virtude de um acidente de bicicleta do garoto em que foi preciso ser hospitalizado. Nesta circunstância, estava acompanhado pela dona do “hotel”, porque sua mãe estava fora da cidade. Não se tem informações sobre seu pai biológico e, ao que tudo indica, o garoto tem como referência paterna o pai de sua da irmã mais nova, penúltimo parceiro de Aurora.

A duração do acolhimento de Vinicius foi de sete meses, momento em que Aurora conseguiu se mudar para uma casa emprestada por conhecidos e retomar a guarda das crianças. Durante a institucionalização, o menino recebeu apenas duas visitas maternas. Poucas semanas depois do retorno das crianças ao lar familiar, Aurora entrou em trabalho de parto e, nesta ocasião, Vinícius e sua irmã tiveram que voltar para a instituição por dez dias enquanto sua mãe permaneceu acompanhando seu recém-nascido no hospital em virtude de uma complicação no nascimento.

Após quase cinco meses em casa, a mãe de Vinicius foi presa por associação ao tráfico de drogas, circunstância que, considerada juntamente com as institucionalizações anteriores, motivou a destituição do poder familiar⁵⁶ de Aurora em relação aos filhos, os quais foram colocados no cadastro de adoção. O bebê recém-nascido foi adotado pelos avós paternos, enquanto Vinícius e sua irmã aguardavam a adoção na Casa de Acolhida. A adoção ocorreu depois de dez meses da destituição do poder familiar.

⁵⁶ O poder familiar diz respeito a um conjunto de direitos e deveres dos pais quanto à criação e à formação de seus filhos. Esta obrigação jurídica dura até o filho alcançar a maioridade. Devem ser providas as necessidades básicas – alimentação, saúde, higiene, moradia –, incluindo necessidades biopsíquicas do menor de orientação moral, apoio psicológico e manifestações de afeto (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2008). Os requisitos de extinção do poder familiar encontram-se nos artigos 1635 e 1638 do Código Civil brasileiro

O processo psicoterápico de Vinícius teve duração de dez sessões ao longo de três meses.

4.4.1 Início da psicoterapia e a expressão de suas necessidades

A demanda para acompanhamento psicológico apresentada pela equipe técnica do Abrigo foi a de que Vinícius encontrava dificuldades para lidar com o abrigo e a falta de visitas da mãe, apresentando um comportamento agressivo na escola e com os colegas de instituição.

Na primeira sessão, ao conhecer o menino, notei sua tristeza e seu olhar distante. Expliquei-lhe o contrato terapêutico e, apresentados os brinquedos para que escolhesse com quais ficaria, ele decidiu ficar com todos.

Diante do meu silêncio, Vinícius ficou irritado: *Porque você está olhando pra mim? Fala alguma coisa tia! Perdeu a língua?*

Em resposta, disse a ele que estava aguardando ele escolher um brinquedo ou uma brincadeira. O menino pegou o *Brincando de Engenheiro*® e comentou que um amigo já havia brincado com aquele brinquedo. Eu iniciei minha construção fazendo uma pequena casa e ele anunciou que faria um castelo. Questionei quem moraria ali e o garoto afirmou que seria uma bruxa. Continuou brincando calado, tentando copiar o formato da casa da foto ilustrativa da caixa do brinquedo. Quando terminamos, ele ficou olhando para seu castelo sem saber o que fazer com ele. Eu sugeri então que deveríamos destruir aquele castelo, porque uma bruxa não merecia viver num lugar tão grande e bonito. O menino abriu um largo sorriso como se concordasse com minha atitude e percebesse a oportunidade de demonstrar um pouco de sua agressividade, deu um chute nas peças arremessando-as para longe. Depois disso, resolveu colocar todos os brinquedos no armário, trancando-o. Perguntou sobre cada um dos armários e quantas crianças tinham acesso à sala de ludoterapia. Expliquei como funcionavam os atendimentos, mostrei a chave de seu armário com nossos nomes, informando que apenas nós dois poderíamos abrir e mexer nos brinquedos que ele havia escolhido. Apontei ainda a possibilidade de guardarmos juntos as chaves do armário no local onde são armazenadas, e que ele poderia devolvê-las comigo ao final de cada sessão para

se certificar de que seus brinquedos estariam a salvo de outras crianças. O menino ainda não se deu por satisfeito e questionou se as outras portas poderiam ser abertas com a sua chave. Para tranquilizá-lo, testei a chave em outros armários para que ele tivesse a certeza de que estava seguro.

Diante das diversas perguntas, notei que o padrão de relacionamento de Vinicius com o mundo era pautado na desconfiança. Figueiredo (2007) discute a construção da noção de confiança na obra de Winnicott (1975d).

Ou seja, a confiança se origina na *reliability* da mãe – com o *holding* materno na fase da dependência absoluta –, mas vai além da mera estabilidade, incluindo a capacidade da mãe de estabelecer com o bebê uma relação harmônica e ritmada em que ela pode ser “inventada” pelo bebê e, ao mesmo tempo, ser ela mesma, relativamente fora da área da onipotência: este o jogo primordial (FIGUEIREDO, 2007, p. 77).

Deste modo, a mãe pode funcionar como um escudo que protege o bebê e transmite ao filho uma “confiança básica no ambiente” via confiabilidade do objeto. A confiança também é fundamental para o ser humano completar tarefas importantes do desenvolvimento, tais como transitar dos estados tranquilos para os estados excitados, personalizar-se, brincar e ter condições de criar o espaço potencial (FIGUEIREDO, 2007). Embora se suponha que Vinicius teve um começo sem grandes rupturas ambientais, sabe-se que o menino teve a confiabilidade do ambiente oferecido pela mãe, abalada pelo menos duas vezes: por não ter condições de cuidar dele, o que o encaminhou para o abrigo; e por visitar o filho apenas duas vezes durante o período em que ficaram separados.

Depois das explicações sobre o modo de funcionamento do atendimento, o menino, aparentemente mais tranquilo, abriu novamente o armário e pegou o material gráfico, esboçando um cachorro e um menino. Perguntei se ele gostaria de contar uma história sobre o desenho e ele pareceu gostar da ideia:

Era uma vez um cachorro que estava indo para a casa dele. Ele tava chorando! Queria a mãe dele e o pai dele. O pai dele morreu. Chegou na casa dele e falaram que o pai tinha morrido e ele ficou chorando, querendo o pai. Quando o pai morreu, ele ficou na casa. Depois chegou um irmãozinho e outro pai. O pai que morreu batia no cachorro, o pai novo não batia porque era bonzinho. A mãe gostava do pai novo e o pai novo

gostava do cachorro, não soltava ele e fazia ele dormir. Parou para comentar: Tia, eu já vi de verdade um cachorro que mordeu minha perna. E continuou o enredo: O cachorro estava latindo para o outro. Os dois estavam brigando e também tinha um gato que tinha medo do cachorro. Apareceu um leão que chamava “orelhão” e queria brigar com o cachorro. O cachorro atropelou o gato e o gato morreu. Depois o cachorro ficou com muito frio porque estava chovendo muito forte.

Pode-se conjecturar, considerando-se os vários elementos deste enredo, que o paciente pode estar relatando um pouco de sua própria história por meio do personagem do cachorro. Talvez, quando o garoto cita o “pai que morre” e há “o pai novo”, esteja contando como era a relação com seu pai (ou uma primeira figura paterna) e, depois, com seu padrasto. A perda do ente querido na primeira cena revela sentimentos ambivalentes de amor e saudade, simultâneos a certo ressentimento pelos atos de violência cometidos por ele. Quando tem um novo pai, ele acaba se tornando uma referência paternal para o garoto, por suas características de cuidado e carinho em relação à família. No trecho que se segue, o foco se volta para o personagem principal: um cachorro brigão (possivelmente representando Vinicius) que exhibe um comportamento agressivo perante os colegas e, em virtude desta atitude, provoca a morte de um deles. A punição que recebe é permanecer no frio e na chuva, elementos que podem remeter ao desamparo que sentiu diante do papel do personagem no desenrolar daquela tragédia.

Ao final da história assinalo que o cachorro brigava com todo mundo porque teve uma vida difícil e estava triste por perder o primeiro pai e, depois, por não ter ninguém pra tirar ele da chuva, nem mesmo a própria mãe. Ele me olhou surpreso e disse: *É verdade tia. Ninguém cuidou do cachorro, deixaram ele lá sozinho, na rua e com frio!* Possivelmente, na fantasia de Vinicius, foi seu comportamento inadequado o causador de sua situação de separação familiar, à mercê da própria sorte e sem nenhuma figura de cuidado confiável para fazer seu resgate. Esta pontuação parece ter feito sentido, visto que o garoto confirmou a sensação de abandono do personagem. Winnicott (1968/1975c) destaca que a função do psicoterapeuta deve ser a de manifestar, por meio da interpretação, o grau de comunicação que está apto a receber de seu paciente.

Quando existe um brincar recíproco, a interpretação é usada pelo paciente e pode fazer progredir o trabalho terapêutico.

Com o final da sessão se aproximando, avisei Vinicius sobre a necessidade de guardar o material no armário. Ao tentar fechar, tivemos dificuldades para trancar, situação que causou grande angústia em Vinicius. Preocupado, exclamou choramingando: *Tia, não pode deixar aberto! As crianças vão pegar e estragar minhas coisas!* Eu assegurei que trocaria os brinquedos dele de lugar para um armário sem defeito antes que outra criança entrasse ali para ser atendida. Ele se despediu cabisbaixo e incomodado, talvez pela incerteza de que seus objetos não estariam seguros.

A situação de incerteza causada pelo armário com defeito pode ter passado ao paciente a sensação de que o ambiente do *setting* não era seguro. Para um indivíduo desconfiado, uma invasão ambiental como esta pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e acirra as defesas que visam a proteger o *self*. Winnicott (1955/2000f) destaca a importância do estabelecimento da confiança por meio de um *setting* que reproduza as antigas técnicas de maternagem (*holding*, *handling* e apresentação dos objetos) e tenha por objetivo atender às necessidades do indivíduo, propiciando um ambiente facilitador para o paciente integrar partes do eu. Foi o que se buscou estabelecer com Vinicius nas sessões seguintes.

4.4.2 O trabalho terapêutico com Vinicius

Na segunda sessão, o menino entrou calado, abriu o armário e pegou o Ken® e me entregou a Barbie®⁵⁷. A brincadeira inventada por ele foi a de que eles estavam em uma competição de “dar mortal” e “virar estrela”. Depois de o garoto ter se arriscado mais e ganhado a disputa, jogaram futebol juntos, andaram de carro e, então, o Ken® pediu a Barbie® em namoro. Eles se beijaram e Vinicius decidiu que o boneco dele trocaria de roupa. Voltou sem roupa e zombou: *Oi estou pelado, só de cueca!* A Barbie®, controlada por mim, deu grito e disse que nunca tinha visto um menino sem roupa. Vinicius achou engraçada a reação da Barbie® e continuou: *Olha minha bundinha!* E exibiu a parte de

⁵⁷ O objetivo é ter sempre a mesma classe de brinquedos para todos os pacientes, mas nem sempre é possível conceder objetos idênticos a cada um deles. Por se tratar de uma clínica-escola, a oferta de brinquedos varia de acordo com o material disponível no momento e, devido a isso, para compor o kit com os três bonecos de tamanhos diferentes para Vinicius, escolheu-se a Barbie®, o Ken® e um bebê.

trás do boneco. A Barbie® continuou gritando e ele, rindo, exclamou: *Olha meu pintinho!* E a Barbie® gritou ainda mais alto. Em seguida, explicou que, se eles namoravam, podiam se beijar e ficar sem roupa na presença um do outro. Disse que iria comprar um presente para ela e logo voltaria para buscá-la. Depois, colocou os bonecos na horizontal e ficou esfregando os bonecos como se eles estivessem copulando.

Sobre o assunto, pode-se destacar a contribuição de Loparic (2000) ao tratar da questão da sexualidade na perspectiva winnicottiana. Segundo o autor, para que a sexualidade seja apropriada pelo indivíduo, este deve ter alcançado alguns marcos no amadurecimento emocional, tais como “[...] o desenvolvimento da vida instintual, que consiste na elaboração imaginativa de todos os instintos – impulsos de natureza biológica –, integração desses instintos no si-mesmo e nas relações interpessoais, duais, triangulares ou múltiplas [...]” (p. 315-316). É possível que Vinicius tenha integrado estes impulsos e esteja revivendo no *setting*, via transferência, questões relacionadas à sexualidade uma vez que a figura materna não está presente. Outra possibilidade é a de que o garoto tenha presenciado o ato sexual de sua mãe com algum de seus parceiros, ou na época em que moravam no prostíbulo e reproduziu no *setting* o que viu acontecer.

No final da sessão, enquanto se encaminhava para fora da sala, Vinicius comentou sobre um colega de instituição que havia fugido para ficar com a mãe dele, e suspirou chateado: *Só eu vou ficar no abrigo! Minha mãe tá presa! Eu tenho um monte de família: minha irmã, minha tia Solange, meu primo, minha prima. Mas eu queria ficar mesmo com minha mãe e minha irmã, morando na mesma casa. Sabia que minha irmãzinha já está falando? Ela está na casa da minha tia. Eu gostava de morar com a minha mãe, ela deixa eu comprar doce. Eu ficava no hotel com ela. Mas agora tô esperando minha mãe sair da prisão.* É importante ressaltar que, nesta época, Aurora ainda não estava presa. Ao que tudo indica, o garoto criou uma fantasia de encarceramento da mãe por pensar que esta, talvez, fosse a única explicação para não receber visitas dela. No trabalho de Melo (2011), a autora também encontrou o fantasiar como recurso defensivo da criança abrigada para suportar a dura realidade de separação familiar.

No terceiro encontro o garoto chegou e, sem nada dizer, adentrou a sala. Não respondeu a minha saudação talvez pelo fato de ter ficado uma semana sem

atendimento, devido ao esquecimento da instituição em mandá-lo à clínica-escola.⁵⁸ Ele abriu o armário, pegou as espadas e os revólveres e, com estes últimos, começou a atirar em mim. Ficou atirando por debaixo da mesa e por cima. Entrei na brincadeira dramatizando: *Estou sangrando, você me feriu!* Com um sorriso no rosto, Vinícius "continuou a me machucar" por uns 30 minutos. Eu fingia desmaiar e voltava perguntando: *Até quando vou ter que suportar estes tiros?? Já não tenho mais sangue!!! Acho que vou morrer.* Rindo alto, ele atirou mais duas vezes, largou a arma e disse: *Pronto, acabou!* Eu me fingi de morta e vi, com o olho semiaberto, o contentamento do paciente por me "matar" de mentirinha. A raiva por ter ficado sem atendimento se expressou por meio daquela brincadeira. Ainda que o lapso tivesse sido cometido pelo abrigo e o paciente saber do acontecido, o ataque foi transferido a mim, talvez pelo fato de eu ter fracassado, de algum modo, no provimento de suas necessidades, sendo eu responsável por seu cuidado também.

Com o *Brincando de Engenheiro*® em mãos, o menino disse que construiria uma montanha e eu optei por uma casinha. À medida que eu empilhava duas ou três peças, ele destruía minha montagem, atirando com o revólver e esbarrando com a arma nas peças, derrubando meu trabalho. Continuou nesse ritmo por uns vinte minutos enquanto eu reafirmava minha persistência em construir aquela casinha. Por fim, desistiu de destruir e começou a montar sua casa na montanha. Questionei sobre quem moraria com ele, e ele afirmou que ficaria sozinho, não permitindo que ninguém morasse em seu castelo. Em contrapartida, ressaltei que não havia problema nisso, mas que eu deixaria uma portinha aberta para ele entrar na minha casinha caso quisesse me visitar. Vinícius, então, voltou atrás: *Vou deixar minha portinha aberta, mas só você vai poder me visitar! Mais ninguém tia!* Com relação a este trecho, acho relevante apontar sobre minha persistência para construir meu prédio, apesar do ímpeto de destruição de Vinícius. O intuito deste comportamento foi mostrar que poderia resistir à sua destrutividade sem me zangar e sem desistir dele. No final, ele pareceu satisfeito com o rumo da brincadeira e quis construir sua própria casa, permitindo que eu o visitasse, ainda que ele quisesse viver ali sozinho.

⁵⁸ A partir deste dia, comecei a ligar na instituição antes do horário de atendimento com cada paciente para lembrar as educadoras de mandar as crianças às sessões de psicoterapia na clínica-escola.

Em uma das visitas à sua casa de blocos de madeira, mostrou-me como era “dar mortal”. Com um bonequinho de dedo, adverti: *Cuidado, isso é perigoso!!! Se você cair de costas, pode se machucar!!* Desafiando o risco, pulou com seu boneco de dedo, caindo prostrado, gritando de dor e dizendo que ia morrer. Assegurei que a ambulância chegaria a tempo e que eu não sairia de perto dele enquanto não melhorasse. E, interpretando uma médica, perguntei como aquilo havia acontecido. Vinícius confessou que havia sido avisado do perigo, mas ele quis pular mesmo assim e cair. Surpresa com a resposta, interroguei: *Porque você quis cair? Para ver se alguém te segurava?* Vinícius confirmou que não havia ninguém para segurá-lo, e, por isso, *foi caindo... caindo ... caindo... até o chão*. A sensação de desamparo presente no seu discurso se assemelha com a descrição de Winnicott (1949/1996a) do bebê que sofre pela falta do *holding* materno. Quando se depara com agonias impensáveis, a criança é tomada por uma sensação de despedaçamento e sente que está caindo em um buraco sem fundo devido à impressão de não ser segurada e nem protegida confiavelmente.

A brincadeira seguinte foi com o material gráfico. O paciente começou a esboçar as figuras e disse que aquele desenho não teria história. Desenhou o que chamou de “mato” e eu avisei que faria uma cerca de palitos de sorvete. Gostando da minha ideia, o menino quis fazer uma cerca com palitos de sorvete. Da mesma forma como pintei a cerca com a tinta, ele derramou a tinta vermelha, pintando a dele *de sangue*. Perguntei se tinha medo de ver sangue e Vinícius, orgulhoso, respondeu que não tinha medo disto ou do escuro, nem de bicho ou qualquer coisa, porque sua mãe havia dito que ele não precisava ter medo de nada. *Você é um garoto corajoso!* – exclamei. Com um sorriso no rosto falou baixinho, repetindo para si mesmo: *Eu sou corajoso!*

Avisei que o tempo da sessão estava terminando e Vinícius indagou se poderia vir no dia seguinte, porque *estava muito legal brincar*. Expliquei que nossas sessões eram semanais e teríamos que esperar até a próxima semana, mas que poderíamos continuar brincando de onde paramos se ele assim desejasse. Despedimo-nos e ele acenou com a mão entrando no carro da instituição. Ao que tudo indica, Vinícius se sentiu valorizado e surpreso com minha fala, sobretudo devido às diversas reclamações da direção da escola por seu comportamento, além de uma dura crítica feita diretamente por uma professora. Certo dia, o garoto revelou, enquanto esperávamos o carro da Casa

de Acolhida: *A minha professora da escola nova não gosta de mim e disse que eu só vou na escola para atormentar todo mundo.* Outro episódio em que o menino solicitou a confirmação de que o valorizava foi quando anunciou que sabia dizer as cores de uma cerquinha colorida que havia na sala de atendimento, e escreveu as letras de seu nome com letra cursiva na lousa, exclamando: *Viu como eu sei fazer letra de mão, tia!!!* Então, observei seus progressos na escola e ressalttei que ele poderia conseguir muito mais, por ser um garoto muito inteligente.

A valorização das qualidades da criança nesta situação teve dupla função: a de manejo, por se oferecer ao paciente aquilo de que necessitava, e o reconhecimento de suas potencialidades, refletindo-as para ele, tal como uma mãe faz com seu bebê. Sobre esta tarefa do psicoterapeuta no âmbito analítico, Winnicott (1967/1975a, p.189) elucida: *Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto*". E continua no mesmo texto mais abaixo:

Não me agradaria, contudo, deixar a impressão de que essa tarefa, que consiste em refletir o que o paciente traz, é fácil. Não é; e, emocionalmente, é exaustiva. Mas temos nossas recompensas. Mesmo quando nossos pacientes não se curam, ficam-nos agradecidos porque pudemos vê-los tal como são e isso nos concede uma profunda satisfação (p.189).

A tranquilidade da sessão anterior não se repetiu no quarto encontro. Assim que adentrou na sala de ludoterapia, avisou que colaria a cerca e o rio vermelho. Eu o assisti colar e disse que agora estavam finalmente unidos. Vinícius então descolou os dois e, com um sorriso sarcástico, olhou para mim e jogou a produção no lixo, como se quisesse me provocar raiva por desconsiderar minha fala. Eu nada disse e o acompanhei até o armário, onde ele pegou o *Brincando de engenheiro*TM. Advertiu que sua construção era secreta, e que ele não revelaria o que era. Quando terminou, contrariou a si mesmo e contou que havia construído uma cidade para que cada membro de sua família morasse em uma casa. Eu disse que, mesmo morando em casas diferentes, eles poderiam se ver, podendo visitar a mãe e vice-versa. Na brincadeira, depois da visita materna, um telhado acidentalmente caiu de cima da construção dele. Furioso, o menino derrubou a

cidade toda, e seu personagem começou a chorar, atribuindo toda a culpa a um *moleque da rua* por destruir a casa dele.

A destruição e a mentira aparecem na brincadeira do paciente em diversas ocasiões, manifestações de seu comportamento antissocial. Sobre o assunto, Winnicott (1958/2002h, p. 310) elucida:

Existem duas vertentes da tendência antissocial, mesmo que algumas vezes uma delas tenha maior destaque do que a outra. Uma dessas vertentes é tipicamente representada pelo roubo e a outra, pela destrutividade. Se a criança seguir a primeira vertente, buscará alguma coisa em algum lugar e, não encontrando, irá busca-la em outro lugar enquanto tem esperança. Seguindo a outra, a criança procura aquela porção de estabilidade do ambiente que possa suportar a tensão resultante de um comportamento impulsivo. Esta é a busca de um suprimento ambiental que foi perdido, uma atitude humana que, por ser confiável, dá liberdade para o indivíduo para movimentar-se, agir, e ter estímulos.

O autor acrescenta que esta segunda vertente, a destrutiva, diz respeito a uma busca inconsciente pelo corpo materno e seus braços, por ser o primeiro ambiente da vida da criança. Esta explicação parece fazer muito sentido, dado o contexto de separação entre Vinícius e Aurora, ainda mais intensificado pela falta de visitas e telefonemas da mãe durante alguns meses.

Perante o cenário de destruição da brincadeira relatada acima, eu me ofereci para ajudá-lo a reconstruir uma cidade para sua família e uma nova casa para ele. O paciente se empolgou com a ideia e disse que, desta vez, o lugar seria fortificado e haveria guardas de plantão para que ninguém arruinasse mais nada. Quando um personagem tentava se aproximar dali era parado por um guarda – interpretado pelo menino – que agredia fisicamente os intrusos e os mandava calar a boca. Mesmo se a pessoa garantisse que não queria destruir a casa, o guarda continuava sendo violento. Depois de um tempo, quando um dos blocos da construção caiu, esbravejou e esmurrou os restantes dizendo: *Não adianta, vai quebrar de qualquer jeito!*

Resolveu, em seguida, brincar de médico. O personagem de Vinícius era um profissional muito bravo que não aguentava reclamação. Quando disse que estava com medo da dor, ele ressaltou que era preciso doer para melhorar. Deu-me uma injeção, apertando meu braço, e um remédio que, segundo ele, era muito ruim. Falei que ele era muito bravo, e que achava que cuidar não deveria doer. O menino pegou os instrumentos médicos e começou a testar em mim perguntando se doía ou não. Eu disse que precisava

de um remédio para a tristeza e ele, então, abandonou os objetos e abruptamente mudou de brincadeira. Minha leitura da situação é que fui invasiva naquele momento, apresentei a tristeza como um sentimento que adoecia, em um momento no qual Vinícius não podia ou não queria entrar em contato com este sentimento. Castro e Cimenti (2000) alertam para a necessidade de evitar a interpretação nas situações em que a criança sofreu uma perda concreta por abandono, ou quando ainda está em processo de tentar compreender o que, de fato, está acontecendo com ela.

Com as tintas, ele me instruiu para que eu pintasse a mão e carimbasse na folha junto com a dele. Depois que lavamos as mãos, ele propôs que eu o desenhasse e avisou que ele me desenharia. Eu comecei a esboçar o desenho e Vinícius me lembrou que precisava fazer uma figura pequena para que fosse fiel ao tamanho real dele. Eu perguntei qual expressão de rosto deveria colocar no desenho que o representava. *Triste!* – exclamou o garoto. Quando comecei a desenhar a boca triste ele gritou: *Feliz!* E ficou repetindo a brincadeira para me confundir: *Triste, feliz, triste, feliz, triste, feliz.* Apontei que, às vezes, variamos nos dois estados de humor, ora felizes, ora tristes. Ele quis encerrar o assunto: *É verdade mesmo, mas, agora, estou feliz, tia. Pode desenhar o sorriso aí!* Ao que parece, desde a atividade com o kit médico, o menino se sentiu incomodado em admitir a tristeza como parte da sua vida e tentou dissimular esse sentimento ao pedir que eu o representasse com uma feição feliz.

Depois de concluir minha gravura, o menino solicitou que eu desenhasse um relógio no braço dele, à tinta, com o horário que iríamos embora dali. Delineei o relógio e o comparei com o horário do relógio de parede. Quando ele se deu conta que a sessão estava acabando, apressou-se em guardar suas coisas no armário. Ao chegar à recepção, Vinícius se encaminhou para a mesa infantil para desenhar enquanto aguardava o carro da instituição. Fez um sol e uma menina (grande), afirmando que aquela era eu. Perguntou quais eram as letras do meu nome e eu o auxiliei a escrever, enquanto ele comentava que levaria aquela gravura para o abrigo com ele. Uma das análises possíveis deste desenho final pode ser que, ao me representar juntamente com um símbolo de luminosidade e calor, signifique que sou uma figura de cuidado positiva, com quem se sente confortável, talvez por continuar a seu lado apesar de sua agressividade. Querer levar a produção consigo pode remeter à necessidade de tomar

para si uma parte do *setting* como um objeto transicional, algo evocativo daquele ambiente suficientemente bom que o auxilia a lidar com a separação entre uma sessão e outra. Isso faz ainda mais sentido se for considerada a necessidade do paciente, expressa anteriormente, em ter uma sessão temporalmente próxima da outra.

No quinto encontro, Vinícius teve problemas para abrir a porta do armário, mesmo depois de eu já ter trocado os brinquedos para outra porta a fim de evitar que ele fosse invadido novamente pela angústia de não conseguir trancá-lo. Entregou-me a chave, irritado, pegou o material gráfico e, com as tintas, começou a fazer um arco-íris. Esbocei um desenho similar ao dele e Vinícius reclamou: *Você tem que desenhar um sol e uma lua! Você não sabe? Você é burra!* Atendendo a seu pedido fiz as gravuras em silêncio até ouvir uma pergunta inusitada: *Você tem filho?* Respondi que não e perguntei em tom de brincadeira se ele tinha mãe. *Tenho sim e uma irmãzinha também!* – falou o menino, acrescentando que, na história do Chaves, o personagem Kiko tinha mãe, mas o Chaves⁵⁹ não tinha! *Sabia que o Chaves (o ator) morreu? O pai dele (na série) também morreu.* Prosseguiu citando todos os integrantes do seriado (Nhonho, Seu Barriga, Chiquinha e Seu Madruga, Dona Florinda, Bruxa do 71) além de dizer o quanto amava assistir ao seriado na TV. Olhou para a caixa de bolas e disse que parecia o Barril do Chaves. Entrou e saiu de lá de dentro e começou a imitar o choro do personagem: *Pipipipipipipi.* Observei: *Olha você tá chorando igual o Chaves!* O garoto sorriu orgulhoso e disse que sabia fazer igualzinho ao personagem da TV. É interessante o paciente ter trazido a história de Chaves para a sessão, uma vez que o enredo da série guarda similaridades com sua própria história. O personagem, assim como Vinícius, é um menino que vive sozinho, sem nenhum dos pais por perto, e é cuidado por pessoas que não são da sua família.

Com o *Brincando de Engenheiro*® em mãos, comentou que faria algo que não iria me contar. Depois derrubou uma peça do que estava construindo e empurrou o resto dizendo que não queria mais brincar. Pegou as panelinhas e determinou que ele seria o

⁵⁹ Chaves é um personagem fictício da série de televisão mexicana de comédia *El Chavo del Ocho*. É um órfão de oito anos de idade, interpretado por Roberto Gómez Bolaños (1929-2014). Por isso, em alguns episódios, o garoto diz morar na casa número oito da vila, apesar de sempre entrar no seu barril. Por ser bastante pobre, vive atrás de um pouco de comida ou doces dos demais habitantes da vila. Na série, nunca se mencionou diretamente o que aconteceu com os pais de Chaves.

pai e eu a mãe, mas, em seguida, mudou de ideia, trocou o meu personagem para o da filha. Para cada atitude da filha na brincadeira, havia uma repreensão do pai, que a xingava de burra e inútil. A filha perguntou a razão de seu pai estar tão bravo. Vinícius ignorou minha fala, abandonou a brincadeira com os bonecos de pano para manipular a Barbie® e o Ken®. Colocou os dois bonecos para namorar e brincou sozinho com eles, enquanto eu, silenciosamente, peguei outro boneco e permaneci brincando ao lado do paciente, sem tentar qualquer outra interação até o fim do encontro. Ao xingar meu personagem e ignorar minha conversa, Vinícius expressou sua agressividade, e este movimento tem por objetivos, segundo Winnicott (1949/2000b): confirmar se há firmeza ambiental e capacidade para suportar a agressividade infantil; se o ambiente tem condições de prevenir ou reparar a destruição, reconhecendo o aspecto positivo desta circunstância; e, se se preserva uma figura de cuidado confiável que pode ser buscada e encontrada.

Meu brincar silencioso e não invasivo como atitude de manejo, depois de uma sessão repleta de testes, demonstra ser importante como mostra de sobrevivência do analista aos ataques sem retaliação, sobretudo neste caso, em que há uma privação e manifestação de atitudes antissociais. Winnicott (1969/1975e) aconselha que, diante desta situação, o melhor é esperar passar, para, mais tarde, quando o indivíduo tiver condições, examinar com ele o que houve. O ambiente suficientemente bom, ao transmitir segurança, propicia ao paciente a possibilidade de ser ele mesmo e revelar seu *self* e exibir aspectos positivos e negativos, mostrar sua agressividade, ódio e inveja, visto que sabe que, no *setting*, estas questões serão abordadas, toleradas, respeitadas e integradas à sua personalidade (WINNICOTT, 1956/2000h). Outra função importante de suportar a destruição é descrita pelo autor: “Essa qualidade de estar sempre sendo destruído torna a realidade do objeto sobrevivente sentida como tal, fortalece o tom de sentimento e contribui para a constância objetal. O objeto, agora, pode ser usado”. (WINNICOTT, 1969/1975e, p.150).

A partir da sexta sessão, notei uma mudança no paciente, estava mais animado, ativo e mais disposto a brincar. Acredito que esta transformação se deu pelo fato de que foi notificado que sairia em breve da Casa Abrigo, uma vez que sua mãe havia arrumado moradia para a família na periferia da cidade. No sexto encontro, jogamos futebol durante

todo o tempo: primeiro com a Barbie® e o Ken® e, depois, entre nós. Ele ganhou nas duas vezes. Estava calmo, rindo e se divertindo com as brincadeiras.

No sétimo encontro, chegou para o atendimento com uma folha com um coração desenhado. Eu perguntei sobre o desenho e ele nada disse. Colocou um sulfite em cima do coração desenhado e, usando aquele de molde, copiou a gravura. Com uma folha eu desenhei um coração amarelo e Vinícius comentou que preferia o modelo de coração que a professora havia desenhado. Colocou o pincel na boca e o imitei, colocando o lápis na boca, pensando no próximo desenho como ele também parecia estar. O garoto, então, transformou o desenho do coração em um barquinho e disse: *Você achou que era um coração!!! Ah, você errou! Eu não estou fazendo um coração. É um bar-qui-nho!* Rindo, comentei que ele havia conseguido me enganar. O garoto, então, pediu que eu desenhasse uma vela em seu barco e disse que aquele era um *barcão de mar*. Enquanto finalizava sua produção perguntou: *Você já viu um rio da cor preta? O meu rio vai ser preto. O rio é dessa cor quando está sujo. E agora vou pintar ele de vermelho que é quando tem sangue.*

Segurando minha gravura do coração recém-terminada, perguntei a Vinícius o que ele faria com o desenho que ele havia trazido da escola e ele respondeu que seria pra mim. Antes mesmo que eu abrisse um sorriso, o menino retificou: *Mentira!* Então fiz bico, como se estivesse triste. Achando muito engraçado aquela mudança repentina na minha feição, gargalhou e brincou de repetir que me daria de presente o desenho, em seguida zombava, dizendo que não. Eu alternava as feições de contentamento e descontentamento de acordo com o que ele dizia. O garoto encerrou a brincadeira em seguida, entregando-me o desenho como presente, pedindo para guardar e levar para minha casa. Sorrindo, agradei e guardei o presente no meu bolso. Assim como fez anteriormente, quando o representei em uma ilustração em que ele brincou de alternar os estados de humor entre triste e feliz, procedeu do mesmo modo, como se além do aspecto divertido da situação, tentasse se apropriar via transferência dos sentimentos contraditórios que provavelmente vivenciava. Apesar do sofrimento provocado pela separação da mãe e o abrigo, o paciente também passou a experimentar cuidados suficientemente bons oferecidos pelas pessoas da instituição e por mim, por meio do processo psicoterápico.

Sobre o desenho de coração trazido para a sessão, Vinícius explicou que, naquele dia, todas as crianças fizeram cartinhas e desenhos para o dia das mães. Interroguei se ele não gostaria de dar à mãe dele. Respondeu ironizando: *Não tenho mãe! Minha mãe morreu!* Mais uma vez, voltou atrás e revelou sua mentira, afirmando que sua mãe estava viva e que logo voltaria pra casa. Há dois aspectos a serem pontuados aqui. O primeiro diz respeito à oferta do presente do dia das mães para mim. Pode significar que o paciente verdadeiramente me tomou como a mãe na transferência, sobretudo depois de ter *permanecido viva*, tal como diz Winnicott, sem retaliação ou abandono. O presente seria uma reparação por toda agressividade direcionada à minha pessoa. O segundo ponto se refere a expressão de ambivalência na fala do menino em relação à mãe. Sua fala revela certa raiva e como se sentiu *sem mãe* durante o tempo em que esteve separado de Aurora, sem manter qualquer contato pessoalmente ou via telefone. Ao mesmo tempo em que parece estar contente e aliviado por saber que, em pouco tempo, regressaria ao lar para viver novamente com ela, ele demonstra o sentimento que sua falta lhe fez sentir, a raiva.

A última atividade da sessão foi com as armas de água. *Vou te matar!!!* – falou Vinícius apontando para mim. Descarregou a arma d'água em mim umas três vezes, enquanto a minha, furada, não conseguia reter muita água. Percebendo que meu objeto não estava funcionando adequadamente, finalizou a brincadeira dizendo que molharia as plantinhas da área externa. Enquanto regava o mato do chão, contava: *Quando eu morava com a minha mãe, ela tinha plantas e era eu quem molhava. Molhava pra elas crescerem.* Molhou todas elas e disse: *Vai crescer não vai?* Eu confirmei e disse que com água elas cresceriam fortes. Depois demarcou as paredes com a água para determinar onde seria o “gol” para jogarmos futebol. Brincamos de chutes a gol até o fim da sessão.

No oitavo encontro, o paciente chegou à clínica-escola⁶⁰ se escondendo atrás da monitora da instituição, rindo, dizendo que estava com vergonha de mim. Brinquei

⁶⁰ Antes da oitava sessão, Vinícius foi desacolhido e retornou ao convívio da mãe e do padrasto após conseguirem uma casa adequada para a família. Pouco tempo depois, retornou ao Abrigo por dez dias, porque não havia quem cuidasse dele enquanto Aurora estava no hospital com o filho recém-nascido. O relato do menino de que foram recolhidos por causa de negligência do padrasto parece ser uma fantasia para enfrentar a realidade da institucionalização temporária. Os dois encontros seguintes ocorreram enquanto o garoto estava abrigado temporariamente.

falando para a cuidadora que ele não lembrava mais quem eu era. *Eu sei sim tia!* – replicou Vinícius com um sorriso no rosto, encaminhando-se para o corredor da sala de ludoterapia. No caminho, comentei sobre o novo corte de cabelo dele e ele, passando a mão na cabeça, afirmou que sua mãe havia escolhido aquele estilo e que ele havia gostado.

Pegou o material gráfico e informou que faria uma cruz, mas depois acabou desenhando outra coisa. Perguntei sobre como estava sendo morar novamente com a mãe e Vinícius afirmou que estava gostando muito, só não estava contente por ter que retornar ao abrigo por dez dias devido ao nascimento de seu irmão. Segundo o relato do garoto, seu padrasto saiu e deixou ele e a irmã sozinhos em casa. Os vizinhos acionaram o Conselho Tutelar que o levaram de volta à instituição: *Eu chorei muito porque não queria ir, mas tive que ir mesmo assim.*

Começando seu desenho esboçou um caminhão e contou que o veículo havia tentado breicar, mas não conseguiu parar e bateu em um carro. Depois riscou veementemente o desenho e disse: *Minha mãe me ensinou a copiar com "letra de mão"*. Pediu que eu escrevesse o nome dele de letra de mão para que ele copiasse. Apesar do afastamento temporário da mãe, o garoto estava mais feliz e falante do que de costume, rindo o tempo todo. Seu descontentamento perante a situação despontou, no entanto, na história do Papai Noel ditada por ele: *Ele deu um presente pro menino. O menino jogou no chão e falou que o Papai Noel era feio e gordo e que não sabia de nada, porque tinha trazido um violão, mas ele queria uma bicicleta. O Papai Noel ficou bravo deixou o presente no chão e foi embora.*

A trama pensada pelo paciente pode se referir ao modo como se sentiu perante a chegada de um novo irmão: disseram que seria bom (um presente), mas foi diferente do que esperava, trouxe problemas, uma vez que provocou, ainda que indiretamente, o retorno de Vinícius à instituição de abrigo. A hipótese de que este novo irmão gerou um sentimento de raiva pode ser reforçada pelo desconforto e silêncio do menino quando perguntei sobre o bebê, no momento em que falava de sua família, na sessão seguinte. De acordo com Goi (2014), o nascimento de um irmão altera o equilíbrio constituído, apresenta a concepção de mudança, de paridade, assim como outras questões: necessidade de compartilhar, negociar e considerar o novo membro da família. Para

Winnicott (1982j), a chegada de um irmão possibilita ao indivíduo se deparar com o ódio e com a ameaça de ruptura da relação segura até então construída com os pais.

Em nosso nono encontro, Vinícius chegou perguntando a razão por eu não ter aberto a porta quando estava atendendo Eloísa.⁶¹ Expliquei que não poderia abrir enquanto estava com ela para não interromper a sessão dela, assim como não faria se alguém estivesse tentando entrar na sala enquanto ele estivesse em atendimento. A curiosidade sobre a colega de instituição não cessou até que o menino questionasse qual era o armário dela e quanto tempo ela ficou na sala. Eu respondi que todos têm o mesmo tempo de atendimento e que, assim como o armário dele, o de Eloísa também permanece fechado para os demais, e somente ela poderia abri-lo nos dias de sessão.

Cessadas as perguntas o garoto pegou seu material gráfico para desenhar. Explicou que usaria as mesmas cores do time São Paulo, e mostrou o emblema em seu short. Desenhou mais um pouco e disse que queria logo voltar para a casa de sua mãe. *Só falta cinco dias, tia!* – disse ele animado. Relatou sobre o quarto que dividia com a irmã e sobre sua felicidade de estar na *casa nova*. Pegou a bola e começamos a chutar contra a parede e contando quantas vezes cada um conseguia bater sem deixar a bola cair no chão. Na vez dele, comecei a contar, comemorando cada conquista. No momento de sair da sala, Eloísa apareceu no corredor e quis nos acompanhar até o local da devolução das chaves, para, então, invadir a sessão de Vinícius assim como o garoto havia feito com ela. Solicitei a ela que retornasse à recepção, porque, naquele momento, era a vez dele finalizar o encontro sem interrupções. Na hora da despedida, a menina veio e me deu um abraço e um beijo, como de costume. O garoto fez o mesmo, como se quisesse competir pela minha atenção e se igualar perante a colega. Quando me dirigi ao carro da instituição, eles gritaram alto e repetidas vezes: *Tchau tia!*

Antes da décima e última sessão, Vinícius voltou para a casa de sua família e, em razão deste fato, sobreveio a dificuldade de marcar o atendimento, até mesmo na Unidade Básica de Saúde próxima a sua casa. Depois de três semanas não comparecendo às sessões marcadas, o menino apresentou-se na quarta semana,

⁶¹ Durante os atendimentos, tive a preocupação em marcar com as crianças dias e horários diferentes, para não despertar fantasias acerca do atendimento alheio, nem invasões de espaço, uma vez que já dividem a mesma casa, objetos, cuidadores e a mesma psicóloga. Na única situação em que marquei uma sessão seguida da outra para que ambos não ficassem sem atendimento em uma semana com feriados, houve a interferência de um paciente na sessão do outro. Por esta razão, estabeleci os atendimentos em horários distantes para que esta situação não se repetisse.

acompanhado da mãe. Aurora reclamou ali mesmo na recepção que o filho não estava obedecendo e havia saído sem permissão de casa para soltar pipa e, por isso, faltou nos últimos três dias de aula do semestre. Ela parecia preocupada com a repercussão disso perante o Conselho Tutelar, que poderia abrigar novamente Vinícius se a situação persistisse. Ele ouviu quietamente e resistiu um pouco em ficar no posto de saúde, já que sua mãe não poderia esperar por ele ali. Aurora avisou que voltaria em uma hora para buscá-lo, e eu garanti que esperaria com ele até que ela chegasse. Entramos e eu apresentei nosso novo espaço, enquanto o paciente se direcionava até sua caixa de brinquedos e remexeu-a como se estivesse relembando o que havia dentro dela. Pegou o material gráfico e determinou nossa atividade. Ele pintou um carro, eu desenhei uma família. Perguntei como estavam as coisas e ele disse que sua casa era muito boa, melhor do que o hotel onde ele vivia com a mãe. Tinha bolachas, leite condensado e leite com achocolatado. *Todo dia, quando chego da escola, minha mãe fala: Oi Vini, e me dá um beijo!* Ressaltei que ele parecia estar aproveitando bastante a convivência familiar. Ele confirmou, mas fez questão de avisar que seu padrasto havia sido preso e que não morava mais lá. Sobre o retorno ao lar de crianças afastadas da família, Winnicott (1947/2002j) assinala que, em muitos casos, há uma dose de idealização considerável, especialmente se o afastamento for radical. No caso de Vinícius, a idealização vem acompanhada de uma atitude materna que reforça essa ilusão e que não pode se sustentar ao longo do tempo: ter a oferta ilimitada de guloseimas não é uma expectativa realista quando existe um desafio de colocar comida na mesa diariamente.

Com o passar da sessão na UBS, o paciente quis saber qual era o nome do lugar onde ficava nossa antiga sala, e sobre quais colegas de instituição eu ainda estava atendendo. Relembrou de algumas brincadeiras nossas e de como ele sempre ganhava no futebol, perguntando se eu sabia como o Neymar havia se machucado na Copa do Mundo. Depois pegou o *Brincando de Engenheiro*® e propôs uma competição para ver quem construía o prédio mais alto. Quando meu prédio atingia uma altura considerável, ele assoprava, fazendo-o cair, e repetia a brincadeira com o próprio prédio. Riu e se divertiu no decurso do encontro, parecendo estar bastante tranquilo e feliz. Comentou que não poderia sujar aquela roupa nova que sua mãe havia lhe comprado e perguntou, quase no fim da sessão, se já estava na hora de sair. Informei que ainda faltavam quinze

minutos, mas o menino parecia ansioso em esperar por sua mãe na recepção. Durante a espera, comentou: *Acho que minha mãe não vem tia!* E logo completou com um sorriso sem graça, talvez para disfarçar a pontinha de medo que ainda sentia de ser separado novamente dela: *Brincadeira, ela vem sim!* Depois de uns cinco minutos avistou Aurora e saiu correndo em direção a ela, apertando suas pernas com um abraço.

Depois deste dia, houve a persistência de minha parte em continuar o atendimento na UBS, entretanto, depois de algumas semanas, Aurora sinalizou sua indisponibilidade em buscá-lo na escola, levá-lo ao posto e ainda cuidar de outras duas crianças pequenas sem ajuda. Apesar das diversas tentativas, não consegui estabelecer contato com Vinícius, nem por telefone nem pessoalmente, para realizar um encerramento do processo psicoterápico⁶².

4.4.3 O desacolhimento de Vinícius e a interrupção da psicoterapia

O processo de desacolhimento e de reintegração familiar do paciente ocorreu após as equipes técnicas do Fórum e da instituição constatarem que a casa da família era um lugar adequado para as crianças. No início, eles passavam os fins de semana com a mãe e, depois de alguns meses, voltaram a viver com ela.

Depois de quase cinco meses em casa, Vinícius e sua irmã retornaram ao abrigo devido ao encarceramento de Aurora, que foi destituída do poder familiar sobre seus três filhos. O bebê recém-nascido foi adotado pela família do pai da criança. Vinícius e sua irmã aguardam a adoção na Casa Abrigo.

Sem perspectivas de candidatos a pais, devido à idade das crianças, a instituição inscreveu Vinícius e sua irmã em um projeto denominado *Família Hospedeira*. Esta iniciativa municipal resultou de um projeto de lei que tem por finalidade estimular famílias da comunidade a auxiliar na criação e educação das crianças e adolescentes abrigados nos casos em que não há possibilidade de reintegração familiar ou adoção. As crianças que podem ser inscritas devem ser menores de dezoito anos, com mais de cinco anos de idade e que não podem ser reintegradas na própria família, cujo perfil geralmente não

⁶² Após cinco tentativas, em diversos horários, ninguém me atendeu na casa de Aurora, ou retornou minhas ligações e mensagens no celular.

interessa à maioria dos adotantes. São selecionadas e avaliadas famílias ou pessoas em condições de prestar auxílio moral e material aos abrigados. A Família Hospedeira pode escolher um ou mais abrigados para tê-los como hóspedes, passando a retirá-los do abrigo e levá-los para compartilhar de momentos familiares como eventos esportivos, religiosos, comemorativos, recreativos, tais como aniversário, Natal, Réveillon, Páscoa, passeio aos finais de semana e feriados em geral. A família tem a liberdade, se quiser, a qualquer tempo, de pedir sua eliminação do projeto. Se tudo transcorrer bem durante a hospedagem, o colaborador pode requerer, após avaliação, a ampliação dos períodos de convivência, passando, por exemplo, a retirar o abrigado todos os finais de semana.

Vinícius e sua irmã passaram a conviver com uma mulher que se candidatou ao projeto. Houve uma empatia mútua, o que motivou a moça a requerer a guarda provisória das crianças para o juiz. Devido à troca de magistrado, o novo responsável pelo caso entendeu que ela, não cadastrada como adotante (apenas como família hospedeira) estava “querendo passar na frente de quem já estava na fila”, negou o pedido e suspendeu o projeto na Comarca.

Assim que retornou à instituição, o menino pediu para retomar o atendimento psicológico. Em virtude de o tempo de coleta de dados ter se encerrado e em razão de minha mudança de cidade, o prosseguimento da psicoterapia se deu com outro profissional, indicado por mim.

Um ano e meio depois do final do atendimento, recebi a informação da equipe da Casa de Acolhida que Vinícius e sua irmã foram adotados e, de acordo com o relato da coordenadora, as crianças estão muito felizes com a nova família.

Sobre o atendimento, em linhas gerais, pode-se dizer que o paciente usou o espaço do *setting*, desde o início do processo terapêutico, para expor suas necessidades, estabelecendo comigo um vínculo de confiança. Tanto é verdade que, logo de início, testou o ambiente expressando sua agressividade, e relatou momentos de sua história de vida de maneira direta em diversas situações.

Considerando as peculiaridades do atendimento à criança institucionalizada, especificamente aquela que manifesta atitudes antissociais, proporcionou-se um manejo de *setting* adaptado, no qual o papel do analista é restaurar um ambiente bom perdido, dando suporte ao ego do paciente. Poucas interpretações foram realizadas, e as que

ocorreram tiveram por objetivo espelhar as atitudes ou o estado de humor dos personagens das brincadeiras. Oferecer o manejo não dispensa, no entanto, de acordo com Winnicott (1963/2002k), o suprimento provido pelo social (ambiente familiar e/ou institucional), uma vez que é exatamente isso que o indivíduo busca e necessita: retomar o que perdeu antes da deprivação.

Na perspectiva winnicottiana (1958/2002h), a psicanálise não é o tratamento padrão para superar a manifestação de tendência antissocial. O que se recomenda, a princípio, é que se ofereça ao deprivado cuidados ambientais suficientemente bons. Na realidade de Vinícius, e de muitos outros abrigados, o provimento deste ambiente bom nem sempre pode ser disponibilizado pela família natural da criança. Estes indivíduos, já tão fragilizados, passam a depender, portanto, do suporte institucional ou de pais substitutos, interessados em adotá-los. Haja vista que, nestas condições, o suprimento social pode não ser capaz de oferecer aquilo de que necessitam, a psicanálise adquire um papel fundamental para enfrentar o sofrimento ao acompanhar estas crianças. Por meio do brincar com o analista, torna-se possível reconstituir a confiança em si e no outro e entrar em contato com sua singularidade e criatividade, encontrando seu próprio espaço e voz no ambiente do *setting*, onde é tratado como indivíduo e não parte do coletivo.

No decorrer da psicoterapia de Vinícius, ele se mostrou esperançoso em retomar ao convívio de sua mãe, e tudo indicava que conseguiria tê-lo de volta apesar das dificuldades enfrentadas por Aurora. Ela sempre se mostrou uma mãe amorosa e preocupada com seus três filhos, conforme os próprios sintomas de seu filho demonstram. O garoto, possivelmente, usufruiu de ambiente bom na primeira etapa da vida, conseguindo integrar seu *self*, mas o perdeu posteriormente com a separação da mãe em virtude da institucionalização, situação que culminou no aparecimento de atitudes antissociais.

Apesar do pouco tempo de atendimento, pode-se supor que, durante o período em que voltou a morar com mãe, a demanda de atendimento tenha cessado, levando em consideração a última sessão que tivemos. Com o encarceramento de Aurora e a separação definitiva da figura materna, conjectura-se que os conflitos do paciente emergiram novamente, provavelmente com uma intensidade ainda maior, o que pode ter

motivado Vinícius a solicitar o regresso à psicoterapia. Tal fato denota sua confiança no vínculo terapêutico e sua esperança de retomada de uma relação similar com o profissional que viria a atendê-lo.

Mesmo depois de adotado, ressalta-se a importância de dar prosseguimento à psicoterapia para que Vinícius continuasse a ter um espaço para expressar suas questões relacionadas ao luto por perder sua família antiga. Soma-se a isto a necessidade para lidar com eventuais dificuldades de adaptação que venha a ter com os novos pais, e para que estes compreendam manifestações antissociais que o garoto venha a exibir como teste de confiabilidade ao novo ambiente familiar.

4.5 Eloísa

Aos nove anos, Eloísa foi institucionalizada juntamente com seu irmão, pela primeira vez, no estado do Rio de Janeiro, por alguns meses, em virtude da doença de sua mãe, que veio a falecer pouco tempo depois⁶³. Eleonor, a avó das crianças, estava sem notícias da filha e dos netos havia quatro anos, e só foi buscá-los para morar com ela porque não havia outra pessoa que pudesse cuidar das crianças.

Eloísa e seu irmão passaram dois meses morando com a avó antes do primeiro abrigamento, que ocorreu devido à queixa de violência e negligência com os netos e o filho adolescente. Por apresentar um histórico de alcoolismo, drogadição e violência doméstica, Eleonor já teve seus outros dois filhos institucionalizados em outras ocasiões e, em uma destas, pela denúncia do próprio filho de quinze anos.

De acordo com o relato da equipe de acolhimento, as crianças chegaram bastante acuadas ao serviço e, quando questionadas em audiência sobre o comportamento da avó, afirmaram que só gostariam de voltar para a casa dela se as agressões e as bebedeiras cessassem.

A duração do primeiro acolhimento institucional, na cidade onde foi realizada a pesquisa, foi de seis meses. Depois deste tempo, Eleonor recuperou a guarda dos netos e do filho adolescente por estar aparentemente comprometida em tratar seus vícios,

⁶³ A equipe da Casa de Acolhida da cidade onde foi realizada a pesquisa não tem a informação de quanto tempo Eloísa e seu irmão ficaram institucionalizados no estado do Rio de Janeiro, antes da morte da mãe e depois do falecimento dela, antes da avó ir buscá-los.

frequentando assiduamente o CAPS e demonstrando maior estabilidade para cuidar das crianças. Após um mês do retorno das crianças ao lar, houve uma denúncia ao Conselho Tutelar de que eles estariam sozinhos e desassistidos em casa, tendo faltado à escola por vários dias, sem ter com o que se alimentar. A equipe do abrigo, juntamente com o Conselho Tutelar, foi verificar a situação e, no caminho para a visita domiciliar, encontraram Eleonor vagando pelas ruas, arrastando uma cadeira velha e uma lata com crack na mão. O filho adolescente contou que a mãe ficou desaparecida vários dias, deixando Eloísa e seu irmão sob a responsabilidade dele. A equipe do abrigo encontrou a casa e as crianças em situação deplorável: nada para comer na geladeira e nos armários, muita sujeira e as crianças muito assustadas. Este episódio culminou na perda de guarda definitiva dos netos e do filho.

Com esta decisão promulgada, Eloísa e seu irmão foram colocados para adoção. Um casal cadastrado para adotar começou a visitá-los e iniciar um período de convivência nos fins de semana a fim de pleitear a guarda definitiva. Impactados pelos problemas que enfrentariam, desistiram do processo dois meses depois, frustrando as expectativas das crianças em ter uma nova família. Após oito meses do retorno de Eloísa e seu irmão à Casa de Acolhida, eles foram finalmente adotados por outra família.

O processo psicoterápico de Eloísa teve duração de onze meses, totalizando trinta sessões.

4.5.1 Início da psicoterapia e a expressão de suas necessidades

A demanda para atendimento apresentada pela equipe da instituição foi a de que Eloísa estava com dificuldade de lidar com o falecimento da mãe e com as questões relacionadas ao abrigamento. Embora a garota não apresentasse nenhum sintoma significativo além do choro ocasional, tristeza e uma grande carência afetiva, comportamentos esperados nestas circunstâncias, a coordenadora e a psicóloga da Casa de Acolhida consideraram importante oferecer um espaço para que ela pudesse elaborar as questões relacionadas à morte da mãe e ao desamparo perante a hostilidade da única figura de cuidado restante em sua vida.

No início da primeira sessão, estabeleci o contrato terapêutico e apresentei-lhe os brinquedos para que escolhesse os que ficariam em seu armário. Ela pareceu animada com tantos brinquedos disponíveis, mas se mostrou hesitante quanto ao fato de poder escolher o que quisesse. Reafirmei a possibilidade de escolha livre do material e acrescentei que aquele espaço era só nosso e que ali poderíamos brincar e falar de qualquer assunto, porque eu estava ali para ela e exclusivamente durante o tempo da sessão. Após escutar minha fala, pareceu relaxar e se dedicou a selecionar os brinquedos que integrariam seu armário. Ao contrário das outras crianças que mantiveram todos os oferecidos, ela optou pelos seguintes materiais: o kit médico, as espadas, o kit cozinha, a família lúdica, o *Brincando de engenheiro*®, o bebê, a Barbie®, o carrinho-ambulância, o saquinho de animais silvestres e o material gráfico.

A primeira atividade foi com o kit médico. No papel de paciente, reclamei que estava com uma dor no coração e achava que poderia ser sintoma de tristeza. Eloísa, como a médica, disse que, com o remédio e a injeção, logo ia passar, e aproveitou a situação para expor diretamente sobre o quanto ela também havia *ficado triste de verdade* com o falecimento de sua mãe. *Um homem tinha ido lá e jogado todas as coisas da minha mãe fora. Tinham trazido o corpo dela pra cidade, porque senão ela seria enterrada “como um cachorro” – (minha vó que falou). Quando minha mãe morreu eu senti uma dor tão grande no peito! E minha vó quase enfartou.* Prosseguiu explicando que, após a morte da mãe, foi morar com a avó, mas que, no momento estava no abrigo, porque a polícia descobriu a violência de Eleonor. Concluídas as revelações, quis brincar de luta de espadas. Designou-me o papel de malvada enquanto ela era a boazinha. A garota batia com muita força em minha espada e no chão me *“fazendo desmaiar”*. Eu perguntei se com a força da batida eu havia morrido: *Não, só desmaiou e eu ganhei a luta. O bem ganhou!* – disse a garota triunfante. Aquela foi a primeira expressão de agressividade de Eloísa no *setting* ao recordar a morte da mãe e a violência da avó.

As brincadeiras que se seguiram foram a de cuidadora das crianças do abrigo e com o jogo de construção *Brincando de engenheiro*®, com o qual a garota construiu uma casa para morar junto comigo. Ao final da sessão, Eloísa afirmou que gostaria de voltar na próxima semana e contou à cuidadora, assim que chegou à recepção, que *tinha amado ir na psicóloga e brincar.*

Pode-se dizer que houve uma vinculação muito rápida da paciente, comunicando sua história e expressando suas necessidades no *setting* logo na primeira sessão. A formação de vínculo rápido com a psicoterapeuta pode estar associada à grande carência afetiva de Eloísa, relatada pela equipe da instituição, a qual tenta se conectar rapidamente com alguém que possa lhe oferecer a atenção, o cuidado e o carinho de que tanto anseia. Bowlby (1951/2002a) assinala a necessidade de a criança se vincular a uma figura de apego, devido ao imperativo de estar junto com uma pessoa capaz de propiciar trocas afetivas, comumente realizadas com a figura materna. Esta necessidade de apego se apresenta como um recurso indispensável à sobrevivência de sua vida psíquica e, ao se deparar com a falta da mãe, a criança procura substitutos para exercer esta função. Ballone (2003) ressalta esta tendência no contexto da institucionalização.

Alguns, por padrão de vínculo inseguro, costumam ser exageradamente amigáveis com todos que se aproximam como se tentassem atrair a companhia de alguém que lhes desse mais segurança; outros, ao contrário, parecem evitar qualquer aproximação mais calorosa, como se tivessem medo da decepção. Essas crianças parecem que sentem a falta de pessoas particularmente sintonizadas com elas [...] (p. 12)

Ao apresentar à Eloísa possibilidade de ser espontânea para brincar e falar sobre qualquer coisa, possivelmente tenha evocado o ambiente de *holding* similar ao que vivenciou com sua mãe durante os oito anos em que conviveu com ela. Abram (2000) assinala que, no contexto analítico, a atenção e cuidados físico e psíquico fornecidos pelo psicanalista, em combinação com o aspecto físico do ambiente e atividade interpretativa são os responsáveis por fornecer o ambiente de *holding* ao paciente, propiciando a criação do espaço potencial. Esse *holding*, no decorrer da análise, possibilita que o paciente venha a regredir à dependência, revivendo o trauma, para que, posteriormente, descubra seu verdadeiro *self*. Foi o que sucedeu no atendimento de Eloísa, que será relatado a seguir.

4.5.2 O trabalho terapêutico com Eloísa

Ao longo do segundo encontro, trabalhamos com o material gráfico. Um aspecto que me chamou atenção neste dia foi sua necessidade de pedir autorização para cada

ação na brincadeira: *Eu posso colar? Posso pintar com o guache? Posso cortar os canudos?* Depois que esclareci que, ali, ela poderia brincar como quisesse desde que não nos colocasse em risco físico, ela ficou mais à vontade. Altoé (1988) destaca a necessidade das instituições de acolhimento em restringir algumas formas de lazer e brincadeiras das crianças a fim estabelecer regras e manter minimamente uma ordem para que o estabelecimento funcione. Se olharmos pela perspectiva infantil, entretanto, isso significa abrir mão da espontaneidade, visto que não pode se sentir à vontade para brincar e se movimentar no abrigo onde reside tal como se sentiria em sua própria casa. Encontrei esta tendência de pedir permissão para brincar e agir no atendimento de outras crianças abrigadas, as quais, assim como Eloísa, tentavam compreender até onde era permitido transitar em termos de atitudes e até que ponto podiam testar a resistência e firmeza deste ambiente.

Ao criar uma história relacionada ao seu próprio desenho, ela destacou uma temática que parecia ser indicativa de como se sentia perante sua nova realidade:

Era uma vez uma menina que se chamava Eloísa. Ela achou uma flor rosinha e cuidou dela. De noite, a flor sentiu frio. Eloísa pegou um casaquinho de boneca e colocou nela. A flor continuou com frio, Eloísa, então, colocou a flor dentro do guarda-roupa para ela não sentir frio. Quando a flor ia no quintal, ela ficava triste. Ela ficava chorando e sentia muito, muito frio. Quando sua amiga formiga foi embora pra casa, ela ficou triste.

O personagem da flor na história é um ser que inspira cuidados por ser frágil, e estar abalada emocionalmente, revelando sua tristeza por meio do choro. O frio aparece como tema recorrente nas histórias das crianças abrigadas atendidas por mim e, na minha leitura, representa o desamparo que sentem frente à nova realidade que se impõe em suas vidas: não contar com a presença de uma figura de cuidado confiável para protegê-los.

Por identificação, a figura da flor pode refletir como a garota se sente por estar sozinha e precisar maternar a si própria, já que não há outra pessoa que faça isto por ela. Desempenhar funções de autocuidado significa antever o perigo para se proteger do ambiente que falha no provimento de necessidades básicas. Em algum momento, a

paciente experimentou a invasão ambiental e, no intuito de evitar novas invasões, colocou seu *self* de sentinela, em alerta para defendê-la das possíveis intrusões que venham atormentá-la. Neste cenário, não há espaço para o gesto espontâneo, a prioridade é a autoproteção (WINNICOTT, 1990a).

A formiga, amiga da flor, pode se referir a um colega de instituição a quem Eloísa se afeiçãoou e que retornou ao lar familiar, deixando tristeza e a sensação de ser abandonada mais uma vez por alguém de quem gosta.

Concluída a história, Eloísa pegou a família lúdica e posicionou as crianças dormindo, afirmando que a mãe iria chamá-los para ir à escola. *A mãe se despediu das crianças. A avó bateu na porta e pediu para entrar; a mãe perguntou para os filhos se estava tudo bem. Eles disseram que sim, e a avó pediu para trocar de roupa com a mãe. Perguntei: Agora a avó está vestida de mãe, né?*

Eloísa balança a cabeça concordando e, com o final iminente da sessão, encerra o enredo. A história criada pela paciente parece revelar sua própria história: em determinado momento, a menina teve que se despedir da mãe que estava morrendo e, possivelmente, ante esta situação, avisa aos filhos que passariam a viver com a avó. O momento em que a avó toma o lugar de mãe é representado pela troca de roupa, em que ela se despe do papel de avó para se tornar mãe de seus netos.

Na terceira sessão, quis continuar a brincadeira do fim da sessão anterior: a da troca de roupas entre avó e mãe. Ela me instruiu a arrumar a casinha de madeira e modificar a configuração dos móveis, trocando as camas de lugar. Por fim, disse que colocaria os bonecos das crianças para dormirem no quarto com sacada, por ser mais seguro, o único protegido com grades. Mais uma vez, a menina demonstra sua necessidade de cuidar do ambiente, maternando a si própria e a seu irmão menor, porque não pode contar com uma figura familiar confiável que atente para este cuidado a fim de que ela não precise se preocupar.

Depois de organizar a casinha, arrumou o boneco do menino para ir à escola. Questionei o motivo da boneca da menina não ir à aula e ela respondeu que a avó permitiu que faltasse para continuar dormindo. *Quando a boneca da vovó acordou, tomou um remédio que a deixou loucona e saiu gritando pela casa e perguntando por que a neta não tinha ido pra escola.* – disse Eloísa. Ela revelou, por meio da boneca, um

pouco da realidade repleta de instabilidade vivenciada por ela no período em que estava sob a responsabilidade da avó.

Enquanto brincávamos, a paciente traçava o perfil das personagens: a mãe nunca gritava com os filhos, era bem calma e *falava baixinho sem gritar* (ressaltando o grande contraste com a personagem da avó). *Quando chegou a hora de ir para a escola, a mãe chamou a menina que a desobedeceu, faltando na aula. Aí, ela foi parar no Conselho e levaram a menina pro abrigo* – disse a paciente, possivelmente se referindo ao Conselho Tutelar⁶⁴. Mãe e avó foram buscar a menina no abrigo, enquanto eu, no papel da garota, questionava a razão de ter sido institucionalizada. A avó, representada pela paciente, furiosa, respondeu que a menina estava lá por culpa dela mesma, porque não tinha ido à escola. Neste trecho, fica claro que cabe a Eloísa, mesmo sendo ainda uma criança, saber e fazer o que é considerado correto.

Trocando a brincadeira para a de médico, interpretei a paciente que estava com uma dor de barriga severa, seguia as instruções de Eloísa, que conduzia a encenação. A médica perguntou o que eu havia comido e disse que, com injeção, logo iria melhorar. Durante o exame, reclamei que não queria ficar no hospital sozinha e que precisava da minha mãe. Desvendando o diagnóstico, respondeu: *É por isso que você ficou doente, porque estava com saudade dela*. Continuei a conversa, dizendo que não queria ficar no abrigo. A médica assegurou que eu sairia de lá para morar com a minha mãe, revelando com aquela fala seu desejo impossível de retornar ao convívio diário com sua mãe.

Ao final do encontro, ela me abraçou e me beijou o rosto, atitude que se tornou habitual ao final de cada sessão. A necessidade de contato físico naquele dia pode ter sido mobilizada pelas brincadeiras que remetiam à sua situação atual: não contar mais com a presença sensível de sua mãe e nem de alguém que atuasse como uma figura de cuidado amorosa, disponível e estável. Eloísa precisou buscar em toda pessoa que lhe dê carinho e atenção um pouco deste afago físico que lhe faz tanta falta.

⁶⁴ Em minha experiência no atendimento infantil, escutei várias crianças se referirem a este órgão como uma espécie de “polícia das crianças”, que tem o poder de puni-las caso desobedeçam, especialmente por não comparecerem às aulas na escola. Acredito que este temor é disseminado, sobretudo pela equipe de profissionais que trabalham em escolas públicas, a fim de promover o controle do comportamento e evitar a evasão dos alunos. As crianças abrigadas têm maior familiaridade com a função que o Conselho Tutelar desempenha, visto que foram recolhidos e abrigados por representantes desta instituição. Sabem, portanto, que faltas escolares recorrentes podem motivar o abrigamento.

Na quarta sessão, a paciente começou a brincadeira com as tintas e trouxe à tona um pouco do que pode ser a história de seus pais. Explicou que seu pai⁶⁵ era negro como ela, e sua mãe *era quase da minha cor* (branca). O casal se separou logo depois de seu irmão nascer, e seu pai se casou novamente. Questionei há quanto tempo ela não encontrava o 'pai' e a garota respondeu que a última vez que o viu foi durante o período em que morava na Casa Abrigo do Rio de Janeiro. *Agora ele não me visita porque é muito longe, tem que pegar dois ônibus.*

Com o kit cozinha, disse que faria um bolo para seu pai na brincadeira. Indicou-me o papel de mãe e determinou que o enredo fosse semelhante à história de sua família, mas invertido: o pai estaria separado da mãe, e esta havia arrumado outro namorado. Interpretando a mãe, eu disse: *Vou sair com meu namorado enquanto seu pai vem te visitar.* Na conversa entre pai e filha, a menina reclamou que teria que fazer comida para o namorado da mãe. O pai (desta vez interpretado por mim) disse que não gostava que sua ex-mulher tivesse um namorado, e foi embora muito chateado. A mãe retornou e a filha contou que havia falado para o pai sobre o namorado dela. Eloísa, no papel da mãe, disse, enfurecida, que ela merecia apanhar por ter comentado com o pai sobre a vida dela. A menina garantiu que não faria novamente e implorou para não apanhar, pedido que acabou surtindo o efeito esperado. Ao reclamar do ocorrido para a avó, foi convidada a morar com ela, que a alertou sobre a necessidade de obedecer *porque senão... você sabe, né?* A menina disse: *Sei, você fica brava. Mas prefiro morar com você vó! A mãe está muito chata, agora só quer sair com o namorado e briga comigo quando eu não cozinho pra eles!* Eloísa representava o papel da filha. Neste enredo, quando a mãe desperta raiva na garota, há a possibilidade de se refugiar na casa da avó, para se afastar voluntariamente de sua mãe. Este é um dos primeiros sinais de raiva direcionada à figura materna que a paciente expressa no *setting*. O que aparece neste trecho parece sugerir uma ambivalência direcionada à figura da mãe: ao mesmo tempo que sente amor, coexiste o ódio. Na teorização winnicottiana, a ambivalência diz respeito à uma conquista maturacional, uma vez que indica que o indivíduo avançou o suficiente para integrar os impulsos destrutivos e amorosos, e pode se deparar com o sentimento de culpa e a

⁶⁵ Não se sabe se o pai a quem Eloísa se refere é seu pai biológico, ou algum companheiro da mãe. No momento do falecimento da mãe das crianças, o pai não foi encontrado ou reivindicou a guarda dos irmãos para si.

capacidade de se responsabilizar por toda a destrutividade. Para que a ambivalência possa surgir e se sustentar, é necessário um ambiente facilitador, sem retaliação (WINNICOTT, 1958/1982k; 1965/1982j; 1954/2000c).

No início da quinta sessão, a garota determinou que seria uma professora muito brava e eu a aluna. Passou algumas tarefas na lousa e pediu que organizássemos a sala antes de sairmos para o recreio, jogando o colchonete no chão para a hora de dormir. Depois que retornamos do recreio, pediu que deitasse no colchão para que pudesse fazer carinho no meu cabelo enquanto me ninava com uma canção. Quis trocar a brincadeira, antes mesmo de começar esta, para a de cabelereira, colocando-me em uma cadeira para fazer um penteado em mim. *Nossa, seu cabelo é comprido!* – exclamou a garota quando soltei meu cabelo pela primeira vez. No intuito de trazer novamente sua mãe como tema perguntou:

- *Como sua mãe arruma seu cabelo?*
- *A sua prendia o seu como? Respondi com outra pergunta.*
- *Com um rabo de cavalo meio de lado!*
- *Se você quiser, posso fazer um em você depois que terminar com o meu cabelo – sugeri.*

A menina, imediatamente, tomou meu lugar na cadeira e permitiu que eu a penteasse tal como sua mãe, fechando os olhos, como se tivesse se transportando para a época em que ainda tinha sua mãe para arrumá-la. Quando eu terminei, a menina olhou seu reflexo no vidro da janela e disse que estava *certinho e me* beijou o rosto em agradecimento. Ao que parece, essa sequência de ações (cantar para dormir, pentear o cabelo da mesma maneira que sua mãe fazia) pode ter remetido à Eloísa o cuidado materno desempenhado por sua mãe na rotina diária da família.

Depois da brincadeira de cabelereiro, a paciente decidiu brincar de “dança das cadeiras”. A música escolhida e cantada pela garota era uma “adaptação” de *Atirei o pau no gato* com palavrões, ensinada por uma colega de escola de Eloísa. Eu fiz uma feição de surpresa, colocando a mão na boca quando ouvi os palavrões, tal como as crianças fazem quando escutam estas “palavras proibidas” na boca de outros colegas. Ela riu e afirmou satisfeita: *É palavrão, né*, enquanto eu ria e continuava a correr.

Cansada de correr e com o material gráfico em mãos, determinou: *Faz de conta que aqui é minha mesa e meu material*. Pegou um giz e perguntou como escrevia meu nome. Eu ditei letra por letra; ao terminar, ela desenhou um coração e escreveu: "te amo" embaixo do meu nome. Eu questionei o que ela havia escrito e ela sussurrou: *Te amo, né tia?!!* Eu sorri, peguei o giz e escrevi: *Eloísa, não vou te esquecer!* Reconhecendo seu nome, perguntou o que eu havia escrito embaixo dele. Quando eu contei, ela abriu um sorriso e disse que queria copiar a mesma coisa embaixo do meu nome. Eu sorri e a auxiliei na tarefa. Quando avisei que nosso tempo estava se esgotando, a garota falou com voz chorosa: *Não quero apagar isso da lousa, tia! Eu gostei do que você escreveu!* Assegurei que, mesmo apagando, nós sabíamos como nos sentíamos uma em relação à outra, e que isso não pode ser apagado por nenhum apagador do mundo.

Grotjahn (1983) destaca uma proposição interessante sobre o papel do psicoterapeuta que faz muito sentido neste contexto. Afirma que esta figura deve ser confiável, inspirar esperança, não temendo o amor, nem ignorando o ódio de seu paciente. Corroborando com esta afirmativa, há o preconizado por Winnicott (1955/2000f) sobre as funções de manejo no *setting*. Os aspectos de provisão ambiental, como constância, amor e ódio, são fundamentais para que o paciente neurótico possa simbolizar os cuidados maternos iniciais.

Achei importante não deixar aquela expressão de afeto passar e resolvi corresponder dizendo que não a esqueceria, especialmente após a menina me revelar sua preocupação, na sessão anterior, em voltar a morar com a avó e interromper o atendimento. Reafirmei que, mesmo se eu não a encontrasse mais, não esqueceria nossas conversas e brincadeiras. Em possível tentativa de se convencer de que havia esperança, a garota falou, com a mão no meu ombro, que tentaria pedir à avó que a trouxesse se ela, de fato, voltasse para a casa dela. Ela me abraçou forte, em seguida, jogou-se na caixa de bolas choramingando e em posição fetal: *Não quero ir embora daqui! Quero brincar mais!* Relembrei que nosso tempo de sessão estava se esgotando e propus uma brincadeira para tentar levá-la: *Quando contar três, eu te ajudo e te puxo bem forte para você conseguir levantar*. Acabada a contagem ela pegou impulso e pulou, encaminhando-se para a porta, enlaçando minha cintura com força, só soltando para abraçar a monitora na recepção.

Na sexta sessão, assim que adentramos na sala, Eloísa perguntou se eu conhecia a música “Carinhoso”, cantarolando o seguinte trecho para que eu reconhecesse a canção: *Meu coração, não sei porque, bate feliz quando te vê*. Observei que conhecia e achava aquela música muito linda. A garota contou que tinha ensaiado e cantado naquele dia na festa da escola. Imediatamente, associei ao mês de maio a data comemorativa do dia das mães. Enquanto brincávamos de *Brincando de engenheiro®*, ela confirmou minhas suspeitas e reclamou, desapontada, que ninguém foi, nem a avó, nem a tia, irmã de sua mãe. *Foi legal a festa, mas ninguém da minha família apareceu*. Questionei se mais alguém havia notado a ausência de seus parentes, e ela, prontamente, respondeu que tinha avisado a professora que a mãe não poderia ir à festa, omitindo a morte dela. Sem saber, a professora disse que ela poderia entregar a cartinha para a mãe quando a encontrasse.

Inspirada pela ocasião, a menina pediu para montarmos uma festa de mentirinha com doces e balões. Enquanto trabalhávamos nisso, olhou para a caixa de bolas e ressaltou que parecia o barril do Chaves. Relembrei que o personagem se refugiava no barril para chorar quando estava triste. Ela começou a imitar o choro característico do menino órfão para me mostrar que sabia imitar o tão famoso “pipipipi” e me explicou que o *Chaves velho tinha morrido*, e aquele que passava na televisão era de quando o Chaves era novo. Ela perguntou se eu tinha ouvido a notícia da morte do ator e eu afirmei que vira na TV. Em seguida, perguntou: *E você sabia que minha mãe morreu?* Respondi que sabia, que ela havia me contado em sessão anterior, bem como toda a circunstância de sua morte. A menina então, repentinamente, mudou de assunto e alertou que precisávamos terminar de montar a festa. Diante de toda aquela situação, exclamei: *Vamos montar uma festa pra ninguém aparecer? É muito chato preparar tudo e não ter ninguém pra ir*. Tomada pela frustração que parecia estar sufocando-a desde o início do encontro, desabafou: *Igual na festa da escola que ninguém foi da minha família. Eu até chorei, porque era a festa das mães, minha mãe morreu e ela não podia estar lá e nem minha vó, nem minha tia porque elas estavam trabalhando*. Com os olhos cheios d`água, esfregou as mãos no rosto e disse que estava manhosa. Eu perguntei o porquê e a menina não quis falar, estava com vergonha. Sentindo que ela estava precisando de uma interlocução, indaguei se eu poderia tentar adivinhar a razão de ela estar daquele modo

e a menina concordou. *Você tem boa razão para estar manhosa: não tem mais sua mãe para comparecer nas festas e em sua vida. As únicas pessoas que você tem agora (sua avó e sua tia) não compareceram na festa em um momento importante para você.* A garota balançou a cabeça e limpou os olhos. Continuei afirmando que era natural sentir tristeza por tudo isso e acrescentei que, na psicoterapia, ela poderia chorar e se lamentar por tudo o que havia acontecido com ela, para que um dia, no momento em que ela estivesse pronta, pudesse superar a dor e seguir com a vida.

De acordo com Franco e Mazzora (2007), as crianças elaboram o luto de um modo diferente do adulto e, em virtude disto, este processo tem características específicas, uma vez que a criança ainda está estruturando sua personalidade. Fatores intrapsíquicos – tais como ter recursos emocionais e etapa do desenvolvimento –, bem como fatores externos – relacionamento com a pessoa perdida, relação com o familiar sobrevivente e dinâmica familiar; circunstâncias da morte; informação passada para a criança; possibilidade de expressar sentimentos e frustração sobre o que aconteceu e sobre a pessoa perdida; rituais de velório e sepultamento; estressores e mudanças no cotidiano da criança – influenciam na forma como se dá a elaboração da perda. Para Eloísa, a morte da mãe fez com que ela fosse abrigada, mudasse de cidade para morar com uma avó que mal conhecia e que apresentava problemas pessoais que a impediam de cuidar dela e do irmão. Apesar destas dificuldades, a menina foi cuidada e amada pela mãe por tempo suficiente para que ela completasse a integração e tivesse bons recursos emocionais para entrar em contato com o sofrimento, expressando de maneira saudável sua dor.

Depois de escutar minhas palavras, ela abriu um sorriso e sugeriu: *Vamos guardar as coisas e brincar de espadinha!* Batia a espada com força no chão, em cima dos armários e na mesa, acompanhei seu movimento batendo com a minha. Volta e meia a menina me olhava como se buscasse minha aprovação para fazer tanto barulho, eu a encorajava batendo tão forte quanto ela. *Por que as pessoas têm que morrer né?* – questionei. Em resposta, a menina gritou: *Eu vou matar todo mundo!* – logo depois, mudou de ideia, decidiu que seríamos amigas e salvaríamos o mundo. Winnicott (1968/1999a) assinala que a criança precisa de um ambiente indestrutível – representado pelas figuras familiares – que sobreviva aos impulsos agressivos, para que,

confiando na estabilidade ambiental, possa seguir evoluindo no amadurecimento. Como este ambiente deixou de existir para Eloísa, em virtude da morte de sua mãe, ela pode ter se assustado com seus próprios impulsos destrutivos manifestados na brincadeira de espadas e, assim, após se dar conta do que havia dito, achou que seria mais adequado *salvar o mundo* ao invés de matar a todos. Tal como Winnicott (1968/1999a) destaca nesta situação, a criança sacrifica a impulsividade e a espontaneidade de agir no mundo na tentativa de reassumir, provisoriamente, o controle do ambiente para recuperar a estabilidade perdida.

Ao final da sessão, chegando à recepção, percebeu que a equipe da instituição não havia chegado para buscá-la. Pegou, então, o livro da *Branca de Neve*, conduziu-me pela mão até o sofá e pediu que eu lhe contasse a história. Colocou o dedão na boca para sugar e começou a se aninhar em mim, encostando sua cabeça no meu ombro. Antes que começasse a ler, a menina esclareceu a razão da escolha desta história: *A mãe dela morre né, tia?* Confirmei e comecei a leitura. Consegui avançar, no entanto, somente até a parte da morte da mãe da *Branca de Neve*, por nos interromperem para buscá-la na clínica-escola. É muito significativa a escolha deste conto, devido à temática envolvida no enredo: apesar da morte da mãe da personagem, a princesa acaba encontrando amigos e alguém que a ama, sendo feliz para sempre. Esta história passa a mensagem de que a vida pode continuar e ter um final feliz, mesmo sem a presença materna.

Na sétima sessão, iniciamos as atividades com o kit médico, a garota fazendo o papel da profissional e eu, de paciente. Deitei no colchonete me contorcendo de dor de barriga. Muito friamente a médica disse:

- *Só dou remédio se tiver morrendo!*
- *E agora? O que eu faço?* reclamei desesperada.

Eloísa me aplicou uma injeção, avisando que doeria muito, e advertiu que *não adiantaria chorar*. Implorei para não aplicar a injeção, porque não havia ninguém para segurar minha mão quando doesse, e exclamei choramingando: *Quero a minha mãe!* Aparentemente tocada por meu sofrimento, voltou atrás dizendo que não doeria, mas assim que aplicou ordenou que eu desse um grito alto de dor. Eu gritei e ela sorriu, parecendo satisfeita por me infligir sofrimento. De acordo com Garcia (2009), com o

suporte de um ambiente suficientemente bom, o sujeito tem a possibilidade de expressar seus impulsos agressivos sem comiseração até que tenha condições de se responsabilizar pelas consequências de suas atitudes e de suas fantasias agressivas. Busquei permitir o exercício desta agressividade ao longo do atendimento de Eloísa, para que pudesse integrá-la à sua personalidade, conforme fosse descongelando o amadurecimento emocional e pudesse avançar.

Quando, na brincadeira, eu disse que minha dor de barriga estava melhor, a médica me permitiu comer e, durante o lanche, perguntei quando iria embora do hospital. Ela afirmou que eu ficaria internada uns dias, eu entrei em desespero: ameacei que fugiria do hospital, que não ficaria ali sozinha. A médica pegou no meu braço com força a fim de me conter e ordenou: *Vai sim! Deita aqui agora que eu vou tirar seu coração. Agora, finge que desmaia. Seu coração está preto porque você falou muita mentira. Vou limpar com água, deixar três minutinhos e ele ficará limpo. Olha um coração de mulher novinho pra você! Pronto, agora acabou! Agora, finge que sou sua mãe: Filha, pega as coisas e guarda!* Fui de um personagem a outro em segundos, para brincar de mamãe e filhinha. Depois de alguns minutos, a paciente trocou novamente os personagens para os de professora e aluna. Nesta sessão, ela designou para si três papéis ao longo da brincadeira que se referem a funções de cuidado: médica, mãe e professora. Em cada um destes, expressou doses um tanto exageradas de violência e impaciência, mesclada com algumas atitudes de carinho. Possivelmente, o intuito deste conjunto de brincadeiras era retratar um pouco das pessoas responsáveis por ela agora: as cuidadoras e funcionárias da instituição, professoras e, possivelmente, a própria avó, figura que cuidou dela por um tempo e demonstrava carinho e preocupação nos momentos de sobriedade, alternada com explosões de raiva quando esta ficava *loucona* – parafraseando Eloísa.

Um indício de que Eleonor estaria povoando seus pensamentos naquele momento despontou na brincadeira seguinte. Enquanto a garota escrevia na lousa, soltava pum e, depois de um tempo neste ciclo, aproximou-se de mim e cochichou em meu ouvido: *Quando eu for embora do Abrigo não vou vir mais aqui. Só quando minha vó me bater.* Recomendei que deveríamos aproveitar o tempo que tínhamos para brincar bastante antes de ela voltar para casa. A paciente retornou à lousa e começou a gritar como uma professora brava: *Copia logo! E chega de falar. Você não obedece!* Continuei copiando

e ela disse ironicamente: *Você soltou um pum, né?* Eu neguei e ela retrucou: *Fala a verdade, vai! Você soltou um pum bem fedido!* – disse a menina tirando sarro, a fim de me constranger. Entrando na brincadeira, admiti a culpa e escutei a gargalhada subsequente da garota por ter conseguido minha confissão por um ato cometido por ela. Ao encontrar um ambiente de *setting* confiável, Eloísa pode voltar a expressar sua destrutividade e impulsividade sem temer sua espontaneidade, de acordo com o preconizado por Winnicott (1968/1999a). Ao pressentir que eu poderia suportar sua agressividade, sentiu-se à vontade para exteriorizá-la no *setting* em diversas situações: encenando explosões de raiva; fazendo barulho batendo a espada no chão com toda força; realizando brincadeiras escatológicas e entrando em contato com a sujeira de materiais, como cola e tinta.

Ainda na brincadeira de escolinha, a menina continuou a escrever no quadro negro e, quando bateu a perna na caixa de bolas que estava situada bem ao lado da lousa, choramingou: *Doeu meu joelho! Foi de verdade tia!* Recomendei que ela se deitasse no colchonete até passar a dor. A garota, então, deitou de bruços e colocou a cabeça sobre os braços como se fosse chorar. Eu fiquei ao seu lado esperando quieta, até que ela se virou e me abraçou: *Não quero ir embora daqui nunca! Eu gosto de você tia!* Eu tentei acalmá-la dizendo que sabia o quanto aquele espaço era importante para ela e, enquanto falava, a menina deitou a cabeça no meu colo, chupando o dedo, com os olhos fechados. Reconhecendo aquele movimento como uma necessidade de regressão, comecei a cantarolar uma música de ninar para embalar seu ‘sono’. Enquanto cantava, batia levemente nas costas dela, como uma mãe que nina sua filha. No meio da música *Dorme filhinha do meu coração*, Eloísa soltou pum bem alto e fedido. Olhei para a menina, surpresa, e ri, enquanto ela, sem nenhum embaraço, gargalhou sem tirar o dedo da boca. Continuei cantando, tapando o nariz e, logo depois, veio outro pum, mas de mentirinha. Repetiu mais algumas vezes a brincadeira, e pediu que eu tapasse o nariz dela enquanto ela tapava o meu. Olhou no relógio, e sem que eu precisasse avisar, levantou-se num salto, disse que precisava guardar logo o material porque precisava ir ao banheiro fazer cocô. Na saída, durante a espera do pessoal da instituição, pegou novamente o livro da *Branca de Neve*, mas logo avistou a perua da instituição. Agarrou nas minhas pernas e disse choramingando: *Não, eu não quero ir tia! Quero ficar com*

você! Depois se jogou no chão e continuou falando que não iria embora dali. Tentei levantá-la com a brincadeira de contar até três para que ela tivesse um impulso para levantar, sem sucesso. Tentei mais uma vez e, ao ver que o motorista estava na porta da recepção, Eloísa se levantou rapidamente, agarrando meu braço e pedindo para ficar. Acompanhei-a até o carro e assegurei que estaria esperando por ela na próxima sessão.

Nota-se, nesta sessão, o processo de regressão à dependência da paciente, em que ela se 'torna um bebê' no *setting*. Pelo fenômeno da regressão, do ponto de vista winnicottiano, o indivíduo pode chegar à cura, por meio de um psicoterapeuta que realiza uma provisão ambiental adaptada às necessidades do paciente, apresentando um contexto de confiabilidade. Nesta situação, coloca-se a necessidade de modificação da técnica: importa mais a atitude do analista (o manejo) frente à regressão, com seus acertos e falhas, do que a própria interpretação. Em estado regredido, paciente e analista encontram-se fundidos, tal como um bebê com sua mãe no início, no qual cria-se uma nova condição de cuidado (WINNICOTT, 1955/2000f; 1965/1982f). Eloísa viveu uma perda abrupta da mãe e necessitou regredir à dependência para reencontrar este cuidado inicial perdido. Nas sessões seguintes, a paciente, ao exercitar a destrutividade, procura encontrar estabilidade e sobrevivência do ambiente a seu comportamento sem retaliações. Este ambiente deve se opor à destrutividade, mas não como punição, mas como uma atitude que promove um sentimento de segurança para a criança.

Na oitava sessão, a menina comentou que o dia da sessão não estava certo. Expliquei que havia trocado dia e horário (adiantara para quinta às 16h o encontro que seria sexta-feira às 14h). Ela reclamou da modificação por pensar que teria menos tempo de sessão. Esclareci que, exceto a alteração de dia e horário, todo o resto permaneceria igual: eu, a sala, o armário e tempo de sessão. Eloisa suspirou aliviada e começou as brincadeiras

Logo de início, determinou que ela fosse a professora e eu a aluna. Passou um ditado de frases e uma conta para resolver na lousa. Enquanto escrevia, gritava: *Todos vão dormir. Não quero ouvir uma conversa! Quietos!* Reclamei da chatice da professora e ela gritou ainda mais alto que precisávamos obedecer senão ficaríamos de castigo. Saindo da brincadeira, perguntou se Vinícius continuava a vir nas sessões depois de ter saído da Casa Abrigo, revelando mais uma vez sua preocupação em ir embora e

interromper a psicoterapia. Perguntei se eles haviam se encontrado alguma vez depois do retorno dele para a casa de sua família e ela afirmou tê-lo visto de longe, na escola.

Na nona sessão, a professora brava surgiu novamente interpretada por Eloísa. Enquanto estava passando a tarefa na lousa, comentou contrariada que iria para a casa da avó no fim de semana. Investiguei a razão de ela não gostar de ir, e a menina revelou que seu tio adolescente batia muito nela e em seu irmão quando ninguém estava olhando. *Eu não gosto de ir, mas sou forçada a ir por causa do juiz! Queria ficar na Casa Abrigo junto com o Vinícius! Você sabia que ele voltou pra ficar dez dias lá?* Quando tentei prosseguir com a conversa, ela voltou para a brincadeira, mandando os alunos se calarem, porque estavam *deixando ela louca!* A aluna, interpretada por mim, reclamou do estresse da professora e ela com o apagador na mão vociferou: *Calem a boca ou vou matar todo mundo!!* Fiz silêncio e, depois de um tempo, a paciente avisou que estava brava só na brincadeira, como se reconhecesse sua destrutividade e temesse que eu a tomasse como violência. Reafirmei que, naquele espaço, ela poderia se expressar como quisesse, ficando brava de verdade ou só na brincadeira desde que não nos colocasse em risco físico. A garota, então, retirando-se novamente da brincadeira, declarou que não gostaria de voltar a morar com a avó, mas faria esse esforço por seu irmão, que queria muito. Dito isso, a menina se calou e assim permaneceu até o fim da sessão, passando contas na lousa e escrevendo as letras do alfabeto. A necessidade de Eloísa se sacrificar para que seu irmão seja feliz lhe custa em termos de espontaneidade. De acordo com Winnicott (1960/1982b), as experiências de intrusão ambiental não são espontâneas, nem partem do processo vital do indivíduo, portanto estão impossibilitadas de serem sentidas como reais.

Na décima sessão, a paciente veio para a clínica-escola acompanhada de Vinícius, que seria atendido logo depois. Ao entrar na sala, revelou que gostaria de brincar de escolinha, logo em seguida, começou a se coçar fortemente por causa de uma suposta alergia a ovo. Dando atenção à sua queixa, perguntei se ela não queria passar água para ver se melhorava a coceira. Encaminhamo-nos até a área externa para lavar a região, enquanto a menina se coçava com força. Sugeri que poderíamos esperar a coceira diminuir antes de começar a brincar. Sentei no colchonete e ela se deitou de barriga pra baixo, com a cabeça mergulhada nos braços, indicando que iria chorar.

Perguntei se estava chateada com algo e, com lágrimas nos olhos, contou que gostaria que sua mãe viesse para ficar com ela, mas que sabia que isso não poderia acontecer, porque estava no céu com Deus. Assinalei que a saudade era assim mesmo, às vezes aparece e vem junto com a raiva, tristeza e vontade de chorar, e que não tinha problema se sentir assim. Em vários momentos do atendimento, a paciente recorreu a uma dor física para justificar sua dor emocional. Talvez não tenha ficado totalmente claro para ela que, naquele espaço, suas questões emocionais são valorizadas. Desta maneira, Eloísa diz que sente uma dor física, que é tangível e pode ser reconhecida como importante pelas pessoas, visto que pode colocar em risco sua saúde. A associação das dores psíquicas com dores corporais pode significar a retomada do processo de personalização, pelo qual a somatização das dores psíquicas cria alguma integração entre psique e corpo. Quando eu faço uma interlocução apontando o sofrimento que percebo nela, ela admite que, na verdade, estava triste, chateada ou com raiva e não com dor de barriga, alergia, etc.

Franco e Mazzora (2007), em pesquisa com estudo de caso clínico com crianças de três a oito anos de idade que perderam um dos genitores, encontraram uma predominância de sentimento de desamparo em quase todos os participantes da pesquisa. Os resultados revelaram ainda que as crianças que não encontraram continência a seu sofrimento na família tiveram dificuldades em expressar a raiva em relação ao objeto perdido e, como consequência, encontraram maiores dificuldades em elaborar o luto. No contexto de luto da institucionalização, destaca-se o papel do processo psicoterapêutico: “A psicoterapia eficaz torna-se assim um contexto relacional seguro em que não só são abordados os temas mais difíceis da existência dos pacientes, como é em si própria um espaço de expressão e experiência do sofrimento” (FERNANDES; MAIA, 2008, p. 49).

A paciente, logo em seguida, confirma a importância do ambiente acolhedor do setting, quando me abraçou e disse num tom de agradecimento:

- *Hoje minha amiga perguntou o que fazia uma psicóloga.*
- *E você o que respondeu?* – interroguei.

– *Eu disse que brincava e conversava com você e que eu gostava bastante de vir aqui. Bora voltar a pintar a casinha?* – orientou Eloísa encerrando o assunto, dirigindo-se para a cadeira e tomando seu lugar para uma nova atividade.

Destaca-se, neste sentido, minha função de psicoterapeuta como uma figura de sustentação, capaz de acolher e compreender os mais variados sentimentos eclodidos pela morte materna – raiva, desamparo, saudade, tristeza –, sobretudo pelo fato de Eloísa não ter um ente familiar que lhe oferecesse apoio emocional e cuidados, neste momento de insegurança e desamparo. Ao perceber o ambiente como favorável para expressar ansiedades e vulnerabilidades, a criança tem a possibilidade de exprimir seus afetos e, futuramente, ressignificar e elaborar seu sofrimento.

A brincadeira escolhida foi pintar a casinha de madeira. Durante a atividade, a garota quis saber sobre minha vida: se eu tinha filhos, se era casada ou morava sozinha e se fazia faculdade. Respondi brevemente suas questões⁶⁶ e, sem dar muita atenção para as respostas, emendou revelando que sua tia *já era grande igual a mim e fazia faculdade*. Pediu para ir ao banheiro que ficava na recepção e encontramos Vinícius que quis entrar na sala junto conosco. Ele bateu várias vezes na porta e, como não respondemos, ele voltou para a recepção junto com a monitora. A paciente, muito incomodada, esbravejou: *O que será que ele quer aqui?* Assegurei que não abriríamos a porta, por ser aquele o horário dela e nada poderia nos interromper. A menina abriu um sorriso de alívio, continuou a pintar a casa e perguntou se podia pintar meu rosto. Declarei firmemente que não, mas que poderia pintar minhas mãos. Apontou o pincel sujo de tinta em direção ao meu rosto, como se quisesse desafiar o limite que impus. Eu desviei e reafirmei que não permitiria e, diante da minha proibição, decidiu trocar a brincadeira para a de manicure. Finalizando minhas unhas, pediu que pintasse as dela do mesmo modo que havia feito em mim, contando que, na escola, aquela era uma brincadeira recorrente entre as meninas. Enquanto me pintava as unhas, ria alto, como se estivesse satisfeita por me sujar e despejar um pouco de agressividade em mim. Percebendo a reação da garota observei: *Tá gostando de me deixar toda suja, né?* Ela

⁶⁶ Responder as questões pessoais dos pacientes sem esquivar foi uma das estratégias de manejo utilizada por mim no atendimento destas crianças institucionalizadas, e será abordado com mais detalhes no item: *Algumas estratégias específicas de manejo clínico diferenciado com os pacientes participantes*.

gargalhou, comentando que também estava suja, soltando um grande arrotto. Ela se desculpou e, em meio a risos apontei: *Opa! Escapou alguma coisa aí!* Levando a mão na boca, ela continuou a pintar, rir e deixar escapar gases e arrotos até o fim da sessão.

No processo de transferência, é possível expressar os impulsos agressivos, bem como os amorosos para uma mesma pessoa (o analista) sem o risco de retaliação. De acordo com Winnicott (1965/1982g;1970/1999c), ao estabelecer uma relação verdadeira, pessoal e não mecânica, o psicoterapeuta constrói uma comunicação profunda, que corresponde adequadamente às necessidades do paciente. Essa afirmação parece fazer sentido para explicar a necessidade de Eloísa de repetir diversas vezes a mesma brincadeira escatológica: para desfrutar do prazer de dirigir sua agressividade a mim, e encontrar sempre o reconhecimento desta atitude (tal como uma mãe que comemora o arrotto e o funcionamento intestinal do bebê) como a melhor resposta a esta comunicação.

Na sessão de número onze, a garota entrou na sala e disse que voltaríamos a pintar a casinha de madeira. Notou as mudanças que outra criança havia feito naquele brinquedo de uso comum, sem parecer se importar muito. Saiu para pegar água e me chamou para ir até lá, correndo e pedindo para brincar de pega-pega. Quando a alcancei, ela começou a fazer cócegas em mim e eu nela. Ao voltarmos para a brincadeira de pintar a casinha, Eloísa começou a dar diversas ordens: *Pegue as tintas pra mim! Tia, vai lavar os pincéis lá fora? Pega mais papel pra limpar a tinta?* Percebendo seu tom de comando, justificou: *Você pega e faz essas coisas que eu pedi para eu me preocupar com outras coisas, quero limpar a casinha e deixar tudo branquinho! Mas não tô brigando ou mandando em você, tá tia?* Em resposta, afirmei que ela podia conduzir a sessão da forma que quisesse. A garota, então, começou a tirar a tinta cinza da casinha, misturando cola e água, fazendo uma mistura pastosa e grande sujeira. Quis encher de água a pia e o vaso sanitário do banheiro da casinha. Continuou mandando que eu realizasse as tarefas e, brincando, fiz uma reverência e falei com uma voz grossa como se fosse um mordomo: *Mais alguma coisa 'madame'?* Eloísa soltou uma gargalhada e anunciou: *Quando eu crescer, vou ser uma 'princesa madame'*. Perguntei o que fazia uma 'princesa madame' e ela explicou que se tratava de *uma mulher chique, que usa coroa e um vestido bonito e tinha empregadas para pegar tudo para ela*. Sua fala denuncia tudo

aquilo que a garota mais deseja e não tem: roupas novas e bonitas escolhidas por ela (diferentes das peças usadas, doadas pela instituição) e o convívio com pessoas com as quais faça valer suas vontades, não tendo que se submeter apenas às ordens dos cuidadores.

Cansada de brincar com a casinha, decidiu limpar as janelas da sala de ludoterapia: *Vou deixar tudo brilhando!* Perguntei se ela gostava de limpar e a garota confirmou, dizendo que havia aprendido com sua mãe. Ao descer da cadeira que tinha subido para alcançar a janela, pediu minha ajuda, estendi o braço e ela pulou no meu colo me abraçando forte. Em seguida, sugeri que brincássemos de cabeleireira, e, enquanto manipulava meus cabelos, começou a puxá-los com força. Reclamei e ela tentou ser mais gentil, logo voltando a puxar. A força era tanta que eu via os fios de meus cabelos caindo no chão, formando um punhado logo embaixo da cadeira. Disse que estava doendo bastante e, quando me virei, vi que a menina havia se jogado no colchonete de bruços, com o rosto entre os braços, declarando que estava muito brava comigo.

Quando me aproximei, a paciente fez um pedido: *Fala assim: Mãe você morreu! (faz de conta que sou sua mãe)*. Choramingando, repeti a fala dela, e Eloísa prosseguiu: *Aí, eu morri e fui enterrada. Depois, fiquei no caixão com falta de ar. Aí, eu levantei e você me levou pro hospital. E você só podia me ver pelo vidro, porque criança não pode entrar. Igual aconteceu quando minha mãe morreu. Eu vi ela pelo vidro e ela tava sem roupa, quer dizer, com uma roupa estranha! Aí, falaram pra eu ir dar um beijo nela antes de enterrar. Eles colocam tijolo no cemitério, sabia? Fecharam ela lá dentro com cimento.* Ressaltei que aquele dia deve ter sido o pior dia para ela. A menina disse que ela era a pessoa mais triste de todos os membros de sua família: *mais que a avó, do que o irmão e o tio*. Ao que tudo indica, foi impactante para a menina ver a mãe morta no hospital, e ser impelida a beijar seu cadáver antes de enterrar. Pode-se pensar que há uma fantasia de que sua mãe foi enterrada viva, possivelmente em virtude da morte dela ter sido abrupta, e ainda não elaborada por ela neste ponto do atendimento.

Ainda que seja aconselhado falar abertamente com a criança sobre a morte, visto que o segredo poderia reforçar a negação e dificultaria sua elaboração, no caso da paciente, a morte foi apresentada de forma brusca e invasiva, sem questionar se ela

gostaria de participar dos rituais, ver a mãe morta e beijar seu rosto morto. Entrar em contato com esses conteúdos pode ter provocado fantasias grotescas que se seguem na brincadeira na qual a mãe, depois de morta, vira uma bruxa malévola, que vem matar a filha. Em seguida, a paciente ‘transforma’ a mãe em uma princesa dançarina, como se quisesse afastar os pensamentos macabros sobre a possibilidade de um destino sombrio no pós-morte. Outra hipótese a ser considerada é a de que transformou a mãe em ser malvado para expressar a raiva da figura pela separação definitiva que o morrer trouxe. De acordo com Bowlby (1970/2001a), após a primeira fase do luto, na qual a pessoa está tomada pelo torpor ou aturdimento, tem início a segunda fase que pode durar meses ou anos, cujas características são a raiva e a busca da figura perdida. É uma fase intensa, na qual um dos comportamentos pode ser a culpabilização do falecido por seu desaparecimento. Assim, a mãe morta se transforma, na brincadeira, em uma bruxa malévola que a abandonou e, ao mesmo tempo, em uma dançarina princesa. A ambivalência não elaborada se manifesta por meio do brincar como fenômeno transicional, que permite que a paciente se depare com a realidade da morte materna e as consequências deste acontecimento para sua vida (abrigo e desamparo familiar).

No 12º encontro, a mãe continuou a ser um assunto presente em todas as brincadeiras. Ao brincar de cabelereira, a menina contou que a mãe gostava de fazer as unhas e, quando pintava as dela, aproveitava para pintar as da menina com esmaltes coloridos. Relatou, logo em seguida, que ela sempre pedia à avó que pintasse suas unhas, mas que Eleonor sempre lhe dava esmaltes velhos e estragados *que não serviam nem para brincar*. Ao encenar uma festa junina, reclamou que a mãe, na brincadeira, nunca estava nos eventos da escola. Depois desta fala, trocou rapidamente a atividade e começou a limpar a sala em silêncio, como se quisesse ‘varrer’ para longe de seus pensamentos a triste realidade: sua mãe nunca mais estaria presente, nem em seu cotidiano, nem nos momentos importantes de sua vida. Provavelmente, nesta ocasião, ao transitar de um estado excitado para um estado tranquilo, houve um momento de elaboração e integração da realidade de que sua mãe está irremediavelmente morta. Winnicott (1945/2000a) atribui as experiências de integração às vivências excitatórias e ao modo como a pessoa encontrou o ambiente nos estágios iniciais do desenvolvimento.

Nestas situações, a vitalidade infantil desponta e permite que a criança faça contato com o mundo externo.

Em uma das tarefas de limpeza, subiu em uma cadeira para limpar a janela, e, ao descer, pediu ajuda, eu dei o braço e ela pulou, como em outras vezes, no meu colo feito uma criança pequena, abraçando-me fortemente e me dando um beijo apertado no rosto. Depois, começou a mandar que eu molhasse um pedaço de papel para limpar melhor o vidro. Levantei, silenciosamente, para fazer o que foi requerido enquanto a menina comentava: *Nossa tia, hoje eu tô que tô, né?* Achei interessante a forma como a menina percebeu sua própria inquietude. Quando me aproximei, simulou um pum, brincadeira recorrente em nossas sessões. Sempre que isto acontecia minha resposta era reconhecer o fato e ‘celebrar’, assim como uma mãe faz com cada acontecimento fisiológico de seu bebê. *Nossa que punção! Que fedido!* Ela gargalhava e continuava, volta e meia, soltando um arrotto verdadeiro. Após algumas sequências destas, a paciente exclamou brincando: *Vixe, agora eu fiz cocô!!* Eu respondi que não havia problema, porque eu conseguia aguentar a sujeira dela, inclusive suas fezes. Ela sorriu, continuou a simular os puns e a limpar a sala, num ciclo no qual se permitia ‘soltar sua sujeira’, ‘limpando-a’ logo em seguida. Este movimento, assim como a preocupação em reafirmar que sua agressividade (gritos e brigas) não era direcionada a mim de verdade (apenas na brincadeira) indicam uma conquista maturacional importante: a do concernimento. Nesta etapa do amadurecimento, já existe uma certa integração do eu e chega o momento de integrar os impulsos. Quando a vida instintual for integrada de maneira mais consistente, o indivíduo se tornará uma pessoa inteira. A criança começa a se preocupar com os efeitos de seu amor e ódio e procura meios de reparar o mal causado (WINNICOTT, 1954/1990a). Adquirida esta aquisição maturacional diante da regressão, é mais fácil retomar o amadurecimento na presença de um ambiente suficientemente bom, como parece ser o caso de Eloísa ao longo do atendimento psicoterápico.

No fim da sessão, a menina pediu que eu contasse história da *Branca de Neve*. Perguntei qual trecho do conto era seu preferido e Eloísa respondeu rapidamente que era sobre a parte que a mãe morre. Corrigiu-se rapidamente dizendo: *Não, da parte que a Branca de Neve está morta e o príncipe encontra ela, salva e eles se casam e vivem*

felizes para sempre. Parece significativo a paciente ter escolhido primeiro o trecho da história com o qual se identifica (a morte da mãe) e, ao refletir, tenha mudado para a parte em que alguém volta da morte e tem uma vida feliz depois de toda a tragédia. A história parece ser um recurso transicional usado pela paciente para se aproximar da realidade da morte mãe. Ainda que os componentes fantasiosos estejam presentes e possam ser reconhecidos por uma criança da idade de Eloísa, os contos de fadas auxiliam neste transitar entre o mundo subjetivo para o mundo objetivo, possibilitando ao indivíduo se apropriar da dura realidade compartilhada em pequenas doses.

No encontro de número 13 a paciente chegou quieta e com uma cara fechada, como se estivesse brava. Não respondeu nenhuma das minhas tentativas de diálogo e quis arrumar o armário: *Vou arrumar e depois vou brincar um pouco! Nossa tia, eu estou gostando de arrumar e limpar as coisas ultimamente, né? Eu gosto de tudo arrumadinho!* Enquanto tirava as coisas do armário, Eloísa mais uma vez manifestou sua preocupação quanto à continuidade do atendimento: *Tia, quando eu sair da Casa Abrigo vou continuar vindo aqui, tá? Falta pouco tempo pra eu ir embora de lá.* Assegurei que estaria à disposição para prosseguir com o atendimento se alguém pudesse trazê-la. Continuou a organização e limpeza do armário até o fim da sessão. Ao sair para aguardar a equipe da instituição buscá-la, sentamo-nos na sala de espera e ela encostou a cabeça no meu colo com o dedo na boca. Quando a perua chegou, ela saiu em disparada, mas voltou ao se lembrar que não havia me dado um beijo de despedida como fazia em todo encontro. Ao que parece, Eloísa temia uma separação abrupta, tal como a que vivenciou com a mãe e por isso regrediu como forma de manter um contato mais próximo comigo. A atitude de sair correndo talvez demonstre que ela não queira viver o momento da despedida, mas, logo, num movimento reparatório, retorna para enfrentar este momento de modo integrado.

Na 14ª sessão, em meio à brincadeira de médica, questionou se eu encontraria vaga para atender a seu irmão e me perguntou se eu só atendia as crianças da Casa Abrigo. Respondi que buscaria em outro profissional a disponibilidade para atendê-lo e confirmei que, naquele momento, dedicava-me apenas a atender às crianças da instituição. A menina questionou se a razão para a preferência era por que as crianças do Abrigo eram obedientes. Expliquei que, na verdade, acreditava que eles poderiam

querer brincar e conversar sobre coisas da vida difícil que tiveram, tal como morar longe da família, convivendo com outras pessoas que não conhecem. Eloísa escutou e encerrou o assunto, pegando o estetoscópio para me examinar. Deu-me um remédio e disse: *Tirei um filho da sua barriga! Vou te dar uma injeção e você vai morrer!* Entrando no personagem, interroguei sobre quem ficaria com meu filho quando eu não pudesse cuidar mais dele. *Ninguém vai ficar, vou ter que achar outra mãe para ele* – respondeu incisiva. Saindo da brincadeira, emendou logo em seguida: *Tia, você tem coragem de morrer de verdade?* Minha resposta foi a de quem ninguém tinha coragem para isso e que a maioria das pessoas não morre de propósito ou por vontade, mas simplesmente não tem escolha. A paciente ouviu atentamente e trocou para a brincadeira de escolinha, na qual era uma professora muito brava e chata com os alunos, mandando-os calar a boca e escrever números até 2000 sem reclamar, até o fim da sessão. Quando saímos, ela se despediu com um beijo e um abraço forte. Nota-se a aproximação da paciente com o tema da morte, tentando entender de que forma ocorre, o que acontece com quem morre, como se o espaço do *setting* fosse o local onde pudesse discutir suas dúvidas e questionamentos acerca deste fenômeno que ainda não compreende bem. Gauderer (1987) afirma que, a partir dos oito anos de idade, a criança, de modo geral, sabe que a morte é um evento irreversível, mas não a vê como decorrência natural da vida. Ao que parece, Eloísa não compreende ainda que a morte de sua mãe foi consequência de uma doença, e não de uma escolha voluntária de abandonar os filhos, portanto, desta dificuldade de compreensão, decorre um motivo plausível para ambivalência em relação a ela.

Na sessão 15, ainda no corredor, a paciente avisou que iria passar as férias na casa da avó, mas não moraria lá pra sempre: *Ela que vai me trazer nestes dias!* Abriu o armário e reclamou da bagunça. Antes de começar a brincadeira, ela me perguntou qual era meu nome completo. Eu disse e ela repetiu para tentar memorizar. Fiz o mesmo questionamento sobre o nome completo dela e ela exclamou: *Eloísa Peido!* Entrei na brincadeira e falei que nunca tinha visto uma pessoa com aquele sobrenome. Ela caiu na gargalhada e disse que tinha me enganado, contando seu nome verdadeiro.

Comentou que tinha um segredo com a *tia do abrigo* e que não queria me contar porque estava com vergonha. Reafirmei que não era necessário revelar o mistério se ela

realmente não quisesse, mas caso ela decidisse contar eu estaria pronta a ouvir. A garota então confessou que, naquele dia, não estava com vontade de vir ao atendimento. Assegurei a ela que não ter vontade de vir de vez em quando por estar cansada ou apenas com vontade de fazer outra coisa era algo que poderia acontecer. A menina suspirou aliviada e disse que estava com receio que eu ficasse chateada depois daquela revelação, porque quase todo o tempo ela gostava de frequentar a psicoterapia. Novamente aparece em sessão o quanto ela teme que seus sentimentos destrutivos possam me atingir e culminar em ódio ou abandono de nossa relação.

Sentamos na mesinha para brincar de fazer lençóis e tapetes para a casinha de madeira até o fim da sessão, ao chegar à recepção se despediu com um beijo no rosto e abraço forte, cochichando no meu ouvido: *Minha vó que vem me trazer, não esquece* – como se com aquela fala quisesse me alertar sobre uma eventual falta que viesse a ter.

A 16ª sessão ocorreu depois de duas semanas sem atendimento: uma devido a um problema de saúde meu e outra devido ao fato de ela estar na casa de sua avó que não a trouxe para o atendimento. Inicialmente, Eloísa aparentou não ter se ressentido com minha falta devido ao adoecimento, mas minutos depois demonstrou toda sua raiva me tratando com rispidez e xingando muito quando algo dava errado na brincadeira ou quando derrubava tinta e cola em sua roupa. *Que merda! Filho do inferno!* – vociferava ela com uma voz mais grossa. Após certo tempo, assinalei que ela parecia muito nervosa aquele dia. Eloísa me olhou com um sorriso e pediu desculpas por xingar. Refirmei que, naquele espaço, ela poderia xingar se tivesse vontade e, depois de ouvir minha aprovação, perguntou se eu conhecia uma música recheada de palavrões e expressões "proibidas" para a idade dela – fumar baseado, buceta, caralho, filho da puta, etc. Ao escutar, disse que não conhecia a canção e levei as mãos na boca com expressão caricata de surpresa, e percebi que ela se deliciava com o choque que provocou em mim com seu rol de 'palavras feias'.

No decorrer daquele dia, a menina fez questão de dizer que não queria estar ali, que preferia ficar na escola, na aula de horta. Apontei a incongruência desta fala com a que ela tinha dito no início da sessão: que ficou me esperando e que sentiu minha falta. Ela sorriu sem graça, admitindo a contradição: *Ah tia, você sabe que eu gosto de vir, né!*

Eu fiquei triste de não ter vindo esses dias. Em seguida, com o intuito de mais uma vez demonstrar a raiva por minha ausência, perguntou meu nome e disse havia esquecido. Então questionei: *Só porque fiquei duas semanas sem te ver você já esqueceu meu nome?* Ela riu e perguntou as horas, queria chegar à instituição a tempo de tomar café da tarde. *Vou comer bosta de café da tarde.* Olhei para ela com cara de nojo e disse que cocô deveria ter um gosto bem ruim, mas que eu nunca havia experimentado. Ela riu de mim e exclamou: *É mentira tia! Lá eles cuidam bem da gente!* Expressei meu alívio e confessei que havia achado estranho que a equipe do Abrigo oferecesse cocô para as crianças comerem. Com o aviso de que a sessão estava chegando ao fim, a paciente demorou para guardar o material, como se quisesse prolongar seu tempo ali. Antes de fechar o armário pegou a espada e bateu muito forte no armário, fazendo grande estrondo como se quisesse me provocar. Arregalou os olhos com o barulho e me olhou examinando minha reação, talvez esperando uma bronca. Fiquei em silêncio e esperei que ela guardasse a espada para sairmos. Quando a monitora da casa chegou para buscá-la, a garota pediu que a acompanhasse até o carro, caminhando de cabeça baixa, com os braços cruzados, aparentemente em protesto por ter que ir embora.

Eloísa perdeu o ambiente suficientemente bom oferecido pela mãe, não o encontrou na avó e, ao vislumbrar que a confiabilidade poderia ser encontrada no *setting*, faz testes neste ambiente para comprovar se suporta sua agressividade. O fato de encontrar a confiabilidade no *setting*, a qual foi ameaçada com a ausência de atendimentos por quinze dias, faz com que a paciente sinta que precisa realizar novos testes para confirmar a segurança colocada em xeque. Se verificar que o ambiente é capaz de prevenir ou reparar a destruição, podendo reconhecer o aspecto positivo desta circunstância e apresentando uma figura de cuidado confiável que pode ser buscada e encontrada, passa a ser considerado confiável e seguro (novamente), em acordo com Winnicott (1949/2000b).

O 17º encontro ocorreu na Casa de Acolhida, após duas faltas consecutivas da paciente. Naquele dia, ela teria que faltar pela terceira vez, estava com diarreia. A coordenadora da instituição contou que a garota estava desesperada para ir e pediu à educadora para colocarem uma fralda nela para não faltar outra vez. Diante disso e do fim iminente das sessões, resolvi ir até a Casa Abrigo para visitá-la. Chegando lá, ela me

abraçou e eu perguntei como ela estava se sentindo. A menina disse que estava bem, só não conseguiu parar de ir ao banheiro e por isso não pôde comparecer ao atendimento, mesmo desejando muito ir. Observei que nem sempre nosso corpo nos permite fazer tudo o que queremos e lembrei o dia em que não pude atendê-la também por ter adoecido. A menina concordou e se apressou em contar que logo iria definitivamente para a casa da avó, mas que voltaria para o abrigo se Eleonor a agredisse novamente. Afirmei que esperava que a família ficasse bem e em paz, e alertei que, com o retorno para a casa familiar, era provável que teríamos que interromper o atendimento. Eloísa, entristecida, balançou a cabeça e confirmou que era mesmo inviável que a avó a levasse por ter que trabalhar o dia todo.

A fim de realizar um fechamento, assegurei a ela que, mesmo distante, sempre me lembraria do que passamos juntas. Ela questionou sobre a razão de ter precisado da psicoterapia, e eu recordei sobre a nossa primeira conversa, quando ela expressou profunda tristeza pela morte da mãe e agressão da avó. Com um sorriso no rosto, disse que *tinha gostado muito de ir à psicóloga*. Despedi-me, quando cheguei ao portão, Eloísa me abraçou forte e gritou várias vezes *Tchau tia!* até meu carro desaparecer na esquina.

A 18ª sessão se deu após um mês, com o retorno de Eloísa à instituição. Quando me avistou, ainda na recepção, parecia ansiosa, mexendo os braços e olhando para a monitora que a trouxe. Eu a cumprimentei dizendo que fazia algum tempo que não a via e a menina informou, apressadamente, que havia voltado para o abrigo. Esclareceu que Eleonora estava bebendo todos os dias, e que até seu “avô” (parceiro de sua avó) havia saído de casa. As crianças ficaram sozinhas em casa por vários dias, sem comida, sem ir à escola, habitando uma casa com higiene precária, sob a responsabilidade do tio de 15 anos. Questionei sobre como estava se sentindo por voltar à instituição e a resposta foi a seguinte: *Estou ótima! Quero brincar de casinha!*⁶⁷

Enquanto manipulávamos os móveis da casinha de madeira, a paciente lembrou nossas brincadeiras: de médico, de pintar os móveis da casinha e fazer tapetes e cortinas de papel e, em meio às lembranças, exclamou:

– *Eu quase esqueci de você!*

⁶⁷ A coordenadora da instituição relatou que a menina demonstrou grande alegria ao voltar para a Casa de Acolhida, beijando as cuidadoras e falando para todos que preferia morar lá a voltar a viver com a avó e com o tio, porque não aguentava mais ser maltratada por eles.

– *Faz bastante tempo que não te encontro, né?* – respondi, compreendendo que talvez ela estivesse se referindo a esquecer da minha imagem.

– *Mas eu senti tanta saudade, tia!*

– *Fico feliz em poder voltar a te encontrar* – ressaltai e notei o sorriso que ela esboçou com minha fala.

Pegando as tintas, alertou que não poderia sujar aquela roupa, receberia visitas no fim de semana. Interroguei sobre quem a visitaria e a menina explicou que seria um ‘*casal que gosta dela e do irmão*’, mas que não poderia revelar mais detalhes porque era segredo.⁶⁸

Trocou de brincadeira para a de escolinha, em que ela era uma professora nervosa e eu, a aluna que reclamava de tudo, brincando assim até a sessão terminar. A paciente parece fazer um uso transicional desta atividade como um meio para colocar sua agressividade pra “fora”, gritando e brigando com seus alunos. Apesar de ficar à vontade para gritar e brigar na brincadeira, ela sempre ressaltava que as brigas e os gritos eram de *mentirinha*, temendo que eu tomasse sua destrutividade como um ataque pessoal.

Na sessão número 19, assim que adentrou na sala, Eloísa pegou a espada e começou a bater com força, rindo e se assustando com o barulho que provocava. Sugeri que estaríamos em uma aula de Educação Física na qual ela me ensinava a lutar com espadas e dar chutes no ar. Copiei seus movimentos como uma aluna aplicada, mas que nunca fazia exatamente da forma como ela queria: *Você tem que bater com a espada quando chegar aqui, tem que pular e chutar mais alto, etc.* Desde o início da sessão, parecia irritada, possivelmente por eu não ter vindo na semana anterior. Quando perguntou diretamente sobre a falta, expliquei que a equipe da instituição havia esquecido de trazê-la e que, naquele dia, eu havia ligado para me certificar de que não esqueceriam outra vez. Ela sorriu e pareceu se sentir importante diante da minha preocupação redobrada para que ela não perdesse mais sessões. Alterou a brincadeira para a de fotógrafa e, durante a atividade, deixou escapar um pum, avisando-me do deslize. Eu reagi com a reação usual: *Ai que fedido! Acho que vou desmaiar!!* Enquanto

⁶⁸ O casal estava no cadastro de adoção como candidatos a pais e visitaria o abrigo a fim de conhecer as crianças que ali estavam.

eu falava a garota literalmente chorava de rir e, quando parou, pediu que fizesse cócegas nela para que continuasse a rir. Quando anunciei que nosso tempo estava acabando, ela me abraçou e disse que não queria ir embora, queria ficar comigo. Ressaltei que nos encontraríamos na próxima semana para brincar e conversar mais, e ela concordou em sair, fingindo que soltava pum para que eu continuasse a fingir que estava incomodada com o mau cheiro até chegar ao carro da instituição.

Winnicott (1960/1999e), ao discorrer sobre um caso clínico, enfatiza o fato de que o paciente em análise “precisa de uma oportunidade para contribuir”, aqui possibilitado pelo *setting* que criou a ocasião para a atividade criativa de Eloísa. Ao permitir a manifestação da destrutividade dela no *setting* analítico, houve, muito visivelmente, a oportunidade de que pudesse tolerar estes impulsos e usá-los de modo construtivo, pessoal e criativo. O autor explica:

A tolerância aos impulsos destrutivos resulta numa coisa nova: a capacidade de ter prazer em ideias, mesmo que sejam ideias destrutivas, e as excitações corporais a elas correspondentes, ou às quais elas correspondem. Tal experiência dá espaço para a experiência de preocupação, que em última análise é a base de tudo aquilo que for construtivo. (1960/1999e, p. 77).

No vigésimo encontro, ainda no corredor, contou que estava muito triste com a demissão de uma cuidadora de quem gostava muito. Ao entrar na sala de ludoterapia, quis arrumar seu armário novamente apesar de organizado. Assinalei que a vontade de organizar e limpar apareciam quando ela estava triste, e a menina concordou. Passou trinta minutos nesta tarefa e, enquanto organizava os objetos, contava mentiras, arrotava ou soltava pum, até pedir para ir ao banheiro fazer cocô.

Quando retornou, pegou o boneco do bebê para brincar de mamãe-filhinha. Ela, fazendo a voz da criança, chorava alto e pedia colo, e eu tentava acalmá-lo, balançando e cantando. Em certo ponto da sessão, a garota deitou a cabeça no meu colo, chupando o dedo, com as pernas encolhidas, posicionando-se efetivamente como um bebê. Fechou os olhos e pediu que eu acariciasse seu cabelo e continuasse cantando. Entre as canções, eu comentava: *Que bebezinho grande! Não chora bebê!* Depois de quase dormir, levantou-se e decidiu que encenaríamos a seguinte cena: ela teria uma *doença que não se curava nunca* e eu seria a mãe que permaneceria ao lado dela. Saindo da

brincadeira, indagou quando os seios dela cresceriam e ficariam iguais aos meus. Contei que os meus também eram pequenos quando eu tinha a idade dela, mas logo apareceriam conforme ela crescesse. A menina então contou que uma vizinha da avó, de 12 anos, tinha engravidado e que ela já tinha seios grandes e completou, para me tranquilizar, de que ainda era *criança* com dez anos: *Por isso não engravidado e nem tenho peito!* A conversa se estendeu por mais alguns minutos até eu avisá-la do nosso tempo se esgotando. Eloísa imitou um choro de bebê, colocou o dedo na boca e disse que queria ser carregada no colo. Rebatí dizendo que, quando a mãe não consegue mais carregar o filho no colo, segura-o pelas mãos. Concordando comigo, encaminhou-se para fechar o armário, mas, antes de guardar as coisas, desenhou um coração escrito *te amo* e me mandou guardar no bolso. Agradei o bilhete e acompanhei a menina até o carro da instituição. Tudo indica que Eloísa regrediu à dependência no início da sessão, possivelmente devido à demissão de uma cuidadora querida, a qual se manifesta por sua atitude corporal como um todo: chupando o dedo, aninhando-se no meu colo em posição fetal. Depois, a menina cria um enredo que evidencia a necessidade de um cuidado eterno pela mãe devido a uma doença incurável, como se esta fosse a única garantia para não ser abandonada novamente. Em seguida, demonstra a ambivalência de querer ser uma criança dependente de sua mãe, e constatar os aspectos envolvidos no crescer, tanto positivos (ganho de um corpo novo e seios desenvolvidos), quanto negativos (correr risco de gerar um filho ainda sendo muito nova). Ao se deparar com o fim da sessão e com a separação que se daria, a paciente quer retornar ao estado de dependência, no qual é um bebê que precisa ser carregado no colo. Com minha interlocução, ela se tranquiliza com o fato de que ser crescida não impede que a mãe na transferência lhe dê o afeto de que tanto necessita.

Na 21^a sessão, não quis abrir o armário, queria brincar de bailarina. Na brincadeira, eu era, simultaneamente, sua assistente, maquiadora e bailarina. As coreografias tinham vários elementos do *ballet* profissional: ela requeria que eu a levasse nas costas rodando, ou segurasse a perna dela no alto enquanto girava e a pegasse enquanto ela pulava para levá-la em postura de dança. Brincamos assim durante quase toda a sessão, até ela me designar o papel de professora de *ballet*. No diálogo, a bailarina Eloísa chorava e queria desistir de tudo, porque sua mãe nunca ia a seus

shows, mesmo que ela ligasse e pedisse chorando. Testou alguns limites que extrapolavam as regras estabelecidas por mim no início (como subir em alguns lugares altos e fazer passos perigosos de *ballet*), além de me provocar dizendo que só sairia da sala calçando meus sapatos, tirados para que eu pudesse dançar livremente. Fui enfática e firme ao lembrá-la das regras e adverti que ela poderia brincar com meus sapatos até acabar o tempo, mas que teria que me devolver antes sair. A garota fez bico, pensou por um momento e acabou concordando. Antes de sair, andou pela sala como se estivesse desfilando, soltou os cabelos e disse que era a Larissa. Bati palmas para seu desfile e observei que ela estava se divertindo bastante brincando de ser eu. Este e outros momentos – colocando meus sapatos, sujando minhas mãos como as dela e me transformando no mesmo “monstro” que ela – demonstram ora sua identificação via transferência, ora pela atribuição de diversos papéis significativos de mãe, irmã, amiga, professora de *ballet*, para que eu correspondesse à necessidade criada pela paciente: “[...] a partir da posição em que a neurose de transferência, me coloca” (WINNICOTT, 1965/1982g p. 152).

Pouco tempo depois, avisei sobre o término do encontro, a paciente resistiu e reclamou que ainda queria brincar de casinha e de fazer cosquinha. Eu disse que havia tempo apenas para as cócegas. Antes de sair, abraçou-me por um minuto sem nada dizer, como se me agradecesse pelas brincadeiras daquele dia ou, quem sabe, como forma de reparação ao testar os limites diversas vezes, tal como Winnicott (1954/1990a) descreve a criança no ciclo benigno, que oferece um sorriso como um ato reparatório à mãe logo depois atacá-la.

No 22º encontro, a primeira brincadeira escolhida foi a de casinha, na qual me atribui o papel de mãe dela a princípio, mudando de ideia em seguida, trocando meu personagem para o da avó. Em pouco tempo, desistiu da brincadeira, sugeriu que voltássemos a ser bailarinas tal como nas sessões anteriores. Quando começou a dança, pediu que cantasse e disse que eu seria sua irmã. Como nós duas eramos artistas, sugeri que fizéssemos um espetáculo juntas. Eloísa se empolgou com a ideia e começamos a ensaiar. Ao chegar em casa, depois do ensaio, ela iniciou a conversa: *Nossa Giovana, faz tempo que eu não vejo a mãe! Ela não vai em mais nenhuma apresentação! Parece que ela tá morta (Tia, faz de conta que morava só eu e você na*

casa, e a gente era adulta já!) – explicou a menina sobre o contexto de *nossa* vida na brincadeira. Propus que levássemos algumas pessoas para assistir a nossos espetáculos, apenas as que mais amávamos: *Não dá pra substituir a mãe, mas pelo menos vai ter um monte de gente feliz pela nossa conquista, aplaudindo!* O rosto de Eloísa se iluminou e concordou que seria uma noite linda, repleta de pessoas especiais.

De acordo com Winnicott (1945/2000a), o *holding* desempenhado pela família como um ambiente compatível às necessidades se faz necessário no decorrer do desenvolvimento do indivíduo e por toda sua vida. Se a família não pode mais oferecer o *holding*, é imprescindível que outras pessoas possam fazê-lo mediante o manejo (provido pelos cuidadores atuais e pelo psicoterapeuta no *setting* analítico). Não significa que estes substitutos se equiparem à família, mas podem funcionar como um ambiente facilitador capaz de prevenir o adoecimento emocional

Continuamos o ensaio para a apresentação e, enfim, chegamos em casa para descansar. Ela quis deitar ao meu lado no colchonete, abraçou-me e fingiu soltar pum, segurando para eu não fugir do mau cheiro. Eu, como irmã, fiquei reclamando e pedindo para ela parar, enquanto ela se divertia com meu “nojo caricato” na brincadeira. Então ela redirecionou a trama: *Agora, finje que eu fiquei muito doente e você chorou pedindo para eu não morrer. Fala que você só tem eu na vida.* Segui suas instruções e aquilo foi suficiente para fazê-la melhorar e conseguir fazer o espetáculo. Dançamos muito e, no ato final, a paciente afirmou que “morria” no meio do show diversas vezes, sendo acordada por mim. Esta morte ora fazia parte do show, ora era “de verdade”, mas, em ambos os casos, sempre era reversível.

Quando avisei sobre o final da sessão, a paciente se recusou a me auxiliar a arrumar a sala e a sair, enrolando-se no colchonete. Propus novamente a brincadeira de puxá-la ao contar três e, após quatro tentativas, finalmente se levantou, mas simulou que havia machucado o pé na brincadeira. Pediu ajuda e eu ofereci meu ombro como apoio. Saiu mancando até chegar à recepção quando gritou: *É mentira!* Eu ri e apontei o quanto ela gostava de me enganar.

Antes da 23ª sessão, ao contatar a instituição para remarcar uma sessão, tomei ciência de que a menina está apresentando comportamentos inadequados em relação à sexualidade. As monitoras relataram que ela tinha começado a brincar de introduzir o

chuveirinho na vagina e, quando o pai de outra criança vem visitar o filho, ela se atira no colo dele se esfregando. A coordenadora da casa afirmou que tanto ela quanto as monitoras têm conversado com a menina sobre o assunto, colocando limites a esse conjunto de atitudes inapropriadas socialmente. Esta queixa parece confluir com a mudança de brincadeiras da paciente, antes mais paradas (como de casinha, e escolinha) e agora que envolvem mais movimento e contato físico (como *ballet*, luta de espadas, cócegas).

Sobre o assunto, é possível deduzir que Eloísa não teve contato constante com nenhum homem que pudesse representar a figura paterna até o momento em que um casal começou a se interessar em adotar ela e seu irmão. Sua mãe teve alguns namorados esporádicos, mas viveu predominantemente sozinha até falecer e, depois disso, as crianças foram morar em Abrigos, locais repletos de mulheres. O companheiro da avó conviveu pouco com as crianças por terem sido institucionalizados pouco tempo depois que chegaram à casa de Eleonor. Mesmo que alguma das cuidadoras tenha exercido, e algumas continuem a fazê-lo, a função paterna, há uma curiosidade da criança com a figura masculina, fato que denota seu momento de desenvolvimento psicosexual. A falta do pai nesta circunstância, mesmo que estivesse morto como a mãe, mas existisse como referência da figura paterna para a criança, parece indicar que Eloísa busca no ambiente a interdição necessária para seus impulsos. Embora o ambiente do Abrigo demonstre realizar tal interdição, podemos pensar que Eloísa estivesse à procura de uma figura masculina real que exercesse esse papel.

Ao chegar à sala de ludoterapia, avisou que gostaria de repetir a brincadeira de bailarina, mas, antes disso, pegou as espadas do armário e começou a fazer um grande barulho batendo com uma delas na mesa. Olhava para mim e batia como se quisesse me provocar com aquele ruído alto, e, entre uma pancada e outra, perguntou a razão de eu ter faltado na semana anterior. Expliquei que havia tido dificuldades para encontrar outro horário devido ao feriado, e que aquele tipo de coisa poderia acontecer de vez em quando. A menina balançou a cabeça como se concordasse, mas, logo depois, voltou a bater a espada na mesa com toda a força como se quisesse demonstrar a raiva que estava sentindo devido à minha falha.

Iniciamos a brincadeira de bailarina, sendo ela a dançarina e professora de *ballet*, e eu desempenhando três papéis simultâneos: assistente, maquiadora e o bailarino na dança, que a carrega nas costas ou segura suas pernas no alto. Como professora, Eloísa sempre ensinava sequências coreográficas longas e eu sempre errava, porque não conseguia decorar. Ela, então, gritava e me humilhava tentando me corrigir. Volta e meia saía da brincadeira para me lembrar de que aquilo era uma encenação, e que ela não estava brigando de verdade. Minha resposta era sempre a mesma: no *setting* ela poderia ser brava ou expressar o que sentisse necessidade.

Depois de alguns minutos de intensa atividade motora, a menina se cansou e decidiu que ela seria minha dona (brava) e eu, um cachorro com latido forte. Quando percebeu que se aproximava do fim da sessão, retornou à brincadeira de *ballet*, testando os limites de segurança previamente estabelecidos (de não subir e pular de lugares altos, ou fazer acrobacias perigosas). À medida que ela transgredia os limites, calmamente eu relembra do nosso combinado de não se colocar em risco físico. Seguindo minha recomendação, parou com a brincadeira e passou a acender e apagar as luzes, sequestrou meus sapatos, afirmando que não os devolveria antes de sair, só para me afrontar. Mais uma vez disse que aquele não era nosso combinado, e que sairíamos cada uma com o seu par de calçados. Mesmo tomando uma atitude firme, observei que a menina gostava da forma como eu estabelecia as regras: de maneira tranquila, mas consistente. A razão para este gozo com minha atitude firme pode estar relacionada com o que Winnicott (1946/2002d) ressalta ser importante em termos de ambiente para a criança pequena. O ambiente vigoroso e amoroso oferece a segurança que o indivíduo em desenvolvimento necessita, como uma contenção, determinando os limites para seu agir no mundo. Sem isto, se vê obrigado a buscar na sociedade aquilo que lhe faltou. Neste contexto, ocorre a manifestação da tendência antissocial. É a experiência de um lar primário (WINNICOTT, 1948/2002b), no qual pode testar a resistência ambiental diante dos impulsos agressivos que se manifestam inevitavelmente no processo de amadurecimento emocional, assim como se deparar com a ambivalência de sentimentos de amor e ódio pela mesma pessoa no processo do ciclo benigno. A tarefa principal é completar a integração da personalidade.

No 24º encontro, a paciente perguntou sobre as férias e a razão de eu ter faltado na semana anterior. Expliquei que estava doente e que não queria transmitir gripe a ela. Ela reparou na minha voz anasalada e constatou que, de fato, a gripe tinha causado aquela complicação. Declarei que ainda não estava totalmente recuperada e a garota riu, dizendo que estava muito engraçado me ouvir falar daquele jeito. Exagerei um pouco e comecei a brincar, falando com uma voz esquisita, seguida pela menina que brincou de me imitar. Com Eloísa, precisei reafirmar constantemente que eu não a abandonaria, tal como ela sente que foi abandonada pela mãe. Tomei precauções junto à instituição para que os pacientes fossem avisados de todas as minhas faltas nas vezes em que estive enferma ao longo do processo psicoterápico, e que somente por esta razão o atendimento estava inviabilizado. Ainda assim, foi preciso que ela constatasse meu adoecimento naquele dia para se sentir segura de nossa relação.

Escolheu o material gráfico para desenhar e contar uma história que retratava uma menina feliz, mas precisou sair no meio da sessão para ir banheiro fazer cocô. Ao retornar, parou na recepção e pegou o conto da Cinderela para copiar. Percebendo a dificuldade do desenho desistiu e resolveu pintar os móveis da casinha de madeira. Enquanto pintava, quis trocar novamente os sapatos, como já havíamos feito em outras sessões. Voltando-se para a casinha, perguntou: *Mãe, posso pintar a cama da irmã de preto?* Encarnando a personagem, permiti a ação, desde que perguntasse primeiro à irmã para não causar confusão e brigas. Pintou por alguns minutos e decidiu guardar todo o material, só deixando a tinta de fora para que brincássemos de manicure. Pediu para pintar minhas unhas do pé, e eu aleguei que, se permitisse, sujaria meus sapatos ao calçá-los. Prosseguiu finalizando as unhas da mão e, assim que encerrou a tarefa, quis brincar de *ballet*, designando-me o papel de mãe dela. Como em muitas de suas brincadeiras, ela era a filha que estava doente, ou com alguma dor e precisava de cuidado. Sua reclamação foi a de que havia apanhado dos colegas e estava machucada e não poderia dançar. Como uma mãe revoltada com a atitude das outras crianças, liguei para a professora pedindo satisfação sobre o ocorrido, a fim de proteger minha filha. Eloísa pareceu satisfeita com a preocupação e continuou a encenação. Quando a avisei sobre o fim da sessão, ela quis brincar de cócegas. Brincamos assim por poucos minutos e saímos da sala. A doença, especialmente a “agressão física” dos colegas no contexto

da brincadeira, foi uma maneira que a paciente encontrou de se sentir amada, acolhida e protegida pela mãe na transferência, como se esta fosse uma alternativa certa para provocar em mim o cuidado e a atenção, uma vez que este é um motivo de alerta que preocupa os cuidadores em geral.

Na 25ª sessão, ainda no corredor, a paciente questionou sobre quantas sessões faltavam antes que entrássemos de férias. Afirmei que restava apenas aquela sessão e mais uma. Com um olhar de frustração, pegou o apagador na mão e começou a brincadeira de escolinha, gritando com seus alunos. Enquanto escrevia na lousa, contou que a Alana e sua irmã haviam voltado para a instituição. Fingi que acreditei para, mais tarde, ela confirmar a mentira. *Mas agora é sério tia! O Vinícius e a irmã dele voltaram mesmo.* Comentei que havia ficado sabendo do retorno deles e, no meio da minha frase, escuto Eloísa fazer barulho de pum e me avisar da sua brincadeira escatológica. Exclamei encenando: *Nossa esse foi alto! Meu Deus! Sorte que você está longe!* Ela sorriu satisfeita e soltou um grito, mandando-me calar a boca e obedecer a professora. Em uma das vezes que saiu da brincadeira para contar um acontecimento, comentou que foi convidada a passar o Natal na casa do tio Grandão e da tia Baixinha, candidatos a adotar ela e seu irmão. Como iniciou a sessão informando sobre crianças que voltaram à instituição, pode-se inferir que Eloísa não sentia segurança em ser adotada por este casal, sensação que se comprovou correta pouco tempo depois, quando desistiram em ficar definitivamente com as crianças. A insegurança de cuidado se apresenta antes mesmo deste se configurar como fato para ela. Sua resposta perante esta realidade se manifesta por meio da destrutividade, presente no papel da professora brava e em sua brincadeira escatológica no *setting*.

Abandonou o giz e a atividade e sugeriu a brincadeira de bater na mão do outro para ver quem perdia. Eu coloquei as mãos por cima e ela posicionou as dela embaixo e, com rapidez, deveria acertar minhas mãos antes que eu as retirasse. Na oportunidade de acertar as minhas mãos, a garota bateu com toda força, deixando minhas mãos rosadas pela pancada. Resolvi apontar seus movimentos de agressividade durante a sessão: ao tentar me machucar, ao fazer pum, ao contar mentiras, ao pular em mim com força e puxar meu cabelo. Atribuí aqueles comportamentos à raiva que estava sentindo por ter que se separar de mim durante as férias. Ela então emburrou, deitando de barriga

pra baixo no colchonete com os braços tampando a cabeça. Continuei dizendo que também sentiria falta de nossas brincadeiras no período em que ficássemos separadas e que nos encontraríamos depois das férias. A garota me olhou e sorriu, pulou do colchonete com a energia renovada, brincando de dar cambalhota.

Quando a avisei sobre o fim da sessão, Eloísa quis “pregar uma peça” na cuidadora da instituição fingindo que tinha ficado “cega”. Saímos pela porta, ela de olhos fechados e eu, conduzindo a menina com a mão em seu ombro. Para dar mais veracidade, a garota simulou tropeçar no chão até chegar à perua da instituição, onde fez a brincadeira com a educadora. Antes de entrar no carro, pulou no meu colo e me abraçou dizendo: *Dia 17 é a última, né tia?* Confirmei e assegurei que ligaria para lembrar o pessoal da equipe de trazê-la à clínica-escola.

Pode-se conjecturar que Eloísa apresentou comportamentos agressivos como reação ao temor por se separar de mim por um período longo, ao considerar, segundo sua própria experiência, a possibilidade desse afastamento se tornar definitivo, sem aviso prévio. O termo “angústia de separação” parece ser apropriado aqui, uma vez que este distanciamento é vivenciado como uma ameaça ao vínculo com o objeto e à própria coesão do eu em alguns casos. Para não ser traumática, segundo Winnicott (1949/1996a), a separação deve ser realizada em pequenas doses para que o indivíduo se aproprie gradativamente da ausência do objeto e perceba que esta falta é tão necessária quanto a presença. Para evitar que a paciente sentisse a separação abruptamente, comecei a avisar sobre as férias semanas antes, conversando com ela sobre quanto tempo duraria o afastamento e abrindo espaço para que expressasse seus sentimentos em relação a isso.

Na sessão de número 26, ainda no corredor, a garota comentou que ficaria na casa do “tio Grandão” por dez dias, que ela teria um quarto de princesa e seu irmão, um quarto separado, decorado com objetos do desenho Ben 10⁶⁹. Pegou o material gráfico e pediu que eu escrevesse a data daquele dia e a música *Pirulito que bate bate*.

⁶⁹ Benjamin Kirby Tennyso, de dez anos, é o personagem principal de um desenho animado, que encontra na floresta um dispositivo extraterrestre em formato de relógio de pulso, o Omnitrix, que permite se transformar em diversas criaturas alienígenas. A franquia é uma febre entre as crianças, sobretudo entre os meninos.

Enquanto eu escrevia, ela indagou: *Você tem mãe? Vamos fazer algo de Natal para dar pra ela?* Antes que eu pudesse responder, pediu para ir ao banheiro com urgência, como sempre faz. Ao retornar, as perguntas continuaram: *Você tem filha? Quando você era criança tinha doce pra comer?* Meu posicionamento era responder cada uma destas dúvidas da maneira mais direta possível. É interessante enfatizar que todas estas questões remetem a um cuidado mãe-filha e à situação festiva na qual a família assim constituída se reúne. Com a possibilidade de ser adotada, a criança denota sua ansiedade perante a retomada de possíveis cuidados maternos e os transfere à terapeuta. Além disso, há ainda a aproximação das férias e a separação iminente da terapeuta, o que culmina na exacerbação de sua ansiedade.

Com as tintas em mãos, decidiu fazer um desenho para que eu levasse para minha mãe. Questionei se não havia outra pessoa para quem ela quisesse dar, em resposta, a garota afirmou que não, entregando-me para que eu o guardasse no bolso. Logo depois, quis guardar os brinquedos, dizendo que não queria mais brincar. Relembrei-a de que, naquele espaço, poderíamos fazer outras coisas, como conversar ou até mesmo ficar sem fazer nada. Para passar o tempo, começou a empilhar as tintas e fazê-las despencar. Como estávamos no verão, havia grande proliferação de pernilongos, que começaram a nos atacar. Eloísa passou a se coçar muito e a reclamar das picadas. Eu disse que conversaria com a cuidadora para que passassem repelente nela para que não fosse picada na próxima sessão. Ao sair, a menina disse que precisava se apoiar em meus ombros porque havia “torcido o tornozelo”, e interrogou se eu alertaria a equipe do abrigo sobre a necessidade do repelente. Assim que cheguei à perua comentei com a cuidadora sobre a infestação de mosquitos, e notei a feição de contentamento da paciente por minha manifestação de cuidado com seu bem-estar. Desejei boas férias, dizendo que o tempo passaria depressa e que logo nos encontraríamos novamente. A menina entrou no carro do Abrigo gritando diversas vezes sua despedida costumeira: *Tchau tia!* até a perua desaparecer de vista.

Na 27ª sessão, após o recesso de fim de ano, recebi uma ligação da Casa Abrigo me informando que os candidatos a pais que pretendiam adotar Eloísa e seu irmão pediram um horário para conversar comigo⁷⁰. Reservei um horário depois do

⁷⁰ O encontro com os candidatos à adoção consta no final da descrição das sessões.

atendimento dela e perguntei à paciente, na sessão que antecedeu ao encontro com os candidatos à adoção, o que ela pensava sobre eu ter esta conversa com eles. Expliquei que o tema de nosso encontro seria a possibilidade de adoção dela e de seu irmão, com o intuito de conhecê-los e saber do seu interesse em relação às crianças. Ela abriu um enorme sorriso e perguntou: *Eles querem saber de mim, tia?* Disse que eles pareciam interessados em conhecê-la melhor, mas que eu respeitaria a confidencialidade de nossos encontros e não revelaria nada sobre nossas brincadeiras e conversas. Bastante empolgada com o interesse do casal, ela disse que eu poderia *falar de todas as brincadeiras e conversas*, como se aquela fosse uma oportunidade para convencê-los de uma vez a formarem uma família.

Contou que, nas festas de fim de ano, conheceu seus “primos” e passou uns dias no local onde seria *sua casa: Ainda não é certeza, mas lá tem um quarto de princesa pra mim e do Ben 10 pro meu irmão!* Perguntou se eu estava percebendo algo diferente nela. Eu disse que seu cabelo estava arrumado de outra forma e ela disse que as tias da casa tinham alisado seu cabelo, que seus seios estavam crescendo e que logo ficariam do tamanho dos meus. Reconheci que ela estava crescendo e se transformando, e que eu já havia notado muitas mudanças nela desde o dia em que nos conhecemos. Ela me olhou orgulhosa, ajeitou a roupa, empinou o tronco e revelou que, durante as férias, fora dormir às quatro horas da manhã, para ressaltar que já não era mais tão criança, haviam permitido que ela ficasse acordada até tarde da noite.

A primeira brincadeira da sessão foi com as tintas, seguida pelo esconde-esconde. Quando foi minha vez de procurá-la, percebi que ela havia se escondido em um local de fácil visibilidade, tal como uma criança pequena faz para ser encontrada. Quando a localizei, ela fingiu que desmaiou e pediu que a examinasse, colocando as mãos na testa e nas bochechas para checar sua temperatura. Resolvi apertar seu nariz como parte do exame, atitude que fez a menina gargalhar e me fazer repetir o procedimento todo por várias vezes. Com o tempo se esgotando, ela, preocupada com a continuidade do atendimento, questionou se eu continuaria a psicoterapia quando ela fosse adotada. Relembrei de nosso contrato inicial, de que o processo psicoterápico teria a duração de um ano, e que estávamos a um mês do encerramento, mas assegurei que a encaminharia a outro profissional para dar continuidade ao atendimento. Eloísa

questionou se o mesmo aconteceria com Vinícius e eu confirmei. Contrariada, deitou-se no chão em protesto, ameaçando não sair da sala. Peguei-a pelos braços e, assim como em outras sessões, propus que contaria até três, e puxando-a pelos braços daria um grande pulo levantando. Ela deu um sorriso e pediu para reproduzir a brincadeira mais uma vez, concordando, assim, em deixar a sala. Apesar de estar animada com as transformações pessoais corporais e no âmbito familiar, a paciente também comunica sua insegurança perante nossa iminente separação, por ter representado uma figura de sustentação e confiança que ela ainda não tem certeza se encontrará em outra pessoa fora do ambiente psicoterapêutico.

Na 28ª sessão, ao adentrar na sala, comuniquei que havia mais três sessões até que nossos encontros se encerrassem (esta e mais duas). Irritada, Eloísa gritou: *Tá bom tia, você já disse!* Arrumamos seu armário em silêncio, até que ela determinou que brincaríamos de médica. Aparentando deixar seu aborrecimento de lado, sugeriu o cenário da trama: seríamos duas médicas e amigas que trabalhavam juntas. Eu atenderia ao público e ela fabricaria os remédios: *Você me chama de amiga, tá tia!!* Permanecemos nesta história por um tempo até ela me designar o papel de sua irmã e, posteriormente, sua subalterna, enquanto ela interpretava a chefe. Depois do expediente, ela decidiu que eu retornaria ao papel de amiga e colega de casa, e que ela cozinharía para nós. Com o fim da sessão, a paciente se encaminhou até o armário e me ofereceu dois desenhos: *Leva pra você tia, para você não esquecer de mim quando for embora!* Digo a ela que não poderia esquecê-la, porque aprendi muito com ela e com nossas brincadeiras e conversas. Com um sorriso imenso, Eloísa me abraçou forte e não me soltou até encontrar a cuidadora da instituição na recepção.

Na penúltima sessão, Eloísa, assim que adentrou a sala, quis saber sobre a conversa que tive com os candidatos a pais adotivos. Quando contei que a conversa foi sobre ela e o irmão, as expectativas deles em relação à adoção e sobre como estava sendo o período de convivência, Eloísa esboçou um sorriso diante do interesse do casal. Com o *Brincando de engenheiro®*, disse que construiria um castelo e eu decidi fazer um prédio. Em certo ponto, resolveu dividir as peças a fim de montarmos um grande castelo juntas. *Na frente, vai ter uma casa bem pobre e velha tá tia?!* Perguntei quem moraria no casebre, mas a garota ignorou meu questionamento e disse que, no castelo, moraria

eu, ela, o irmão e os candidatos a pais adotivos. Pouco tempo depois, trocou a brincadeira e pediu para desenhar uma máscara no rosto da Barbie® porque haveria um baile em que a boneca encontraria o príncipe. Seguimos com esta brincadeira até quase o fim da sessão, até a menina fechar as portas dos armários e dizer: *Pronto agora vou te atender!* Perguntei se ela estava tomando meu lugar de psicóloga e ela, rindo, disse que sim, mas *de mentirinha*, e se encaminhou à porta para sair. Ao deixar a sala, quis se fingir novamente de cega, para que eu a guiasse, desviando-a dos degraus e evitando que ela se chocasse contra a parede, seguindo assim até o carro da instituição. Uma associação possível entre estas duas brincadeiras é a de que o psicólogo, no exercício de sua função, conduz o paciente, que “temporariamente não consegue ver/acessar seus conteúdos”, a caminhar por um terreno desconhecido que é seu mundo interno. Nesta função, sente-se muitas vezes como um cego guiando outro, buscando enxergar no escuro para descobrir parte a parte deste universo inexplorado, tateando cuidadosamente para avançar sem tropeçar, interpretar sem invadir, sustentar sem retaliar.

Na última sessão, Eloísa perguntou quantas sessões faltavam para o final, sabendo que aquela seria a última, já que havia perguntado no encontro anterior. Tentou me convencer de que ainda faltavam duas. Ressaltei que havia avisado a ela que aquele seria o último encontro. Ela sorriu, como se admitisse a tentativa de enganação e pegou as tintas e água para brincar de fazer bebidas com cores diferentes para vender. Fez muita sujeita com as tintas e quis pintar minhas mãos limpas para que ficassem iguais às dela. Enquanto me pintava a menina lembrou nossas brincadeiras (*ballet*, pintar os móveis, escolinha, mamãe-filhinha, luta de espadas, médica, de monstros, de salão de beleza) como se fizesse uma retrospectiva de tudo que vivemos no *setting*.

Perguntou como seria a outra *tia psicóloga*. Eu disse que certamente alguém que gostasse de crianças e de brincar. A menina então falou: *Tia, se você continuar falando vou chorar! Vou sentir saudade de você!* Emendou questionando sobre o período que ainda precisaria vir às sessões, afirmei que duraria pelo tempo que precisasse, até que ela pudesse lidar com suas tristezas e seguir em frente apesar delas. Relembrei da queixa que motivara seu encaminhamento (sofrimento pela morte da mãe e por estar abrigada). Ressaltei que, se tudo transcorresse como o esperado, ela seria adotada e

mudaria de escola, o que traria a perspectiva de uma vida nova para ela. Ela sorriu e perguntou se nos veríamos novamente. Eu disse que a probabilidade era mínima, mas que eu a manteria na memória mesmo que não a encontrasse outra vez. De acordo com Stürmer e Castro (2009), quando é possível realizar o término da psicoterapia com tempo combinado para o fim, pode-se rever etapas e avaliar conquistas alcançadas ao longo de todo o tratamento, fazendo um “balanço” do processo e de elaboração da separação do terapeuta. O fato de Eloísa se permitir dialogar sobre sua vontade de continuar me vendo, da saudade que sentiria, denota sua confiança no *setting* estabelecido e o “balanço” que se permitiu fazer da história construída parece apontar para uma separação que está sendo elaborada.

Avisei que o fim da sessão se aproximava e nos encaminhamos para a área externa para lavar as panelas de tinta. Eloísa ameaçou jogar a água suja em mim, e quis trocar os sapatos comigo pela última vez. Ao calçar, notou que ficaram apertados demais para ela. Aproveitei para pontuar que percebia seu crescimento físico e emocional e que acreditava que ela continuaria a crescer em todos os aspectos. A paciente sorriu orgulhosa e, ao sair disse, que precisava de minha ajuda, por estar com dor na perna. Foi mancando pelo corredor, apoiada em meu ombro e, ao passar pela recepção, disse que não estava mais doendo. Em resposta à sua comunicação, falei: *Essa dor é assim mesmo, quando você menos espera ela para de doer e te faz mais forte para seguir em frente!* Referia-me à dor da nossa separação e de todas as outras que seriam trabalhadas e, possivelmente, elaboradas com o tempo.

Como em outras vezes, pediu que a acompanhasse até o carro e me abraçou antes de entrar, acenando até o carro desaparecer de vista. De acordo com Luz (2005), a fase de término do processo psicoterápico compreende o período desde a primeira menção de finalização da psicoterapia até o minuto final da última sessão, para que se conclua de fato. Nesta etapa final, podem surgir questões relacionadas ao luto pelo fim do relacionamento com o terapeuta, momentos para se apontar as conquistas maturacionais do paciente e elencar situações que ainda não foram resolvidas em psicoterapia. Duarte, Bornholdt e Castro (1989), que desenvolveram a ideia de “entrevista final” em psicoterapia infantil, apontam que, nos últimos encontros, o paciente parece reviver de modo sintético tudo o que viveu no *setting* desde as primeiras

brincadeiras até o momento da despedida. Segundo a autora, interpretações transferenciais relacionadas à perda e ao luto pelo término do processo são de grande serventia para auxiliar o paciente a se despedir do processo e/ou de seu psicoterapeuta.

4.5.3 Entrevista com candidatos a pais de Eloísa e seu irmão

Germano e Leda adentraram na sala aparentemente tensos com o encontro. Perguntei-lhes a razão de entrarem em contato e eles disseram que gostariam de saber sobre a evolução de Eloísa na psicoterapia e quanto tempo mais ela precisaria estar em atendimento. Expliquei que ela havia se beneficiado bastante da psicoterapia e que seria interessante se permanecesse por mais um tempo para continuar a trabalhar questões relacionadas ao abrigamento e a uma possível adaptação à família deles. Expliquei que outra pessoa daria continuidade ao processo psicoterapêutico em virtude da minha mudança de cidade e do tempo estipulado para a pesquisa estar para acabar.

Aproveitei para perguntar sobre as expectativas do casal sobre a adoção e como estava sendo o período de convivência com as crianças. Eles expressaram preocupação em relação à forma como as crianças lembravam e “idealizavam” a mãe falecida. Na concepção do casal, não havia motivos para que a menina a considerasse uma boa mãe, afinal havia suspeitas de que ela trabalhava como prostituta, e a casa onde moravam vivia repleta de homens. Relataram saber de “fonte segura” que um desses frequentadores acabou se tornando o provedor da casa e uma figura paterna para as crianças, mas a situação financeira da família não melhorou muito depois disso, e estiveram em total miséria, passando até fome. Diante deste comentário, lembrei que, muitas vezes, o importante para os filhos é receber o amor dos pais e se sentirem seguros e protegidos no ambiente familiar. Ser prostituta (fato que também não era comprovado) não a impediria de ser uma mãe cuidadosa e amorosa para as crianças e, portanto, não caberia a ninguém questionar, menosprezar ou distorcer a imagem e as boas lembranças que as crianças tinham do passado com a figura materna, uma vez que estas memórias traziam um sentimento de que foram cuidados, amados e felizes naquela época.

No que se refere às expectativas da adoção, ambos relataram abertamente que, à princípio, as crianças não correspondiam ao perfil que tinham escolhido: por ser um casal branco, queriam uma criança branca. Em uma das visitas à instituição, Eloísa e seu irmão iniciaram o contato conversando e brincando com eles e, desde este encontro, decidiram trocar os dados do cadastro para incluir crianças negras, a fim de que tivessem chance de adotar os irmãos.

Leda revelou sem rodeios que, após dez anos casados e inúmeras tentativas frustradas de ter filhos biológicos, foi convencida pelo marido a adotar. Disse não estar muito animada com a ideia da maternidade, devido ao convívio diário com crianças por causa de sua profissão, mas que estava disposta a tentar devido ao grande desejo de Germano em ser pai. Ela narra o estranhamento em receber duas crianças em casa, ter que acordar cedo, preparar comida, dividir a atenção do marido com elas e lidar com o comportamento nem sempre adequado de Eloísa e seu irmão.

Germano perguntou, preocupado, sobre como proceder perante às brincadeiras de “estar no abrigo” dos irmãos. Ele observou que as crianças protagonizavam cenas em que o carinho e o zelo dos cuidadores e funcionários apareciam, bem como as repreensões ao comportamento desobediente das crianças. Expliquei que o brincar tem muitos significados, e que é a forma pela qual as crianças se comunicam e se expressam no mundo. A brincadeira de Abrigo parecia refletir o momento atual da vida deles: representava o local onde residiam e o modo como eram cuidados.

No último tópico da conversa, o casal trouxe à tona o estranhamento perante situações esperadas em crianças que passaram por tantos traumas: dificuldades escolares, medos noturnos e a oscilação de comportamento (ora muito abertos e carinhosos, ora muito ariscos ou agressivos). Relembrei que criar filhos não era uma tarefa fácil, e que eles precisavam se conscientizar enquanto pais que enfrentariam dificuldades ao longo de toda a vida e, para superá-las, era preciso paciência, amor e compreensão.

Dois meses após esta entrevista, este casal desistiu de adotar Eloísa e seu irmão e do processo de adoção de crianças.

Um ano e meio depois, recebi a informação da equipe da Casa de Acolhida que os irmãos foram adotados por um casal amoroso e comprometido a desempenhar a

função parental, cientes dos desafios que enfrentarão. Segundo o relato da coordenadora da instituição, as crianças estão muito felizes com a nova família.

4.5.4 O encerramento do processo psicoterápico de Eloísa

Durante o período em que Eloísa foi atendida, verificou-se a necessidade de promover um espaço que respondesse adequadamente às suas comunicações diretas sobre os eventos de sua vida e sua realidade, e aquelas expressas pela brincadeira. Por meio de *holding* e elementos do manejo diferenciado, o vínculo de confiança entre terapeuta e paciente se estabeleceu rapidamente, de forma que ela pudesse usar livremente o *setting* para expressar suas necessidades, inclusive seus impulsos destrutivos.

Assim que manifestou sua agressividade no brincar durante as primeiras sessões, a menina pareceu bastante preocupada em realizar movimentos reparatórios, e deixar esclarecido que sua destrutividade não era direcionada a mim de verdade, “apenas na brincadeira”. Por considerar que a paciente alcançou o estágio de concernimento após um período de manejo, percebi que o trabalho interpretativo poderia ser útil e caminhar lado a lado com o manejo, como bem destacou Khan (1958/2000). As interpretações (muitas vezes sob a forma de simples pontuações, ou espelhamento de sentimentos) tornaram-se fundamentais para viabilizar a vivência de situações emocionais significativas dentro de um ambiente confiável. Avellar (2004) explica a importância da interpretação no momento certo:

Em nosso trabalho, acreditamos que o analista espera a criança fazer um movimento e solicitar a interlocução. As intervenções e as interpretações do analista são oferecidas para que se abra um campo de experiência no espaço analítico, preservando a capacidade criativa da criança e tendo cautela para não interromper seu jogo com interpretações inoportunas (p. 51).

Por meio da atividade lúdica, na maior parte do tempo, foi possível reviver e ressignificar acontecimentos dolorosos, transformando a realidade da paciente. Meu papel como psicoterapeuta teve por objetivo sustentar a situação brincante e instituir o

espaço potencial no qual ocorre a comunicação verdadeira, tal como o preconizado por Winnicott (*apud* AVELLAR, 2004).

O brincar de Eloísa, desde o início, revelou-se organizado (com começo, meio e fim), no qual podia-se notar ampla criatividade, participação na situação lúdica e boa capacidade de se expressar por meio do conteúdo “dramatizado e verbalizado”, características do brincar espontâneo segundo definição de Stürmer e Castro (2009). Este modo de exprimir seus conteúdos aponta para uma integração do *self* suficientemente estabelecida e bons recursos emocionais para lidar com o sofrimento. Winnicott (1968/1975c; 1971/1975b) sustenta que a criatividade é o alicerce do viver saudável, e a possibilidade de viver criativamente está diretamente relacionada à qualidade do ambiente no início da vida. A partir dos relatos da equipe da instituição e pelos acontecimentos em sessão, é possível afirmar que a garota teve com sua mãe, por aproximadamente oito anos, a experiência de um lar primário amoroso e cuidadoso, vivência que sedimentou sua saúde psíquica antes que ela pudesse vivenciar a separação pelo adoecimento e morte materna.

É importante ressaltar as brincadeiras predominantes que trouxeram conteúdos bastante significativos correlacionados com suas vivências. Nas atividades de escolinha, de médica e de mamãe/vovó/filhinha, a paciente reproduziu as relações de cuidado suficiente e insuficiente que, provavelmente, vivenciou com a própria mãe, avós, cuidadoras e professoras. Em algumas destas situações, ao se deparar com o sofrimento, fez uso da regressão momentânea no *setting* para reencontrar, na relação transferencial, o cuidado perdido, voltando a se integrar momentos depois.

Na luta com espadas e no brincar de bailarina, a garota encontrou modos de dar vazão à grande motilidade, na tentativa de integrar impulsos agressivos e amorosos. Ao entrar em contato com as lembranças boas da mãe morta e/ou com a dor pelo vazio da falta materna, a menina deixava “*escoar o ódio e a agressão*” por meio das brincadeiras, tal como Winnicott (1982j) assinala, palavrões, brincadeiras escatológicas, gritos, barulhos e encenações de brigas.

O trabalho de elaboração do luto pela morte da mãe esteve presente durante todo o período de atendimento. Segundo Barone (2004), é possível relacionar os esforços de elaboração do luto com a realização de um ato criativo. Ao se confrontar com a perda e

tentar elaborá-la, há o intuito de reinstalar a ideia de que a vida vale a pena após a morte do ente querido. Graças ao manejo de *setting* adequado às necessidades da paciente, foi possível trabalhar a ambivalência de sentimentos suscitados pela morte da mãe e as consequências desta falta na vida da menina. Franco e Mazorra (2007) ressaltam que a criança enlutada se beneficia ao se sentir acolhida, compreendida e aceita pelo terapeuta e que estas atitudes preparam o terreno para que o paciente expresse suas fantasias, conflitos e ansiedades no *setting*. Pelo tempo de atendimento, graças à constância do enquadre psicoterápico e pela repetição das vivências por meio das brincadeiras, pode-se conjecturar que tanto questões relacionadas ao luto, quanto aquelas que revelavam a desesperança de reencontrar o afeto e o cuidado em uma figura familiar estavam próximas de ser integradas e elaboradas como experiência. É preciso destacar o papel indispensável que o ambiente da instituição desempenhou em termos de afeto e cuidados suficientes, uma vez que trouxeram à menina a certeza de que retornaria àquele espaço protegido caso fosse novamente submetida à violência doméstica e aos maus tratos da avó, situação que ocorreu de fato pouco tempo depois da reintegração familiar. Oliveira e Prochno (2010) destacaram que os abrigados pesquisados por eles, ao desfrutarem de um ambiente institucional afetuoso, tranquilo e estável, manifestaram profunda gratidão e consideração à equipe pelos bons cuidados dispensados.

O apego que a garota desenvolveu em relação a mim e às pessoas da instituição que lhe ofereciam um pouco de amor e cuidado foi essencial para que ela pudesse sobreviver psicologicamente. Bowlby (1968/2001a; 1988) resalta que os vínculos são tão imprescindíveis quanto qualquer outra necessidade fisiológica vital.

A carência afetiva foi uma das preocupações demonstradas pela equipe da Casa de Acolhida em relação à Eloísa. No *setting*, esta necessidade acabou se exteriorizando pela busca constante de contato físico. Segundo Naffah Neto (2008), em determinadas situações em que se exige uma técnica modificada, o *holding* tem que incluir contatos corporais indispensáveis para proporcionar ao paciente a sustentação de que tanto necessita.

Diversos estudiosos que trabalharam o tema, encontraram o fenômeno da carência afetiva como uma das possíveis consequências da privação materna. Nos estudos de Bowlby (1968/2001a), a carência afetiva é um resultado direto e inevitável da

separação materna. O mesmo autor ressalta (1951/2002; 1968/2001a) que, diante da privação materna total, as crianças abrigadas sentem um profundo abandono emocional e falta de atenção. Se esta separação persistir por uma longa temporada, pode acabar comprometendo a instauração de laços afetivos por toda a vida. Para o psicanalista Spitz (1965/1991), a carência de afeto não está relacionada diretamente às ausências da mãe e do pai, mas na escassez de investimento afetivo de outro na vida da criança. É possível que os abrigados tenham um desenvolvimento emocional saudável se encontrarem pessoas que lhes ofereçam carinho, contenção e acolhimento. Na perspectiva winnicottiana, a instituição não é um substituto perfeito do lar familiar, mas que pode propiciar um ambiente bom se tiver em sua equipe cuidadores amadurecidos, sensíveis e afetivos, capazes de estabelecer uma relação de mutualidade com os abrigados, para que estes retomem o amadurecimento emocional estacionado e prossigam com seu desenvolvimento (WINNICOTT, 1947/2002)).

Infelizmente, a Casa de Acolhida, com suas limitações, não foi capaz de prevenir a instabilidade do ambiente e evitar que Eloísa fosse novamente exposta ao sofrimento. Dois eventos significativos certamente deixaram suas marcas no psiquismo da garota. O primeiro se deu com a reintegração familiar à casa da avó. O Judiciário falhou na proteção dela e de seu irmão, e os fizeram retornar para um lar violento e negligente, sob a responsabilidade de uma cuidadora que já havia demonstrado não ter condições de cuidar nem de si mesma em virtude da sua dependência de álcool e entorpecentes, datada antes mesmo da chegada dos netos.

O segundo episódio ocorreu com a desistência dos candidatos à adoção após meses de convivência com Eloísa e seu irmão. Novamente o Estado fracassou em selecionar pessoas capazes de desempenhar o cuidado à criança e permitiu que um casal, visivelmente despreparado para o desafio da maternidade e paternidade, fosse considerado apto para retirar crianças durante os finais de semana, dando-lhes uma falsa esperança que formariam uma família. Ainda que as crianças soubessem que haveria um tempo de convivência antes que a adoção fosse confirmada, a sensação de desamparo não deixa de se fazer presente, considerando os meses de convivência juntos, ao conhecerem os familiares do casal que seriam parte de sua família, ao terem quartos individuais montados de acordo com as preferências de cada um deles e que

jamais viriam a habitar, além de todas as promessas de futuro familiar que não seriam cumpridas. Ghirardi (2009) alerta para as consequências desastrosas à criança que acredita que será adotada e é devolvida tempos depois. Os sentimentos mais comuns, nestes casos, são os de que se repete o abandono e de que são culpados pela devolução devido a algum comportamento inadequado.

Depois deste fato, conjectura-se que os conflitos da paciente possam ter retornado e que a psicoterapia com outro profissional tenha sido imprescindível até que ela se sentisse novamente segura com a outra família, que a adotou posteriormente.

5 DESAFIOS NO ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO DE CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS

Mougin-Lemerle (1993), de maneira certa, expõe sobre as razões pelas quais considera complexa e árdua a tarefa de atender a crianças em psicoterapia: devido ao modo como o sofrimento delas se apresenta mais espontânea e violentamente do que no adulto. Destaca-se ainda a imprescindibilidade de o psicoterapeuta ter uma disponibilidade mental e corporal suficientemente estabelecida para receber enunciados intensos e gestos surpreendentes de pacientes infantis.

No contexto do atendimento de crianças acolhidas em instituições, essa empreitada se torna ainda mais desafiadora, porque, além dos conteúdos pesados que os pacientes manifestam, há diversas variáveis que interferem no desenrolar do processo psicoterapêutico. Problemas relacionados ao Abrigo, à família do abrigado, à logística de se atender a várias crianças da mesma instituição, às limitações de horário da clínica-escola e das Unidades Básicas de Saúde – UBSs, às decisões do poder judiciário e à falta de políticas públicas que garantam que o tratamento prossiga depois do retorno ao lar são alguns dos obstáculos enfrentados ao longo desta jornada.

Diante dos percalços e demandas semelhantes entre os casos e da grande intensidade dos traumas experienciados por todos os pacientes/participantes, mostrou-se necessário empreender ações de manejo diferenciado dentro e fora do *setting* na tentativa de superar alguns contratemplos encontrados no decorrer dos atendimentos. Ao compartilhar estas experiências espero apresentar sugestões, incitar novas ideias e possibilidades de atuação a outros profissionais que, assim como eu, dedicam-se ao difícil trabalho de psicanalisar crianças institucionalizadas.

A primeira dificuldade enfrentada foi a de resgatar a história de vida das crianças com os pais ou responsáveis para realizar uma anamnese. Altoé e Silva (2013), em seu trabalho com crianças institucionalizadas, também se depararam com a impossibilidade de realizar entrevistas com os pais em razão dos laços familiares se encontrarem “bastante tênues e esgarçados” (p. 131)

Na presente pesquisa, encontrar os pais de Denis e Emely se revelou impossível devido ao encarceramento. Com os responsáveis por Alana, Vinícius e Eloísa não

consegui marcar sequer uma reunião, sempre apresentavam um motivo para não se encontrarem comigo. Enumero algumas razões apresentadas por eles: não podiam sair do trabalho, moravam longe e não poderiam se locomover até a clínica-escola, não estariam em casa para que eu fosse ao encontro deles em nenhum período, não atendiam ao celular, nem respondiam recados deixados com vizinhas. Sem desconsiderar a legitimidade de alguns deles, pode-se pensar que houve certa resistência da família para conversar com uma psicóloga sobre seus filhos/netos. Essa relutância talvez tenha sido motivada pela desconfiança de que eu os prejudicaria caso revelasse acontecimentos da vida das crianças que evidenciassem sobremaneira a insuficiência deles como cuidadores. Outra hipótese é que as informações sobre o passado da criança não estivessem acessíveis em virtude da ausência deles por grandes períodos devido à prostituição, drogradição e/ou alcoolismo.

Conforme defendem Ocampo *et al.* (2005), a anamnese com os pais é uma etapa importante do processo psicodiagnóstico, porque objetiva alcançar uma compreensão aprofundada da personalidade do paciente, de modo a conhecer os elementos constitutivos, patológicos e adaptativos de seu funcionamento. Ao longo da entrevista diagnóstica, esclarece Arzeno (2003), o profissional tem a chance de observar ao vivo as relações entre os membros da família, ansiedades, defesas, expectativas e fantasias dos pais e do paciente.

Winnicott (1961/2002m) também destacou o valor da coleta das histórias descritas pelas mães de seus pacientes. Considera importante dedicar tempo para esta escuta por permitir que a narração seja realizada com tranquilidade, respeitando o modo singular de cada uma de transmitir seu relato. Para fins de manejo, o psicanalista Winnicott (1965/1982g) recomenda ainda que se efetue uma anamnese individual e social ao longo de todo o tratamento, com vistas às adequações no *setting* que se fizerem necessárias, em conformidade com a condição emocional peculiar de cada paciente.

Na época da Segunda Guerra Mundial, Winnicott (1947/2002j) e sua equipe encontraram dificuldades em reconstituir a história de vida das crianças evacuadas. A orientação era que se reconstituísse o passado por meio de observação no ambiente dos alojamentos por alguns meses. Na presente pesquisa, diante da dificuldade de resgatar a história anterior com os pacientes/participantes, optou-se por redirecionar a

atenção para os dados do abrigamento e dinâmica familiar fornecidos pelos funcionários da instituição. Os acontecimentos no *setting* também suscitaram a dedução acerca de algumas situações significativas do ponto de vista clínico, que impactaram positiva ou negativamente a vida dos pacientes.

O segundo desafio encontrado por mim durante os atendimentos foi oferecer dois horários semanais para cada paciente. Na psicoterapia com crianças, a recomendação é de que se disponibilize dois horários por semana para facilitar a vinculação e não ficar ausente por um tempo maior do que o paciente pode suportar, evitando o aumento da sua angústia. Isto se torna ainda mais relevante no atendimento de crianças institucionalizadas, as quais, geralmente, têm a imprevisibilidade como marca de seu padrão de relacionamento com o ambiente. A separação prolongada, portanto, pode ser vivenciada pelo indivíduo como uma ameaça ao vínculo com o objeto, assim como com a integração do eu.

As limitações que se interpuseram neste trabalho para oferecer dois horários foram as seguintes: a) por se tratar de uma clínica-escola, havia a dificuldade de coordenar os horários disponíveis da sala de ludoterapia de cada paciente com os outros projetos extraescolares que participavam; b) pela restrição da jornada de trabalho do motorista da instituição, que deveria buscar todas crianças da instituição em suas diversas atividades antes do fim do expediente, às 17 horas.

A terceira e maior problemática enfrentada está relacionada à contratransferência no atendimento psicoterápico dos pacientes/participantes. As histórias de afastamento familiar, negligência, abuso e violência que permeavam a vida deles trouxeram implicações emocionais difíceis de serem transpostas. O grande sofrimento ecoado pelas narrativas e brincadeiras dos pacientes mobilizaram em mim sentimentos intensos e reações inadequadas do ponto de vista técnico. Percebendo o impacto destes temas na minha subjetividade, percebi a necessidade de desenvolver um trabalho mental em minha psicoterapia pessoal e nas supervisões dos casos para transformar esse conteúdo em um material que auxiliasse no processo analítico dos pacientes.

O termo contratransferência foi cunhado por Freud em 1910. O autor atribuiu uma conotação negativa a este tipo de reação do analista em relação ao paciente, e

determinou que seria um empecilho que poderia atrapalhar e muito o andamento do tratamento psicanalítico nas sessões propriamente ditas. Para ele, o psicanalista deve se controlar e se orientar pelo conteúdo dos pacientes e não por seus próprios desejos.

Após a era Freud, o conceito se expandiu à medida que seus estudos e tratamentos foram sendo interpretados e compreendidos sob outro olhar, especialmente com o advento das análises de pacientes psicóticos e de crianças, nas quais as atitudes inconscientes do terapeuta podiam ser mais requeridas (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004). Assim, a noção de contratransferência tomou novos rumos, que culminou em uma compreensão mais atualizada e realista do fenômeno. Dentre os vários estudiosos que deram sua contribuição sobre o tema, destacam-se as proposições de Paula Heimman, na década de 50 (1950/1995), que trouxeram uma nova luz ao conceito por considerar a contratransferência como uma ferramenta de investigação de grande apoio para o analista tanto quanto o inconsciente do paciente. Para a autora, o profissional experimenta uma enorme abrangência sentimental relacionada a seu cliente, e deve estar apto para tolerar os receios e emoções que são revelados de si próprio, a fim de favorecer a contratransferência e não tornar o processo psicoterapêutico sem nenhum sentido relevante e significativo. Este modo de pensar o conceito foi totalmente inovador, primordial e inédito no meio psicanalítico.

Dentre as contribuições consoantes sobre o assunto, apresenta-se o preconizado por Winnicott (1947/2000i;1960/1982d). A contratransferência é definida por ele como um conjunto de reações naturais por parte analista em relação ao paciente, que, ao ser examinado e reconhecido, pode trazer benefícios ao atendimento psicoterápico. Em alguns casos, a contratransferência sinaliza ao psicoterapeuta sobre as necessidades do paciente, sobretudo daqueles que apresentam experiências iniciais distorcidas e insatisfatórias no início da vida, as quais demandam um suprimento ambiental valendo-se do manejo. Winnicott destaca que é inevitável, em determinadas situações, o profissional experimentar o amor e o ódio na contratransferência, e alerta que, para evitar as reações inadequadas, deve estar com sua análise pessoal em dia.

Palhares (2008) define a contratransferência como uma resposta emocional do psicoterapeuta que enuncia a vivacidade do encontro analítico, fruto das transferências do paciente. O encontro propiciado pela análise enlaça duas pessoas com seus afetos,

sentimentos, vivências inconscientes que dão origem à mutualidade, experiência indispensável e estruturante para o ser humano.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) preconizam que, da mesma forma que o paciente desenvolve atitudes transferenciais para com o analista, atribuindo características como competência, altruísmo, objetividade, conforto e alívio, os profissionais, com frequência, desenvolvem reações de contratransferência, nutrindo expectativas inconscientes ou tácitas em relação aos pacientes.

Ser afetado por conteúdos advindos do paciente faz parte de uma contratransferência primordial, especifica Figueiredo (2002), importante para o ato de psicanalisar. Assim a caracteriza:

[...] esta contratransferência primordial corresponde justamente à disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências e de outras modalidades de demandas afetivas e comportamentais profundas e primitivas, vindo a ser um deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio no que tem de desmesurado e mesmo de incomensurável, não só de desconhecido como incompreensível. (FIGUEIREDO, 2002, p. 2).

No atendimento às crianças abrigadas, a princípio, acreditei que estaria em meu alcance promover a retomada do amadurecimento emocional ao oferecer um ambiente estável, de acordo com as necessidades de cada uma delas. Esta expectativa, no entanto, revelou-se idealizada com o passar do tempo, uma vez que, na maioria das situações, pude apenas oferecer, por algum tempo, um ambiente de *holding*, adaptado às necessidades de cada um, e possibilitar alguns benefícios terapêuticos ou conquistas maturacionais, que estariam inevitavelmente condicionadas a um ambiente suficiente para que fossem consolidados. Logo compreendi que não seria possível evitar que aquelas crianças se deparassem novamente com um ambiente insuficiente ou caótico, seja no seio da família (quando retornam para o mesmo espaço hostil e invasivo que motivou o abrigo), seja na instituição de abrigo (na circunstância em que elas permanecem institucionalizadas indefinidamente, ou não encontram figuras de cuidado que lhes ofereçam o *holding*).

A *ilusão de onipotência* de que eu resgataria meus pacientes do sofrimento funcionou como um mecanismo defensivo que me impediu, temporariamente, de entrar

em contato com a realidade dura que me aguardava: de que seria um trabalho complexo, com inúmeras interferências externas que estavam fora do meu controle.

O primeiro deslize contratransferencial aconteceu devido ao sentimento de culpa por não conseguir oferecer duas sessões semanais e nem ter condições de ampliar o tempo de sessão de determinada paciente. Isto provocou em mim a sensação de insuficiência como profissional. Em uma das sessões de Emely, minha resposta a seus pedidos para prolongar a sessão foi a seguinte: *Meu amor, infelizmente não podemos estender a sessão!* Flagrei-me no ato, e consciente do lapso, não repeti o mesmo erro.

Mais adiante, deparei-me com os sentimentos de tristeza e de indignação em relação aos responsáveis pelo sofrimento das crianças. Se nem o próprio Winnicott conseguiu conter seu ódio pela mãe de Margaret Little, expressando para a própria paciente sua consternação (LITTLE, 1992), não seria eu, com toda as minhas limitações, a pessoa que conseguiria bloquear a raiva que senti dos pais das crianças ou seus responsáveis pelo sofrimento a que os submeteram. Meu modo de lidar com este turbilhão emocional era chorar ao chegar em casa e trabalhar estas questões em supervisão e na minha psicoterapia pessoal, para externar o que estava sentindo e conseguir me recompor para o próximo encontro com meus pacientes.

Os conteúdos contratransferenciais mais presentes ao longo dos processos psicoterápicos foram os sentimentos de pena e de compadecimento, sobretudo quando as crianças buscavam o afeto que não tiveram ou perderam por meio do contato físico comigo. Eloísa foi a que mais frequentemente me procurou para me beijar no rosto, abraçar e pedir colo. Repetidas vezes me flagrava pensando nela fora do horário do atendimento, e ficava imaginando como seria se eu pudesse adotá-la, de fato, para cuidar dela como sua avó não conseguiu fazer. Minutos depois me conscientizava sobre o quanto poderia ser realizado em psicoterapia, por meio do desempenho da função de maternagem no *setting*, realizada por intermédio do manejo adaptado às necessidades do paciente. Grotjahn (1983) assinala que, em face das diversas contradições que o paciente desperta, ser verdadeiro com os próprios sentimentos só faz do analista alguém digno de confiança de seu paciente.

Somado a isso, havia uma sensação de impotência que me assaltava, sobretudo diante de algumas decisões judiciais de reintegração familiar que considerava

precipitadas, e que, inevitavelmente, culminaram na interrupção do processo psicoterápico da criança. Lansen e Haans (2006) elencam as questões contratransferenciais mais comuns entre os analistas: empatia exagerada ou falta dela, pouco ou muito distanciamento, superidentificação ou conflito perante os sentimentos do paciente, estagnação da evolução psicoterápica, sentimento de impotência e de raiva, desamparo e culpa. Souza (2008) encontrou muitos destes aspectos nos participantes de sua pesquisa que trabalharam com pacientes traumatizados, especialmente o sentimento de impotência que parecia afetar a todos, principalmente ao se confrontarem com impasses que pareciam não ter solução.

A raiva, na contratransferência, foi sentida diante dos testes que alguns pacientes (Vinícius, Eloísa e Alana) me submeteram para verificar a confiabilidade do ambiente. Alguns destes testes, de acordo com Winnicott (1949/2000b), têm por finalidade: verificar se o ambiente pode prevenir ou restaurar a destruição; se reconhece o aspecto positivo desta circunstância e se é possível preservar uma figura de cuidado confiável que pode ser buscada e encontrada.

Embora esta reação não tenha me causado surpresa, uma vez que esperava que este tipo de sentimento pudesse emergir diante dos testes de confiabilidade, com uma das pacientes (Alana), respondi a seu ataque na mesma moeda em determinada sessão. A menina apresentou dificuldades de se comunicar com palavras no início do atendimento. Na tentativa de decifrar o que ela queria dizer, eu me esforçava para compreender a mensagem por meio de seus olhares, gestos e poucas palavras, até o momento que a garota sentiu confiança suficiente para se comunicar com frases inteiras e expressar sua agressividade no *setting*. Em determinada sessão, Alana sussurrou alguma coisa que eu não compreendi. Num tom provocativo, disse que eu nunca entendia nada. Como psicoterapeuta, eu deveria ter em mente que aquela era uma expressão de agressividade importante, contudo, depois de todo esforço empreendido por mim para entendê-la, tomei aquela fala como um desaforo. Ainda que eu tenha imitado sua atitude em um tom descontraído, para provar que era impossível compreender as palavras faladas naquele volume de voz, acredito que poderia ter agido de outra forma naquela situação, mesmo sentindo que a paciente pode não ter notado a hostilidade da minha resposta. Winnicott (1968/1996b) discorre sobre a falibilidade do

analista como uma decorrência natural do atendimento. Para ele, o importante não é permanecer perfeito, mas corrigir as falhas e demonstrar que existe ali um ser humano que se preocupa. Foi o que tentei fazer em seguida, minutos depois de ter notado minha atitude contratransferencial.

O aparecimento de sintomas psicossomáticos durante os atendimentos e na elaboração da tese, incomodaram-me bastante. Alguns sintomas físicos apareceram no início dos atendimentos quando vinham à tona, em sessão, conteúdos que revelavam grande sofrimento infantil. Uma alergia acometeu meus dois joelhos, provocando grande coceira. Não foram encontrados nos exames agentes externos que pudessem estar ocasionando o problema. Concomitantemente, notei um aumento significativo na queda de cabelo e pelos das sobrancelhas, culminando com uma falha perceptível em uma delas. De acordo com o *site* da Sociedade Brasileira de Dermatologia (2017), estima-se que mais de 40% dos problemas cutâneos estejam associados a influências psíquicas, tais como ansiedade, tristeza, angústia, estresse, depressão. Estas situações emocionais, de acordo com os estudos no campo da psiconeuroimunologia, podem causar reações no organismo, provocando problemas na pele, nos cabelos e nas unhas.

Durante o ano de atendimento, contraí gripes muito intensas por três vezes, que me impossibilitaram de sair da cama e realizar meus atendimentos devido à febre alta e dor no corpo. Tomei precauções junto à instituição para que os pacientes fossem avisados de todas as minhas faltas nas vezes em que estive enferma ao longo do processo psicoterápico. O mais curioso desta situação é o fato de ter contraído esta enfermidade pouquíssimas vezes ao longo da vida, sem contar a demora de quase um mês para me reestabelecer completamente da doença. A gripe é um processo infeccioso das vias aéreas respiratórias superiores gerado pelo vírus "influenza", que pode ocorrer quando há uma baixa imunidade. Uma das causas dessa diminuição pode ser o estresse crônico, tornando o indivíduo suscetível a contrair doenças. De acordo com Valcapelli e Gasparetto (2000), os resfriados geralmente acontecem quando há algum tipo de mudança que requer adaptação. Estes autores, na obra *Metafísica da Saúde*, asseveram que, diante das dificuldades de lidar com determinada situação, ou pela sensação de estar sobrecarregado, a gripe surge como um modo de forçar o corpo a parar, demandando repouso para que a saúde seja recuperada.

Ao retomar os casos para a redação deste trabalho, surgiram novas reações psicossomáticas quando novamente entrei em contato com o sofrimento das crianças. Gastrites, náuseas incomodaram durante todo o processo de estruturação dos casos clínicos. A gastrite aguda é uma inflamação transitória da mucosa estomacal, que nem sempre apresenta sintomas, ou acarretar dor epigástrica, náusea e vômito, podendo culminar em ulcerações, hemorragias e hematêmese nos casos mais graves (KUMAR *et al*, 2010). O estresse pode motivar alterações no sistema endócrino e provocar consequências diretas na secreção gástrica, na regulação dos fatores protetores da mucosa e na percepção dos estímulos sensoriais no estômago (SCALON; FERNANDES, 2011).

Além de todos estes problemas, enfrentei um período de estafa mental que atrapalhou efetivamente o processo de escrita. Apresentei falhas de memória, dificuldades na articulação de ideias e na fluência verbal, sensação de fracasso, isolamento e desmotivação. Diante deste quadro, durante alguns meses, tive grande resistência para desenvolver os casos e, quando me propunha a trabalhar, conseguia escrever poucas linhas por causa da dificuldade para organizar as informações das sessões de modo a transformá-las em uma análise coerente e coesa. Foi preciso trabalhar estas questões em psicoterapia e fazer uso de um medicamento que aumentasse meu desempenho cognitivo para conseguir dar continuidade à tese. Esclarece Ballone (1997) que a estafa mental é um desgaste do organismo que compromete o desempenho em diversas atividades intelectuais, provocando esgotamento do cérebro. Pode causar diversos sintomas, como insônia e sonolência durante o dia, alterações repentinas de humor, falta de concentração, dificuldade de memorização, etc.

Zimerman (1999) alerta para o aparecimento de sintomas emocionais e somáticos sensoriais que podem vir à tona no processo da contratransferência, tais como dores e doenças, além de uma sensação de cansaço extremo. Silva (2000) discorre sobre o trauma secundário ou “fenômeno de fadiga por compaixão”, sofrido por psicoterapeutas que trabalham com vítimas de abuso, negligência e/ou violência. Entre os efeitos experienciados pelo profissional estão: uma estrutura alterada de identidade e modificação na percepção do mundo que culminam na exaustão emocional.

Souza (2008) descreve as queixas físicas e emocionais relatadas por psicoterapeutas que atenderam a crianças e adolescentes abrigados. Dentre as mais frequentes estão: tontura, aperto no peito, sensação de desfalecimento, angústia, desorganização e fragmentação da vida pessoal, entre outros. De acordo com a autora, o profissional que atende esse perfil de paciente precisa desenvolver uma capacidade de contenção e tolerância para com o sofrimento, uma vez que se torna mais sensível e vulnerável. Alerta esta autora que o papel da psicoterapia pessoal, neste contexto, é fundamental para que o profissional crie mecanismos psíquicos para lidar com suas próprias angústias e com os sentimentos mobilizados pelo atendimento de modo a ter condições de elaborar estas questões e enfrentar sua realidade. Zaslavsky, Nunes e Eizirik (2003) apontam a supervisão como outra ferramenta imprescindível para lidar com a contratransferência. O supervisor, como um terceiro qualificado, pode colaborar com críticas, orientação e apoio, oportunizando o aprimoramento das habilidades do analista ante a complexidade dos pacientes.

Ao considerar todos estes aspectos, é relevante destacar o papel do manejo adaptado no âmbito da contratransferência. Ao lidar com pacientes que vivenciaram recorrentes rupturas em seu processo de amadurecimento emocional, o conhecimento teórico sobre o manejo instrumentaliza o psicoterapeuta sobre o que esperar e como proceder nas sessões, realizando adaptações de acordo com a necessidade deles. Conhecer a técnica do manejo pode auxiliar na lida com algumas das questões contratransferenciais e, possivelmente, minimizar reações inadequadas ao longo do processo. Winnicott (1955/2000f), em seu texto *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting analítico*, orienta, como parte do manejo, que o psicoterapeuta constantemente reexamine sua prática e técnica diante das dificuldades, praticando a autoanálise para lidar com o “fenômeno da contratransferência” (p. 462).

O desacolhimento de determinados pacientes/participantes, pela forma como foi realizado, trouxe preocupações quanto ao futuro das crianças. Em alguns dos casos tratados neste trabalho, a equipe multiprofissional do Fórum emitiu seu parecer para desacolher as crianças sem considerar as informações/opiniões da equipe técnica da Casa Abrigo que acompanhava de perto a situação familiar. Estes profissionais basearam seus pareceres nos poucos encontros que tiveram com as famílias, e

deixaram de considerar aspectos relevantes para a análise do todo, como a falta de visita dos pais e o curto período de tempo para verificar se haveria reincidência dos progenitores no crime, ou no vício em álcool e drogas. Em três dos cinco casos (Emely, Vinícius e Eloísa), o retorno ao lar não foi bem-sucedido⁷¹. Cavalcante, Costa Silva e Magalhães (2010) e Daffre (2012) encontraram o mesmo problema em suas pesquisas. Esta tendência pode sugerir que as autoridades responsáveis, movidas pelo ímpeto de garantir a provisoriedade da institucionalização, realizem um desacolhimento precoce das crianças e adolescentes antes que as condições impeditivas do convívio tenham sido superadas. É evidente que, nesta conjuntura, não é possível fazer prognósticos precisos sobre como será o retorno destas crianças ao lar, mas, em algumas situações, há meios de proteger o indivíduo de novos traumas, realizando-se uma investigação mais criteriosa e menos apressada sobre a situação familiar.

O modo como se procedeu o regresso à família, em alguns casos, não obedeceu ao preconizado pelas *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes* (CNAS/CONANDA, 2009). A normativa recomenda que o retorno ocorra de maneira gradual, primeiramente com visitas das crianças ao ambiente familiar nos fins de semana, realização de visitas domiciliares da equipe técnica à residência e de reuniões com os membros da família a fim de confirmar se existem condições adequadas para o retorno. É preciso também permitir ao acolhido que se despeça dos cuidadores e funcionários da instituição, da escola e das atividades das quais participaram durante o acolhimento. Outra atitude fundamental, nesta conjuntura, consiste em oferecer um tempo para que o institucionalizado se prepare para regressar ao lar, disponibilizando um espaço de escuta para que falem das expectativas e inseguranças sobre esta volta, ou da saudade que terão das pessoas e da rotina do Abrigo.

Em três dos cinco casos (Alana, Emely e Denis), o juiz ordenou o desacolhimento imediato das crianças, sem preparação da criança e da família que as receberiam de volta⁷². Esta forma de encaminhamento pode provocar novas rupturas, uma vez que o ambiente bom, afetivo e continente que fora encontrado na instituição desaparece

⁷¹ Eloísa e Vinícius voltaram ao Abrigo e Emely ficou sob a responsabilidade de uma vizinha, amiga da mãe.

⁷² Na época do fim da coleta de dados, houve uma mudança de juiz na Vara de Infância da cidade. O atual magistrado, segundo relato da coordenadora, está mais de acordo com o que a norma prevê no que diz respeito ao retorno gradativo do abrigado ao lar familiar, com a devida preparação da criança e da família para recebê-la de volta.

repentinamente, reforçando a sensação de imprevisibilidade do ambiente. De acordo com Luz (2005), términos prematuros podem trazer riscos para um bom encerramento do processo, uma vez que o luto não pode ser elaborado adequadamente, e despertar ansiedade no paciente e no psicoterapeuta ante a separação.

Com o desacolhimento abrupto, o atendimento psicoterápico foi interrompido subitamente. Em quatro dos cinco casos atendidos, não houve chance de realizar um encerramento com a devida preparação da criança para o fim do atendimento, nem possibilidade de fazer uma última sessão ou contato por telefone. Embora tenha sido proposto às famílias que o processo psicoterápico continuasse após o retorno à casa familiar, em nenhum caso isto foi viável. Altoé e Silva (2013) relataram, em suas experiências com esta clientela, o mesmo problema. As autoras destacam a impossibilidade de se prever quando o retorno ao lar irá ocorrer e apontam que, na maioria das situações, é raro que o atendimento psicoterápico continue. Sobre esta ruptura elucidam:

A continuidade do tratamento ultrapassa a relação do analista com o paciente e, quando o tratamento é interrompido, temos de nos haver com isso, tendo que estar sempre atentos ao movimento da instituição, ao momento da vida de cada um deles, à transferência repetindo as rupturas (ALTOÉ; SILVA, 2013, p. 130).

Sobre o abandono do processo psicoterapêutico, Renk e Dinger (2002) ressaltam que há uma maior incidência de desistência nos serviços comunitários de saúde em comparação com a clínica privada. A pesquisa de Walitzer, Dermen e Connors (1999) relata que fatores como baixo nível socioeconômico e educacional são frequentemente associados ao abandono da psicoterapia. Minha avaliação dos fatores que levaram à impossibilidade de continuar a psicoterapia dos casos atendidos na presente pesquisa considera duas dimensões: as dificuldades emocionais dos familiares e aspectos práticos que atrapalharam a manutenção do processo.

Sobre o primeira, Winnicott (1947/2002j, p. 35) descreve algumas reações que os familiares apresentam com o regresso da criança ao lar:

É de se esperar que uma mãe deteste qualquer pessoa que trate seu filho com negligência, mas pode-se esperar também que ela deteste qualquer pessoa que cuide do seu filho melhor que ela mesma; pois este bom tratamento gera na mãe inveja ou ciúme. Trata-se do seu filho, e ela quer ser mãe do próprio filho.

Em consonância a esta ideia, destacam-se os achados de Gabel e Bemporad (1994) sobre sentimentos de crítica e rivalidade em relação ao terapeuta dos pais de crianças em atendimento psicoterápico. Para Stürmer e Castro (2009), isso ocorre devido à culpa e a auto responsabilização dos pais em relação à necessidade do filho de estar em tratamento psicológico. Essa culpa parental é ainda mais evidente na circunstância de institucionalização, uma vez que se sabe da participação direta deles no sofrimento emocional infantil.

Quanto às questões práticas e concretas que inviabilizaram dar prosseguimento ao tratamento psicoterápico, é necessário considerar que as famílias dos pacientes/participantes viviam em condições de pobreza e, em virtude disso, não dispunham de recursos para pagar pelo transporte para chegar à clínica-escola. Outro empecilho apresentado por eles foi levar a criança para ser atendida na UBS mais próxima da residência até as 17 horas, por não conseguir sair do trabalho ou não ter com quem deixar os outros filhos.

Mesmo compreendendo todas estas dificuldades, é preciso apontar as consequências negativas da interrupção inesperada do atendimento para a criança. Winnicott (1949/1996a) ressalta que o cessar abrupto da psicoterapia não permite que haja a sensação de uma experiência completa. Quando este fim não pode ser realizado em pequenas doses, o bebê/paciente não se apropria gradualmente da ausência do objeto e vivencia grande angústia pelo desaparecimento repentino da figura de cuidado.

Devido ao encerramento prematuro dos atendimentos de quatro casos, não se pode garantir que as conquistas maturacionais em andamento tenham se consolidado, uma vez que indivíduos tão traumatizados precisariam encontrar um ambiente suficientemente bom para que confiassem novamente no provimento do social e pudessem ser espontâneos. Nos limites daquilo que foi possível oferecer na psicoterapia, pode-se afirmar que foram promovidos benefícios terapêuticos e a vivência de um ambiente confiável, por meio do oferecimento de um manejo clínico adaptado, voltado às necessidades singulares de cada paciente, no qual o *holding* foi o elemento central.

Encerrada a exposição dos desafios encontrados durante a pesquisa, apresentam-se, em seguida, algumas ações de manejo adaptado que foram úteis ao longo dos atendimentos.

6 ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS DE MANEJO CLÍNICO DIFERENCIADO COM OS PACIENTES/PARTICIPANTES

Implementei, pautada pela noção de manejo nas três acepções previstas por Winnicott (KHAN, 1958/2000): 1) manter o *setting* protegido de invasões; 2) fazer adaptações às necessidades do paciente 3) garantir, através de orientações, que outros meios (social e familiar) promovam ao indivíduo um ambiente livre de intrusões, um conjunto de ações de cuidado especializado que contemplasse estas frentes de atuação, a fim ajustar-se à demanda de uma análise modificada no atendimento dos pacientes/participantes.

A primeira providência que considerei necessária foi apresentar a possibilidade de brincar de maneira direta aos pacientes. Ficar em silêncio e aguardar a criança tomar a iniciativa se mostrou intimidador ou irritante para muitas delas. Alguns demonstraram desconforto e insegurança sobre o que fazer no início do processo, alternando o olhar entre os objetos e eu, como se aguardassem minha autorização para começar a manipular os brinquedos ou iniciar uma atividade. Outros, diante do meu silêncio e da minha espera por uma atitude deles, ordenavam que eu falasse alguma coisa ou desviasse o olhar para quebrar o clima tenso.

Uma razão plausível para estes comportamentos pode ser explicada pelo receio de muitos abrigados do profissional da psicologia, por não compreender claramente como trabalham. Muitos suspeitam da proposta de ação livre no *setting*, talvez por acreditarem que ele é mais um fiscalizador de seus comportamentos, esperando uma oportunidade para repreendê-los por alguma atitude inadequada. Por terem desenvolvido padrões de relacionamento pautados na desconfiança, sentem que precisam se defender, no presente, daquele ambiente intrusivo que encontraram no passado, sendo imprescindível que sacrifiquem sua espontaneidade para autoproteção.

No intuito de evitar mais um momento de angústia e desconforto na vida de quem já tanto sofreu, decidi começar a perguntar diretamente por qual brinquedo ou atividade começaríamos. A estratégia de manejo **apresentar o objeto brincar** teve como intuito, simultaneamente, adaptar o enquadre às necessidades dos pacientes e transmitir uma sensação de segurança ao desconfiado, diminuindo a alteridade entre paciente e terapeuta. Ao mesmo tempo, esta atitude faz parte de um acontecimento bastante

comum no cotidiano infantil: diz respeito a um convite de um brincante a outro, para iniciar uma brincadeira juntos e compartilhar momentos e brinquedos.

A segunda ação de manejo que se mostrou essencial foi com relação ao armário individual, onde ficavam armazenados os brinquedos das crianças. Observei, com o passar das sessões, que alguns pacientes demonstravam grande preocupação sobre quem entrava na sala de ludoterapia, quem teria acesso a seus objetos e onde ficavam guardadas as chaves dos armários. Resolvi, então, realizar a cada sessão um **ritual de entrega da chave** no local onde eram armazenadas. Na clínica-escola em que atendi, havia um grande chaveiro na parede, designado à guarda das chaves dos armários numerados. Estava situado no corredor da sala de estudo onde os estagiários aguardavam seus pacientes, uma área de entrada restrita aos funcionários da clínica-escola, estagiários e aos psicólogos voluntários. Consegui liberar que os pacientes nela adentrassem desde que acompanhados por mim. Na primeira vez, de frente para o chaveiro, expliquei a cada um deles que ali só poderiam entrar psicólogos, e que cada um buscava a chave que correspondia ao armário de seu paciente, identificados pelos nomes. Para Vinícius e Eloísa, foi necessário ainda demonstrar que a chave não era capaz de abrir outras portas, para que tivessem certeza de que seus pertences estariam, de fato, protegidos.

Embora pareça uma medida simples, este procedimento foi importante por duas razões. A primeira delas considera, ante a imprevisibilidade dos lares dos pacientes, a necessidade de comprovar que estariam protegidos por alguém que cuida do ambiente como um todo para que permaneça livre de intrusões. O outro motivo por trás desta atitude visava evidenciar que, apesar de dividirem a mesma casa, os mesmos cuidadores e a mesma psicoterapeuta, naquele lugar e horário, seus objetos e minha atenção não eram compartilhados com mais ninguém. Neste cenário, o valor do atendimento psicoterápico reafirma sua importância porque considera a dimensão individual da criança abrigada, e não somente como parte de um coletivo. Sobre esta questão, Guará (2006/2010) debate sobre a resolução simplista de reduzir o número de abrigados por instituição como um recurso que soluciona o complexo problema da coletivização e homogeneização do acolhimento institucional. Sabe-se que, embora exista um desejo por parte de diversas instituições em desempenhar modos de cuidar mais

personalizados, há empecilhos políticos, financeiros e metodológicos que atrapalham a viabilização destas aspirações na prática.

Justamente por ser parte deste coletivo comum e compartilhar a mesma psicoterapeuta, eram recorrentes as perguntas relacionadas ao atendimento dos outros colegas de casa. Uns queriam saber detalhes sobre as conversas e brincadeiras dos companheiros, outros se contentavam em saber quem era meu paciente e quantas sessões eu tinha com cada um deles. A estratégia empreendida para lidar com estes questionamentos foi *oferecer informações mínimas, garantindo a confidencialidade dos conteúdos*, apenas citando os nomes de quem era atendido por mim⁷³ e declarando que todos tinham o mesmo tempo comigo. Em seguida, esclarecia a necessidade de resguardar o sigilo combinado desde a primeira sessão: se eu não revelava as brincadeiras e conversas que tinha com eles, não poderia contar nenhum destes detalhes de outros pacientes. No meu entendimento, estas indagações evidenciavam uma espécie de rivalidade entre irmãos, em que eles almejavam descobrir quem era o mais amado pela mãe/analista. Elyseu Junior (2003) define o complexo fraternal, postulado por Freud (1916-1917/1976b), como a relação de rivalidade que a criança exibe em relação aos irmãos, que tem origem ao perder, temer perder ou ter que dividir o afeto dos pais. Por viverem todos juntos sob o mesmo teto, sendo cuidados pelas mesmas pessoas, os institucionalizados desenvolvem uma relação fraterna, brincando, brigando e competindo pelo carinho dos “representantes da família institucional”, os funcionários do abrigo, e da psicoterapeuta, a mãe na transferência.

Como já esperado, foram feitos questionamentos relacionados à minha vida pessoal como uma situação a ser manejada. Zimerman (1999) ressalta ser importante que o analista perceba a diferença entre uma curiosidade que é resultado de uma psicopatologia daquela que tem uma finalidade sadia. Na primeira hipótese, o paciente quer conhecer o terapeuta com o intuito de seduzi-lo ou enganá-lo. No segundo caso, se houver uma curiosidade saudável, e esta for reprimida com silêncio ou interpretação, a situação pode vir a se tornar desastrosa para a relação terapêutica.

⁷³ Desde o início, verifiquei ser inviável omitir esta informação, uma vez que o motorista aproveitava a viagem para buscar todas as crianças que estavam na escola, nos projetos extracurriculares e no atendimento psicoterápico.

Crianças são curiosas por natureza e se valem deste recurso para explorar o mundo e compreender a realidade à sua volta. As perguntas (Você tem mãe? É casada? Seu pai está vivo? Você faz faculdade? Quantos anos você tem?) eram pontuais e apareciam quando a brincadeira evocava o tema, ou quando eu servia de comparação para outras pessoas que conheciam. A atitude por mim adotada foi a de *responder as perguntas pessoais com naturalidade*, não me evadindo de seu questionamento, nem interpretando como interesse do paciente em minha vida. Considerei que uma atitude diferente desta seria improdutiva para o processo psicoterapêutico e poderia ser tomada como um ato de hostilidade. É preciso ter em mente que a vida destes pacientes foi e está permeada por dúvidas, segredos e pela desconfiança em relação às figuras que supostamente deveriam cuidar delas. Ao oferecer uma resposta direta, as indagações se encerravam e, com este pequeno gesto somado a todos os outros, foi se construindo um vínculo de confiança que possibilitou aos pacientes se sentirem, gradualmente, mais à vontade para expressar suas angústias e seu verdadeiro *self* a alguém que também revelava um pouco de si.

Ao longo do trabalho terapêutico com as crianças, percebi a necessidade de intervir junto a Casa de Acolhida para evitar que o atendimento fosse prejudicado com faltas por esquecimento da equipe de cuidadores dos dias e horas combinados. Sempre tive em mente que o trabalho das cuidadoras de organizar a agenda de tantas crianças e suas diversas atividades extraescolares não era tarefa fácil. Minha suspeita se confirmou após uma situação em que a equipe deixou de levar as crianças à psicoterapia porque haviam esquecido em meio a tantos compromissos a serem administrados. A partir deste dia, comecei a telefonar ao Abrigo antes de cada sessão para lembrar as cuidadoras de enviar as crianças nos dias e horários combinados. Embora seja dever da instituição garantir que as crianças cumpram o que foi especificado em seu Projeto Pedagógico, não é possível ignorar, contudo, a situação precária dos abrigos brasileiros. Daffre (2012) e Oliveira (2006/2010) ressaltam, em seus estudos, os problemas de infraestrutura, organizacionais, financeiros verificados nas instituições paulistas estudadas. Em diversas notícias veiculadas ao longo dos últimos anos, como o Portal de Notícias G1 (2015); Portal de Notícias Gazeta do Povo (2010); Portal de Notícias RD NEWS (2011); Portal de Notícias O Dia (2015), foram feitas denúncias ao Ministério

Público de dificuldades de toda ordem em abrigos para crianças e adolescentes em municípios de todas as regiões do Brasil.

A instituição de acolhimento em que residiam os pacientes/participantes deste trabalho enfrentou um problema de sobrecarga de funções na parte administrativa/equipe técnica⁷⁴, bem como dificuldades dos cuidadores para realizarem as diversas tarefas que estão previstas para a função. Por estas razões, resolvi *auxiliar a instituição a não faltar com o provimento de um ambiente suficientemente bom*, seja pelas ligações para evitar a instabilidade do processo psicoterapêutico, seja com orientações à equipe técnica sobre o que era desejável em termos de cuidado não invasivo com os abrigados.

Como último ponto a ser destacado, gostaria de ressaltar a importância de uma ação de manejo que considero importante, mas que, infelizmente, não consegui proporcionar aos pacientes: a possibilidade de *realizar sessões estendidas de acordo com a necessidade*.

Um dos elementos vitais na proposta de análise modificada é a possibilidade de prolongar a sessão conforme a necessidade do paciente. No relato de Margareth Little (1992), uma notória paciente *borderline* de Winnicott, ela descreve a decisão do psicanalista de prolongar suas sessões para uma hora e meia quando notou que a mulher ficava retraída na parte inicial da sessão. No meu entendimento, acredito ser importante ampliar esta estratégia de manejo a circunstâncias igualmente intensas, como o paciente ter vivenciado um momento de regressão à dependência, ou diante de defesas potencialmente desintegradoras, nas quais é preciso um tempo maior para se recompor antes do fim da sessão.

Sobre este assunto, é cabível apresentar as contribuições de Safran (1999) sobre as diferentes vivências do tempo no processo maturacional, as quais, transpostas ao processo analítico, as sessões têm papel fundamental para que a dupla analítica alcance a mutualidade. Para o autor, o tempo *subjetivo* se estabelece a partir do ritmo singular do bebê, sendo derivado de seu *self* e possibilitando ao indivíduo a experiência de duração de si-mesmo e de sua existência. Após conquistar a noção de não-eu,

⁷⁴ Devido à psicóloga da instituição ter assumido outro cargo na Prefeitura Municipal, a equipe técnica ficou desfalcada e, nesta ocasião, a coordenadora do local que tinha formação em Psicologia acabou exercendo dupla função enquanto aguardava nova contratação ou remanejamento de pessoal.

desenvolve-se o tempo *compartilhado*, que se forma por meio do interjogo da presença e ausência materna, na qual a falta da mãe não pode exceder o período que a criança pode tolerar. Se isto ocorrer, o sujeito as vivencia como uma ruptura do *self* e se depara com agonias impensáveis. Apenas posteriormente adquire-se a noção de tempo *convencionado*, que se organiza em torno dos parâmetros culturais. O tempo *transicional* é definido como aquele em que a mãe pode se ausentar por um período maior, de acordo com a singularidade de seu filho. Se o tempo *subjetivo* tenha sido constituído de maneira apropriada, a criança passa a ocupar os períodos de ausência da mãe com sua imaginação sem perder sua continuidade de ser. O tempo das *potencialidades* destaca o devir do *self*. Para o autor, há componentes deste que aguardam para se realizar mediante o encontro com o outro. O processo analítico é fundamentado por esta necessidade do ser. O psicoterapeuta deve estar atento ao ritmo pessoal de seu paciente e buscar conciliar com o seu próprio para estabelecer a mutualidade com ele e proporcionar o surgimento destas diversas concepções temporais ao longo do atendimento.

Sobre os registros de *tempo objetivo e subjetivo* na sessão, Socha (2011, p. 103) comenta:

A apropriação e o uso que cada paciente faz do tempo concreto de cinquenta minutos é realizado de um modo singular, imprimindo marcas do *self* em elementos intra e intersubjetivos em sua relação com o analista. No decorrer de um processo analítico, o mesmo indivíduo constantemente recria subjetivamente o tempo preestabelecido de acordo com as necessidades de cada momento.

Em algumas situações do atendimento de Alana e Eloísa, observei a necessidade de prolongar o tempo de sessão delas. Diante da impossibilidade de oferecer mais tempo, devido às limitações da clínica- escola, tentei manejar a situação, empregando meios alternativos para amenizar o impacto do fim do encontro. Com Eloísa, lancei mão da brincadeira de contar até três, para impulsionar a garota a se levantar, diversas vezes até que ela tivesse condições de sair da sala. Na sessão de Alana, depois de uma regressão, permiti que a menina levasse um brinquedo de seu armário para casa, como um objeto transicional para lidar com nossa separação até a próxima sessão.

Assim, finalizo esta parte da tese, ressaltando que foi indispensável empreender alternativas criativas para enfrentar os obstáculos e variáveis externas que não poderiam ser modificadas, tentando fazer o melhor uso possível dos recursos limitados disponíveis.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve por objetivo elencar, por meio de estudos de caso clínico, estratégias e desafios encontrados no atendimento psicoterápico de cinco crianças acolhidas em um Abrigo Institucional do interior do Estado de São Paulo. Os relatos das sessões foram analisados tendo como embasamento a psicanálise, com maior ênfase nas contribuições de D. W. Winnicott. Dois aspectos foram examinados com atenção especial: o manejo clínico estabelecido e a evolução da psicoterapia em cada história. Sobre o primeiro, objetivou-se compreender de que maneira este conjunto de ações especializadas do cuidar se tornaram soluções para alguns dos desafios encontrados durante o percurso. Com relação ao segundo ponto, delineou-se a participação do processo psicoterápico nos processos de ressignificação, elaboração psíquica e retomada maturacional dos abrigados, promovendo um espaço de escuta e acolhimento ao sofrimento infantil.

Nesta etapa final, é importante que se retomem os aspectos supracitados de todos os casos para delinear as comparações cabíveis e as exposições que não puderam ser abordadas em outro momento, mas que merecem ser mencionadas.

Em todos os casos, verificou-se o estabelecimento de um vínculo terapêutico logo na primeira ou segunda sessão. A hipótese é a de que todos os pacientes/participantes selecionados apresentavam uma demanda terapêutica significativa, possivelmente por não terem, até então, um espaço psicoterapêutico para que fossem trabalhados seus conflitos.

Em quatro dos casos, o tempo de psicoterapia foi curto – Denis: 6 sessões; Alana: 5 sessões; Emely: 6 sessões; Vinícius: 10 sessões – comparado ao atendimento de Eloísa que ficou em atendimento por 30 sessões ao longo de onze meses. Apenas neste caso mais longo foi possível realizar um encerramento apropriado do atendimento, de modo que se trabalhasse a separação paciente-terapeuta com a possibilidade de elaboração do fim da psicoterapia.

Em quatro dos processos psicoterápicos atendidos, pôde-se observar conquistas dos pacientes: para alguns, culminou em uma melhora dos sintomas, para outros, significou o descongelamento do amadurecimento emocional. Não se pode assegurar,

entretanto, que as aquisições maturacionais em andamento tenham se consolidado de fato, já que, para tanto, seria necessário que os pacientes/participantes encontrassem no ambiente social e familiar um suporte suficientemente bom para voltarem a confiar neste provimento. A partir da retomada da confiança é que poderiam sentir-se seguros para serem espontâneos e criativos, características indicativas de saúde mental sob o ponto de vista winnicottiano.

Denis demonstrou ter saído do retraimento e deixou de apresentar, de acordo com a instituição, comportamentos antissociais. Não houve tempo suficiente, contudo, para trabalhar sua constituição falso *self*, uma vez que ao final dos encontros psicoterapêuticos ainda era evidente sua necessidade constante de reproduzir atitudes adequadas socialmente, polidas e agradáveis.

Emely, a paciente mais nova, demonstrou ter bons recursos emocionais para lidar com o sofrimento, mantendo a integração de seu *self*. Ela usou o espaço do *setting* para comunicar sua tristeza e elaborar a realidade da separação da mãe, lançando mão de um brincar e suas propriedades “autocurativas” para trabalhar suas questões.

Vinícius utilizou o ambiente terapêutico para comunicar, de maneira direta, os acontecimentos dolorosos de sua história, e testou a confiabilidade do ambiente oferecido, tal como uma criança desconfiada e sofrida costuma fazer. Depois de um tempo, ao perceber que poderia expressar suas necessidades no ambiente seguro do *setting* e com a perspectiva de regresso para a casa da mãe, sua demanda para a psicoterapia parece ter desaparecido por reencontrar o que tinha perdido em termos de cuidado.

Eloísa manifestou, desde o início, um brincar organizado e com ampla criatividade, indícios que demonstram um *self* integrado e bons recursos emocionais. Grande parte do trabalho terapêutico realizado com ela girou em torno da elaboração do luto pela morte da mãe e o fato de que não poderia encontrar na avó materna o afeto que tanto buscava.

Alana foi o único caso em que não se pôde constatar benefícios terapêuticos significativos, porque seu atendimento foi interrompido em um momento crucial, logo após uma sessão em que ela regrediu à dependência no *setting*. Por esta razão, embora se considere a importância do ambiente de *holding* e da adaptação da terapeuta às suas necessidades, não foi possível trabalhar com a garota até que ela se reintegrasse e

restaurasse a espontaneidade perdida em virtude dos episódios de violência intrafamiliar que presenciou desde muito cedo.

No que concerne ao manejo clínico diferenciado propiciado aos pacientes desta pesquisa, é significativo apontar que, guardadas as similaridades de algumas ações oferecidas a todos, foi indispensável promover um conjunto de cuidados e de intervenções especializadas a cada um, de acordo com sua singularidade e necessidade.

No atendimento de Denis, a principal missão foi capacitá-lo para o brincar, evitando interpretações e priorizando essencialmente interlocuções por meio do espelhamento das atitudes ou estado de humor dos bonecos, para que o paciente não se sentisse invadido com a realidade de sua vida destruída antes que estivesse pronto para encará-la.

Na psicoterapia de Vinícius, houve a necessidade de ser sensível para compreender suas oscilações de comportamento no *setting*: ora mais alegre e com um brincar criativo – provavelmente quando se sentia esperançoso com a possibilidade de retorno para morar com a mãe –, ora exibindo uma visível irritação, agressividade, impaciência ou desinteresse pelas brincadeiras – que quase sempre estavam relacionadas com a falta de visitas de Aurora e com o sentimento de abandono que esta ausência provocava nele.

Ao longo do processo psicoterapêutico de Alana, foi preciso lidar com sua dificuldade inicial em se comunicar por meio das palavras, o que requereu de mim, enquanto psicoterapeuta, que tentasse decifrar sua corporeidade a todo instante, para entender suas mensagens mais simples. Passadas algumas sessões, as ações de manejo terapêutico imprescindíveis foram as de suportar sem retaliar a destrutividade da menina, sob a forma de desqualificação do trabalho terapêutico; e de prover um ambiente suficientemente bom para que ela retornasse da regressão à dependência de maneira mais integrada, em um dos encontros em que se constatou este fenômeno.

Com Emely, foi primordial que se respeitasse sua negação inicial da separação da mãe, e estivesse ao seu lado enquanto ela atravessava o período de hesitação e tentava assimilar tal realidade. A paciente, durante todo atendimento, alternou-se entre expressões de raiva direcionada a Eliete, em razão do encarceramento, e manifestações

de saudade e esperança em retornar ao convívio diário com a figura materna, que se mostrara cuidadosa e amorosa com os filhos.

No atendimento de Eloísa, as estratégias de manejo principais foram: o entendimento de que sua carência afetiva necessitava um *holding* que contemplasse o contato físico e uma adequação às suas necessidades mais primitivas, sobretudo nos momentos de regressão. Nestas ocasiões, a paciente requereu ações de cuidado materno a fim de reencontrar o que perdeu com a morte da mãe: primeiramente como um bebê, depois como uma criança mais crescida e no final como a pré-adolescente que estava se tornando.

Isto posto, é indispensável discorrer sobre alguns problemas que se apresentaram e incidiram direta ou indiretamente sobre o trabalho terapêutico realizado.

Embora a realidade social dos pacientes não tenha sido o foco central das intervenções psicoterapêuticas, deve ser levada em consideração dada a importância do ambiente na abordagem winnicottiana, por favorecer, interromper ou retardar o amadurecimento emocional e a saúde psíquica do indivíduo. Sendo assim, é oportuno analisar a falta de estabilidade ambiental na vida das crianças abrigadas. O clima de instabilidade se instaura desde a chegada à Casa de Acolhida e não cessa com o regresso ao lar familiar. Problemas como o estranhamento do local e das pessoas, alta rotatividade de cuidadores, decisões judiciais demoradas ou precipitadas acerca da situação familiar dos institucionalizados e o medo incessante de voltar ao Abrigo e se separar definitivamente da família foram algumas das preocupações mais comuns. Havia ainda incertezas quanto à continuidade das relações com as pessoas do Abrigo, por quem haviam se afeiçoado, após voltarem para casa, além da grande possibilidade da psicoterapia ser interrompida devido às dificuldades parentais relatadas na seção anterior.

Mesmo com a menção legal sobre o direito dos abrigados ao acesso a diversas modalidades de atendimento na Rede Pública, inclusive ao acompanhamento psicológico, a realidade de vários municípios brasileiros evidencia obstáculos que impedem a concretização da lei. Um empecilho bastante comum é a falta de psicólogos que trabalhem com crianças em algumas UBSs do território, e aquelas que dispõem destes profissionais, geralmente, não conseguem atender a toda demanda, devido, por

exemplo, à procura deste serviço por usuários de territórios vizinhos. A dificuldade de acesso a este serviço culmina em uma imensa lista de espera, que demora meses para chamar os pacientes.

Ainda que se possa contar com o trabalho realizado por alguns psicólogos voluntários e alguns graduandos de Psicologia que oferecem seus serviços gratuitamente à comunidade, o número de terapeutas ainda é insuficiente para receber a demanda vinda das instituições. Elencam-se algumas razões consideradas plausíveis neste panorama: parte destes voluntários elege este público apenas para contatos pontuais, a fim de realizar pesquisas acadêmicas breves e, somado a isto, sabe-se das dificuldades envolvidas no atendimento psicológico de indivíduos profundamente traumatizados. É de conhecimento geral que esta tarefa exige do profissional uma resiliência emocional suficientemente estabelecida, capaz de suportar o sofrimento profundo que advém do contato com histórias de vida tão penosas. Para se oferecer um atendimento de qualidade, é fundamental que a formação teórica e técnica seja consistente, e esta certamente pode se beneficiar da noção de manejo adaptado como ferramenta fundamental para contemplar as peculiaridades deste tipo de paciente e atingir bons resultados

Determinado o valor do manejo de *setting* como peça integrante do atendimento psicanalítico destas crianças, seria de vital importância que se assegurasse, da mesma forma, complementa Khan (1958/2000), um ambiente social suficientemente bom como outro componente de manejo igualmente elementar para a manutenção da saúde psíquica dos institucionalizados.

O Estado, entretanto, tem fracassado como órgão de proteção à infância com uma certa frequência. Esta assertiva toma como exemplo alguns casos relatados aqui. Emely, Vinícius e Eloísa foram devolvidos à família de origem, esta, porém, encontrava-se visivelmente incapaz de recebê-los. Com Vinícius e Eloísa, verificaram-se duas falhas consecutivas: primeiramente ao provocar a falsa esperança de que voltariam à convivência familiar e, posteriormente, por fazê-los acreditar que formariam uma nova família com pessoas que não poderiam, no final, desempenhar a função de pais.

Se não há como evitar a falibilidade do Judiciário e da equipe técnica do Fórum, é preciso então, propor alternativas que tenham por meta auxiliar a retomada do

desenvolvimento das crianças e adolescentes abrigados. Alerta-se para a urgência na implementação de um serviço de psicoterapia individual nos Abrigos em todo país e programas de atendimento psicológico às crianças que retornam ao lar depois do abrigo, para que tenham um espaço para trabalhar as questões emocionais relacionadas à saída da instituição e à readaptação familiar.

Verifica-se, em muitas instituições de acolhimento, a impossibilidade de o psicólogo da equipe técnica se dedicar individualmente, ou mesmo em grupo, aos abrigados em virtude da sobrecarga de funções que acumula, seja fazendo visitas domiciliares, seja acompanhando o trâmite dos casos na Justiça. Estas circunstâncias, com frequência, impedem que este profissional realize o atendimento psicoterápico, assim como outros afazeres de relevância similar no contexto institucional, como fornecer supervisão e sustentação emocional à equipe de cuidadores, e acompanhar, de maneira mais próxima, as famílias dos abrigados.

Neste sentido, embora existam diversas pesquisas acadêmicas voltadas para o tema da institucionalização, ainda não há políticas públicas efetivas que garantam aos institucionalizados a devida atenção à sua saúde mental.

Autoras que trabalharam com este tipo de paciente, como Leoncio (2002); Leoncio *et al.* (2004, 2005); Leoncio e Tardivo (2006a, 2006b), reafirmam a importância do acompanhamento psicológico a esta clientela. De acordo com seus relatos, as psicólogas-pesquisadoras observaram que o simples expressar de um interesse autêntico, acompanhado de disponibilidade em escutar e auxiliar as crianças e adolescentes acolhidos foram suficientes para que eles estabelecessem um vínculo terapêutico e comunicassem suas questões. Deste modo, verificou-se uma melhora visível em seu estado de ânimo e sensação de bem-estar daqueles que receberam acompanhamento psicológico.

Os estudos acima mencionados, assim como o de Souza (2008) e o realizado nesta tese confirmam o quão enriquecedor se mostra o trabalho psicoterapêutico ludoterápico com crianças abrigadas profundamente traumatizadas. Dentre os principais efeitos positivos, estão: a retomada maturacional; a facilitação dos processos de auto percepção; o aprimoramento de relações interpessoais; a elaboração de perdas; e, a ampliação das estratégias de enfrentamento da violência e/ou negligência, os quais

colaboram para a instauração de uma identidade psíquica mais consolidada.

É necessário assinalar, no contexto da clínica psicanalítica infantil, questões relacionadas à contemporaneidade que devem ser levadas em consideração, para que a efetividade do trabalho terapêutico seja garantida. É difícil ignorar os desafios inéditos que têm se colocado na atualidade, aos psicoterapeutas infantis, dadas as alterações significativas nos modos de subjetivação das crianças na conjuntura pós-moderna.

Mrech (2003) ressalta que estamos vivendo um capítulo novo na história da humanidade, e que as crianças são, de forma inevitável, atingidas pelos efeitos da globalização da informação, da sociedade de consumo e das “relações líquidas” tal como Bauman (1998) as definiu. Levin (2007) assinala que, diante destas transformações, modificaram-se as expectativas e cobranças sobre esta fase da vida, assim como os brinquedos e brincadeiras, as formas de sofrer, de pensar e de imaginar dos pequenos. Se as experiências infantis estão ocorrendo de maneira distinta de qualquer outra época, não faz sentido, portanto, continuar a proceder no *setting* da mesma maneira que se recomendava há tempos atrás. É preciso renovar os modos de atuação a fim de contemplar as demandas contemporâneas, evitando atitudes que possam causar o surgimento de defesas como resposta a uma prática que não vai ao encontro das necessidades desta geração.

Foi com base nestes preceitos e na ética do cuidado winnicottiano que foi construído o percurso deste trabalho. Consistiu em enorme desafio contemplar esta criança contemporânea e os traumas intensos que permearam suas histórias, confrontando dificuldades contratransferenciais que pareciam intransponíveis em alguns momentos, acertando algumas vezes, errando outras, mas sempre prezando por manter a espontaneidade diante dos impasses e das situações inusitadas, sem perder de vista os precedentes psicanalíticos consagrados.

Com a certeza de que estas experiências ensinaram e aprimoraram tanto a formação pessoal como profissional desta pesquisadora, encerra-se este estudo com a esperança que venha também a inspirar outros profissionais a se aventurarem em empreitadas similares e fazer a diferença na vida de outras crianças institucionalizadas, restituindo-lhes parte de suas perdas, ao oferecerem um ambiente cuidadoso, confiável e seguro para que restabeleçam a saúde emocional. Como o próprio Winnicott

(1968/1996b) esclarece: não se espera do analista que seja perfeito, mas que aborde o sofrimento alheio com sensibilidade, mantendo-se “vivo”, “bem”, “desperto”. E, acrescenta em outra obra (1969/1975e, p. 148) a importância do psicoterapeuta ser verdadeiro e espontâneo, para propiciar ao paciente um encontro humanizado e humanizador capaz de promover benefícios terapêuticos que possam ser sentidos e lembrados, ainda que vivenciem um ambiente insuficiente no futuro. Ao promover um espaço de escuta, acolhida e sustentação psicológica na infância, contribui-se ativamente para a construção de uma sociedade mais saudável, amadurecida e, conseqüentemente, mais apta a cuidar de suas crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança**: teoria e técnica. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Tradução de Elinor Romaguerra. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AGUIAR, F. Método clínico: método clínico? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 3, p. 609-616, 2001.
- AGUIAR, O.X., CARRERO, M.L.C., RONDINA, R.C. Casa abrigo: possibilidade de atuação para o psicólogo. In: Revista Científica Eletrônica de Psicologia, ano V, nº 9, Nov/2007. Disponível em:
http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/l4x527DLReirAvi_2013-5-10-16-19-27.pdf. Acesso em: 27 mar. 2017.
- ALMEIDA, T.L. & MOTTA, M.A.P. As marcas do abandono e da institucionalização em crianças e adolescentes. In: Centro de Capacitação e Incentivo à Formação – CeCIF (Org.), Dialogando com abrigos. p. 42-51. São Paulo, 2004.
- ALTOÉ, S.; SILVA, M. M. Características de uma clínica psicanalítica com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Estilos clin.** São Paulo, v. 18, n. 1, p. 125-141, abr. 2013. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- ALTOÉ, S. **Infâncias perdidas**. Rio de Janeiro: Xenon, 1988.
- ANNING, A.; RING, K. (Orgs.). **Os significados dos desenhos de crianças**. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- AVELLAR, L. Z. **Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- BALEEIRO, M. C. Brincar: aquém e além do carretel. **Cogito**, v. 8, p.15-19, 2007.
- BALLONE, G. B. A criança adotada e de orfanato. **Revista Psiqweb**, psiquiatria geral. 2003. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/adpc.html>>. Acesso em 04 de abril 2017.

BALLONE, G. B. Doenças do cérebro – Estresse, ansiedade e esgotamento. **Revista Cérebro e Mente**, Campinas, SP, 1997.

BARANGER, W.; BARANGER, M. **Problemas del campo psicoanalítico**. Buenos Aires: Kargieman, 1968.

BARONE, K. C. **Realidade e luto**: um estudo da transicionalidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BENDER, L; RAPOPORT, J. Animal drawings of children. **American Journal of Orthopsychiatry**, 14, p. 521-527, 1944.

BLAU, G. M.; DALL, M. B.; ANDERSON, L. M. The assessment and treatment of violent families. In: HAMPTON, R. L. *et al.* **Family violence**: prevention and treatment. Newbury Park: Sage Publications, 1993.

BOWLBY, J. Problemas teóricos. In: BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 51-60 (Trabalho original publicado em 1951).

BOWLBY, J. Efeitos sobre o comportamento do rompimento de um vínculo afetivo. In: BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001a. p. 95-111. (Trabalho original publicado em 1968).

BOWLBY, J. Formação e rompimento de vínculos afetivos. In: BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001b. p.167-208. (Trabalho original publicado em 1970).

BOWLBY, J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Tradução de S. M. Barros. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. (Trabalho original publicado em 1988).

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Departamento da Criança e do Adolescente, 2002.

CAGNANI, L. J. R. P. **Modalidades de intervenção do psicólogo em um serviço de acolhimento** – Abrigo. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

CALIL, R. C. C.; ARRUDA, S. L. S. Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs.). **Método qualitativo**: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor, 2004. p. 173-213.

CAMPS, C. I. C. de M. **A hora do beijo**: teatro espontâneo com adolescentes numa perspectiva winnicottiana. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CASTRO, M. G. K. **Reflexões acerca da prática da psicoterapia com criança**: uma ponte entre passado, presente e futuro. Trabalho apresentado no V Congresso Latino Americano de Psicoterapia. Porto Alegre, maio de 2004.

CASTRO, M. G.; CIMENTI, M. E. Psicoterapia infantil: pensar relações e criar significados. **Revista do IEPP**, n. 2, p. 37-55, 2000.

CAVALCANTE, L. I. C.; COSTA SILVA, S.S.; MAGALHAES, C. M. C. Institucionalização e reinserção familiar de crianças e adolescentes. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 1147-1172, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2016.

CESARINO, M. M. A noção de manejo na obra de D. W. Winnicott. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação no Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 2013.

CINTRA, E. M. U.; NAFFAH NETO, A. A pesquisa psicanalítica – a arte de lidar com o paradoxo. **Alter**, 2012.

CNAS/CONANDA. Resolução conjunta CNAS/CONANDA, nº 1, de 18 de junho de 2009. **Orientações Técnicas**: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. 2009. Disponível em: <<http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1350>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

CUNHA, A. S. **A história de uma criança abrigada**: uma compreensão winnicottiana. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

DAFFRE, S. G. **A realidade dos abrigos**: descaso ou prioridade? São Paulo: Zagodoni, 2012.

DALLAIRE, D. H.; WILSON, L.; CICCONE, A. E. **Children's attachment representations and problem behaviors in relation to their contact with their incarcerated parent**. Trabalho submetido, 2010.

DELL'AGLIO, D.D. & HUTZ, C.S. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 341-350, 2004.

DIAS, E. O. **A teoria das psicoses em D. W. Winnicott**. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

DUARTE, I; BORNHOLDT, I.; CASTRO, M. G. K. **A prática da psicoterapia infantil**. Porto Alegre: Artmed, 1989.

ELYSEU JUNIOR, Sebastião. Complexo fraternal: a fonte do ciúme e da inveja. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 55-66, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872003000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 jul. 2017.

FELICE, E. M. de. O lugar do brincar na psicanálise de crianças. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 71-79, jun. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872003000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 15 mar. 2016.

FERNANDES, E.; MAIA, A. C. Impacto do exercício de psicoterapia nos psicoterapeutas. **Análise Psicológica**, n. 1, p. 47-58, 2008.

FERREIRA, M. R. P. **Traummas não elaboráveis**: clínica psicanalítica com crianças. São Paulo: Zagodoní, 2011.

FIGUEIREDO, L. C. M. Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais. Trabalho apresentado em encontro da Formação Freudiana, Rio de Janeiro, 2002.

FORLENZA NETO, O. As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 82-88, mar. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100009&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 22 ago. 2016.

FRANCO, M. H. P.; MAZORRA, L. Criança e luto: Vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. **Estudos de Psicologia**, n. 24, p. 503-511, 2007.

FREUD, S. A história do movimento psicanalítico. In: FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico**. Artigos sobre a metapsicologia. E outros trabalhos (1914-1916). *ESB*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. (Trabalho original publicado em 1914).

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. p. 287-539. (Obra original publicada em 1916-1917)

FREUD, S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud (E.S.B.)**, v. XI, Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Original publicado em 1910).

FULGENCIO, L. A. A ética do cuidado psicanalítico para D. W. Winnicott. **A peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia**. São Paulo, v. 3, n. 2, p. 39-62, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/22088/16205>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

GABEL, S.; BEMPORAD, J. Variations in countertransference reactions in psychotherapy with children. **Am J Psychother**, v. 48, n. 1, p. 111-119, 1994.

- GARCIA, R. M. **A agressividade na psicanálise winnicottiana**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.
- GAUDERER, C. A criança, a morte e o luto. **Revista Jornal de Pediatria**, v. 62, n. 3, 1987.
- GHIRARDI, M. L. A. M. A devolução de crianças adotadas: ruptura do laço familiar. *Pediatria Moderna*, 45(2), p.66-70, 2009.
- GOI, S. B. S. O complexo fraterno: reflexões acerca do ciúme e da inveja entre irmãos. **Rev. bras. psicoter.** v. 16, n. 2, p. 49-61, 2014.
- GRANATO, T. M. M.; CORBETT, E.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Narrativa interativa e psicanálise. **Psicologia em estudo**, Maringá, PR, v. 16, n. 1, p. 157-163, 2011.
- GROTJAHN, M. **Terapia analítica de grupo**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.
- GUARÁ, I. M. F. R. Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação. Introdução. In: BAPTISTA, M. V. (Coord.). **Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação**. 2. ed. São Paulo: Instituto Camargo Corrêa, 2010. p. 59-72. (Coletânea Abrigar, 1). (Trabalho original publicado em 2006).
- GULASSA, M. L. C. R. A fala dos abrigos. In: BAPTISTA, M. V. (Coord.). **Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação**. 2. ed. São Paulo: Instituto Camargo Corrêa, 2010. p. 49-58 (Coletânea Abrigar, 1). (Trabalho original publicado em 2006).
- HAMMER E. F. (Org.) **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. Tradução de E. Nick. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981. (Trabalho original publicado em 1958).
- HEIMANN, P. Sobre a contratransferência. **Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica** de Porto Alegre, 1950/1955.
- HERRMANN, F. Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. (Orgs.). **Pesquisando com o método psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 43-83.
- IPEA/CONANDA. **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Andrade da Silva, E. R. (Coord.). Brasília, DF, 2004.
- IPEA/DISOC. **Levantamento Nacional de Abrigos da Rede SAC**. Relatório de pesquisa nº 1. Brasília, DF, outubro de 2003 (não publicado).
- IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica? Rio de Janeiro: **Ágora**, v. 6, n.1, p.115-138, 2003. [online].
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KHAN, M. M. R. On the clinical provision of frustrations, recognitions and failures in the analytic situation: an essay on Dr. Balint's research on the theory of psychoanalytic technique. **Int. J. Psychoanal**, n. 50, p. 237-248, 1969.

KHAN, M. M. R. Introdução à 'Da Pediatria à Psicanálise. In: WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p.7-.61. (Texto original publicado em 1958).

KLEIN, M. A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos – 1946-1963**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p.149-168. (Originalmente publicado em 1955).

KUMAR, Vinay *et al.* **Robbins & Cotran, bases patológicas das doenças**. 8. ed, cap. 17, Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 771-839.

LANSEN, J.; HAANS, T. Clinical supervision for trauma therapists. In WILSON, J.; DROZDEK, B. (Eds.). **Broken Spirits**. New York: Bruner- Routledge, 2006. p. 317-353.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. 4. ed. Direção de Daniel Lagache. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LEONCIO, W. A. H. **Retrato de vivências emocionais de crianças recém-abrigadas: observações psicanalíticas por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias**. 2002. 214 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

LEONCIO, W. A. H. **Consultas terapêuticas de crianças abrigadas e seus pais: uma investigação dos vínculos familiares**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LEONCIO, W. A. H. *et al.* O procedimento desenhos-estórias como instrumento de acompanhamento do estudo das vivências emocionais numa criança abrigada. In: VAZ; GRAEF (Orgs.). CONGRESSO NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE RORSCHACH E OUTROS MÉTODOS PROJETIVOS, 3. 2004, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre, 2004. p. 421-425.

LEONCIO, W. A. H. *et al.* Encontros terapêuticos com crianças abrigadas: um oásis num deserto. In: TARDIVO, L. S. P. C.; GIL, C. A. JORNADA APOIAR – ATENDIMENTOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS E INCLUSÃO: O PAPEL DA PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL, 3. 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social/Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005.

LEONCIO, W. A. H.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Encuentro terapéutico grupal con niños recién cobijados. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE RORSCHACH Y METODOS PROYECTIVOS – CONOCER EL MUNDO INTERNO: COMPRENDERMOS MEJOR, 13. Del 2 al 5 de agosto del 2006, Lima/Peru. **Resumens y Trabajos...** Lima/Peru: Pontífice Universidad Católica del Peru, 2006a.

LEONCIO, W. A. H.; TARDIVO, L. S. L. P. C Consulta Terapéutica con una Familia Acogida. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE RORSCHACH Y METODOS PROYECTIVOS –CONOCER EL MUNDO INTERNO: COMPRENDERMOS MEJOR, 13. Del 2 al 5 de agosto del 2006, Lima/Peru. **Resumens y Trabajos...** Lima/Peru: Pontífice Universidad Católica del Peru, 2006b.

LEVIN, E. **Rumo a uma infância virtual**: A imagem corporal sem corpo. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

LITTLE, M. I. **Ansiedades psicóticas e prevenção**. Registro pessoal de uma análise com Winnicott. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

LOPARIC, Z. O "animal humano". **Revista natureza humana**, São Paulo, v. 2, n. 2, 2000. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-2430200000200005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 04 mar. 2013.

LUZ, A. B. Fases da psicoterapia. In: EIZIRICK, C. L.; AGUIAR, R. A.; SCHESTATKY, S. S. (Orgs.). **Psicoterapia de orientação psicanalítica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 254-264.

MELO, C. A. **Percepção de família em crianças abrigadas**. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP, 150 f., 2011.

MÈREDIEU, F. **O desenho infantil**. São Paulo: Cultrix, 1994.

MOUGIN-LEMERLE, R. De la décision de cure avec un enfant. Prolégomènes à toute cure qui voudra se présenter comme analytique. In: ALLIONE, C. *et al.*, **L'enfant et la Psychanalyse**. Paris: Esquisses Psychanalytiques – C.F.R.P, 1993. p. 157-166.

MRECH, M. L. **Psicanálise e educação**: Novos operadores de leitura. São Paulo: Pioneiras; Thomson Learning, 2003.

NAFFAH NETO, A. A pesquisa psicanalítica. **J. psicanal.** São Paulo, v. 39, n. 70, p. 279-288, jun. 2006. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2016.

NAFFAH NETO, A. A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. **Rev. bras. psicanál.**, v.41, n. 4, p. 77-88, dez. 2007. ISSN 0486-641X.

NAFFAH NETO, A. Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1-18, 2010. Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000200004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 08 nov. 2017.

NAFFAH NETO, A. O caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 41, n. 75, p. 107-121, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2017.

NASIO, J. D. **Os grandes casos de psicose**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

OCAMPO, M. L. S. *et al.* **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

OLIVEIRA, R. C. A história começa a ser revelada: panorama atual do abrigo no Brasil. In: BAPTISTA, M. V. (Coord.). **Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação**. 2. ed. São Paulo: Instituto Camargo Corrêa, 2010. (Coletânea Abrigar, 1) (Trabalho original publicado em 2006).

OLIVEIRA, Shimênia Vieira de; PROCHNO, Caio César Souza Camargo. A vinculação afetiva para crianças institucionalizadas à espera de adoção. **Psicol. cienc. Prof.**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 62-84, mar. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2017.

ONU. **Projeto de Diretrizes das Nações Unidas Sobre Emprego e Condições Adequadas de Cuidados Alternativos com Crianças**. 2006. p. 24. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/sedh>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

PENSO, M. A.; COSTA, L. F. (Orgs.). **A transmissão geracional em diferentes contextos**. São Paulo: Summus, 2008.

PEREIRA, M. P.; KISS, C. Revisão da literatura sobre crianças institucionalizadas. In: CONGRESSO MULTIDISCIPLINAR DA UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, 1. **Anais...** São Paulo, p. 35-39, 2007.

PHILLIPS, A. *Winnicott*. São Paulo: Ideias & Letras, 2007. (Trabalho original publicado em 1988)

PONCE, L. G. **Um olhar winnicottiano sobre o imaginário coletivo das mães sociais acerca do cuidado infantil na situação de abrigo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

PONCE, L. G. **Mães sociais e cuidado infantil institucionalizado: um estudo sobre o imaginário coletivo à luz da teoria de D. W. Winnicott**. Curitiba: CRV, 2015.

PONTE, J. P. O estudo de caso na investigação em educação matemática. **Quadrante**, v. 3, n. 1, p. 3-18, 1994.

PORTAL DE NOTÍCIAS O DIA. **MPE alerta para situação crítica de abrigos de crianças e adolescentes**. Disponível em:

<<http://www.portalodia.com/noticias/piaui/mpe-alerta-para-situacao-critica-de-abrigos-de-criancas-e-adolescentes-226484.html>>. Noticiado na data 22/02/2015, 09:55h. Acesso em: 10 ago. 2017.

PORTAL DE NOTÍCIAS G1 RIO GRANDE DO SUL. **Abrigos para crianças em Porto Alegre apresentam situação precária**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2015/04/abrigos-para-criancas-em-porto-alegre-apresentam-situacao-precaria.html>>. Noticiado na data 02/04/2015, 15h12. Acesso em: 10 ago. 2017 .

PORTAL DE NOTÍCIAS GAZETA DO POVO. **Situação nos abrigos é precária**. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/situacao-nos-abrigos-e-precaria-1y0s10ydrkqm3wgv9ao9ufwb2>>. Noticiado na data 28/06/2010, 21h04. Acesso em: 10 ago. 2017 .

PORTAL DE NOTÍCIAS RD NEWS. **MP aciona prefeito por situação precária em abrigo de crianças**. Disponível em: <<http://www.rdnews.com.br/municipios/mp-aciona-prefeito-por-situacao-precaria-em-abrigo-de-criancas/27952>>. Noticiado na data 20/05/2011, 19:53. Acesso em: 10 ago. 2017.

RENK, K.; DINGER, T. M. Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. **Journal of Clinical Psychology**, v. 58, n. 9, p. 1173-1181, 2002.

RIBEIRO, D. P. S. A.; TACHIBANA, M. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica. **Aletheia**, Canoas, n. 28, p.135-145, 2008.

ROTONDARO, D. P. Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, DF, v. 22, n. 3, p. 8-13, set. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2017.

SAFRA, G. Pesquisa com material clínico. **Psicanálise e Universidade**, v. 1, p. 51-72, 1994.

SAFRA, G. **A face estética do self**: teoria e clínica. São Paulo: Unimarco, 1999.

SANTOS, L. Adoção ou abrigos de tipo ideal? **Revista Serviço Social e Sociedade**, v. 21, n. 63, p. 76-93, 2000.

SCALON, Daniela; FERNANDES, Walkyria. Abordagem osteopática na gastrite. **Revista eletrônica Inspirar**, v. 2, n. 2, maio 2011.

SEI, M. B. Abrindo espaço para o ser: Winnicott e a ludoterapia no contexto da violência familiar. **Psyche**, São Paulo, v. 12, n. 22, p. 199-214, jun. 2008 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382008000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SILVA, M. E. L. Pensar em psicanálise. In: SILVA, M. E. L. (Coord.). **Investigação e psicanálise**. Campinas, SP: Papirus, 1993. p. 11-25.

SILVA, I. R. **Abuso e trauma**: efeitos da desordem de estresse pós-traumática e desordem de múltipla personalidade. São Paulo: Vetor, 2000.

SOCHA, Alexandre. Sessões termináveis e intermináveis: reflexões sobre o uso temporal do encontro analítico. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 44, n. 81, p. 97-108, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Pele e emoções** – Dermatoses psicossomáticas. Disponível em: <<http://www.sbdmg.org.br/dicas-de-saude/pele-e-emocoes-ndash-dermatoses-psicossomaticas/>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

SOUZA, A. B. T. **A supervisão psicanalítica de ludoterapia de trauma e abandono**: contribuições à luz da transferência e da contratransferência. 251 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. (Trabalho original publicado em 1965).

STELLA, C. Filhos de mulheres presas: o papel materno na socialização dos indivíduos. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 292-306, 2009.

STÜRMER, A.; CASTRO, M. G. K. **Crianças e adolescentes em psicoterapia**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TACHIBANA, M. **Fim do mundo**: o imaginário da equipe de enfermagem sobre a gravidez interrompida. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 2011.

TEIXEIRA, A. C. B.; RIBEIRO, G. P. L. **Manual de direito das famílias e das sucessões**. V. 1. Belo Horizonte: Del Rey/Mandamentos, 2008.

TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade**: O desenho livre como estímulo de apercepção temática. 2 ed. São Paulo: EPU, 1987.

TRINCA, W. **Formas de investigação clínica em Psicologia**. São Paulo: Vetor, 1997.

TRINCA, A. M. T. **A intervenção terapêutica breve e a pré-cirúrgica infantil**. São Paulo: Vetor, 2003.

TURATO, E. R. Introdução à metodologia de pesquisa clínico-qualitativa - Definição e principais características, **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 2, n. 1, p. 93-108, 2000.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa, **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VALCAPELLI, L. A.; GASPARETTO. **Metafísica da saúde**, v. 1. Sistemas respiratórios e digestivos. São Paulo: Vida e Consciência, 2000.

VAN KOLCK, O. L. Interpretação psicológica de desenhos: três estudos. São Paulo, SP: Pioneira, 1968

WALITZER, K. S.; DERMEN, K. H.; CONNORS, G. J. Strategies for preparing clients for treatment. A review. **Behavior Modification**, v. 23, n. 1, p. 29-51, 1999.

WINNICOTT, D. W. Resenha sobre *The Cambridge Evacuation Survey: um estudo em tempo de guerra sobre bem-estar social e educação* In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002a. p. 19-22. (Trabalho original publicado em 1941).

WINNICOTT, D. W. Alojamento para crianças em tempo de guerra e em tempo de paz. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002b. p. 81-86. (Trabalho original publicado em 1948).

WINNICOTT, D. W. A criança evacuada. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes. 2002c. p. 41-46. (Trabalho original publicado em 1945).

WINNICOTT, D. W. Alguns aspectos psicológicos da delinquência juvenil. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002d. p.127-134. (Trabalho original publicado em 1946).

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000a. p. 268-285. (Trabalho original publicado em 1945).

WINNICOTT, D. W. A mãe dedicada comum. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Tradução de Jefferson Luiz Camargo; revisão técnica e tradução da introdução de Maria Helena de Souza Patto. São Paulo: Martins Fontes, 1996a. p. 1-11. (Trabalho original publicado em 1949).

WINNICOTT, D. W. A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Tradução de Jefferson Luiz Camargo; revisão técnica e tradução da introdução de Maria Helena de Souza Patto. São Paulo: Martins Fontes, 1996b. p. 79-92(Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. A mãe separada do filho. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002e. p. 31-39. (Trabalho original publicado em 1939).

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psique-soma. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000b. p. 409-426. (Trabalho original publicado em 1949).

WINNICOTT, D. W. A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002f. p.195-213. (Trabalho original publicado em 1950).

WINNICOTT, D. W. Agressão. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002g. p. 93-101. (Trabalho original publicado em 1939).

WINNICOTT, D. W. A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000c. p.437.- 458. (Trabalho original publicado em 1954).

WINNICOTT, D. W. Ansiedade associada à insegurança. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago 2000d. p. 205.-210. (Trabalho original publicado em 1952).

WINNICOTT, D. W. Estabelecimento da relação com a realidade externa. In: WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Tradução de Davy Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990a. p.120-135. (Trabalho original publicado em 1954).

WINNICOTT, D. W. Retraimento e regressão. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000e. p. 427-436. (Trabalho original publicado em 1955).

WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000f. p. 459-482. (Trabalho original publicado em 1955).

WINNICOTT, D. W. A capacidade de estar só. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982a. p. 31-37. (Trabalho original publicado em 1958).

WINNICOTT, D. W. A tendência antissocial. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002h. p.135-148. (Trabalho original publicado em 1958).

WINNICOTT, D. W. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Tradução de Davy

Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000g. p. 313-340. (Trabalho original publicado em 1958).

WINNICOTT, D. W. Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982b. p. 128-139. (Trabalho original publicado em 1960).

WINNICOTT, D. W. Provisão para a criança na saúde e na crise. In: WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982c. p. 62-79. (Trabalho original publicado em 1962).

WINNICOTT, D. W. Preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000h. p.491-498. (Trabalho original publicado em 1956).

WINNICOTT, D. W. O ódio na contratransferência. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: Obras escolhidas, Rio de Janeiro: Imago, 2000i. p. 277-287. (Trabalho original publicado em 1947.)

WINNICOTT, D. W. Contratransferência. In: **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982d. p.145-151. (Trabalho original publicado em 1960).

WINNICOTT, D. W. Variedades clínicas da transferência. In: WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à Psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000j. p.483-490. (Trabalho original publicado em 1955).

WINNICOTT, D. W. Teoria do relacionamento paterno infantil. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000k. p.38-54. (Trabalho original publicado em 1960).

WINNICOTT, D. W. Observação de bebês em situação estabelecida. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000l. p. 139-164. (Trabalho original publicado em 1941).

WINNICOTT, D. W. Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação analítica. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982e. p. 225-233. (Trabalho original publicado em 1963).

WINNICOTT, D. W. O medo do colapso. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994a. p. 70-76. (Trabalho original publicado em 1963).

WINNICOTT, D. W. Raízes da agressão. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002i. p. 96-103. (Trabalho original publicado em 1964).

WINNICOTT, D. W. O jogo do rabisco. Amálgama de dois trabalhos: um não publicado escrito em 1964 e outro publicado em 1968. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994b. (Trabalho original publicado em 1964 e 1968).

WINNICOTT, D. W. Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002j. p. 59-80. (Trabalho original publicado em 1947).

WINNICOTT, D. W. A psicoterapia de distúrbios de caráter. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002k. p.275-290. (Trabalho original publicado em 1963).

WINNICOTT, D. W. Assistência residencial como terapia. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002l. p. 249-260. (Trabalho original publicado em 1970).

WINNICOTT, D. W. Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1982f. p. 106-133. (Trabalho original publicado em 1965).

WINNICOTT, D. W. A interpretação na psicanálise. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994c. p. 163-166. (Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994d. p.102-115. (Trabalho original publicado em 1965).

WINNICOTT, D. W. A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994e. p.94-101. (Trabalho original publicado em 1965).

WINNICOTT, D. W. Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982g. p. 152-155. (Trabalho original publicado em 1965).

WINNICOTT, D. W. Provisão para a criança na saúde e na crise. In: WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982h. p. 62-69. (Trabalho original publicado em 1965).

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança In: WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982i. p.55-61. (Trabalho original publicado em 1965).

WINNICOTT, D. W. O desmame. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães** Tradução de Jefferson Luiz Camargo; revisão técnica e tradução da introdução de Maria Helena de Souza Patto. São Paulo: Martins Fontes, 1996c. p. 01-12. (Trabalho original publicado em 1949).

WINNICOTT, D. W. O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975a. p. 175-186. (Trabalho original publicado em 1967).

WINNICOTT, D. W. A criatividade e suas origens. In: WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975b. p. 108-138. (Trabalho original publicado em 1971).

WINNICOTT, D. W. O conceito de Regressão Clínica comparado com o de organização defensiva. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994f. p.151-156. (Trabalho original publicado em 1967).

WINNICOTT, D. W. Sobre o “uso de um objeto”. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994g. p. 170-186. (Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. O brincar: uma exposição teórica. In: WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975c. p. 65-87. (Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994h. p. 195-202. (Trabalho original publicado em 1969).

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975d. p. 13-44. (Trabalho original publicado em 1971).

WINNICOTT, D. W. O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975e. p. 139-151. (Trabalho original publicado em 1969).

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982j.

WINNICOTT, D. W. Psicanálise do sentimento de culpa. In: WINNICOTT, D. W. **A**

criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982k. p. 19-30. (Trabalho original publicado em 1958).

WINNICOTT, D. W. Variedades de psicoterapia. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência.** 3. ed. Tradução de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002m. p.263-274. (Trabalho original publicado em 1961).

WINNICOTT, D. W. A delinquência como sinal de esperança In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 1999a. p. 81-92. (Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. A cura. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 1999b. p. 105-114. (Trabalho original publicado em 1970).

WINNICOTT, D. W. Tipos de psicoterapia. WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 1999. p.93-102(Trabalho original publicado em 1961).

WINNICOTT, D. W. Vivendo de um modo criativo. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 1999c. p.23-40. (Trabalho original publicado em 1970).

WINNICOTT, D. W. Notas sobre o fator tempo no tratamento. In: WINNICOTT, D. W. **Pensando sobre crianças.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

WINNICOTT, D. W. O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 1999d. p. 3-22. (Trabalho original publicado em 1967).

WINNICOTT, D. W. Agressão, culpa e reparação. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 1999e. p. 69-80. (Trabalho original publicado em 1960).

WINNICOTT, D. W. Psiconeurose na infância. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas.** Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994i. p. 53-58. (Trabalho original publicado em 1989).

WINNICOTT, D. W. O valor da ilusão e dos estados transicionais. In: WINNICOTT, D. W. **Natureza humana.** Tradução de Davy Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990b. p.126-127. (Trabalho original publicado em 1990).

ZASLAVSKY, J.; NUNES, M. L.T.; EIZIRIK, C. L. A supervisão psicanalítica: revisão uma proposta de sistematização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 297-309, 2003.

ZIMERMAN, D. S. **Fundamentos psicanalíticos:** teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Capítulo IV, itens 1 a 8 da Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)

_____, criança pela qual você é responsável legal, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Os sentidos do afastamento familiar para crianças institucionalizadas visitadas ou não pela família natural analisados à luz da winnicottiana**” sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Larissa Garcia Ponce, RG nº43.566.824-9 e de seu orientador de doutorado Dr. Alfredo Naffah Neto.

Este termo deverá ser elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em poder do representante legal da criança e a outra via em poder do pesquisador responsável.

Os resultados da pesquisa farão parte da tese de doutorado de Larissa Garcia Ponce, discente no Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Linha de Pesquisa: Contextos Histórico e Cultural no Núcleo Método Psicanalítico e Formações da Cultura da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PU-SP, campus Monte Alegre, sob orientação da Dr. Alfredo Naffah Neto, docente do referido curso de pós-graduação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo –PUC- SP Campus Monte Alegre. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (11) 3670-8466 ou pelo e-mail: cometica@pucsp.br ou diretamente com a pesquisadora no telefone XXXXXXXXXX ou e-mail l.garcia.ponce@gmail.com

I. A pesquisa:

Esta pesquisa tem por objetivo investigar e compreender, a partir do ponto de vista infantil de quatro crianças institucionalizadas, em um Abrigo Institucional do interior do estado de São Paulo suas vivências pessoais de separação familiar em virtude do acolhimento institucional, os sentimentos e fantasias que perpassam essa situação e os sentidos da visita ou não visita familiar durante este período. A compreensão destas questões, justifica a importância da pesquisa, uma vez estas crianças podem passar um longo e decisivo período de suas vidas afastadas do convívio diário da família.

II. Procedimentos:

Os procedimentos utilizados com as crianças participantes da pesquisa são os seguintes: observação das visitas familiares 1 dia por semana durante 1 hora meia, atendimento clínico durante aproximadamente 1 (um) ano, uma vez por semana, com duração de 50 minutos por sessão, na clínica –escola de uma Universidade da cidade. Os encontros serão pautados em entrevistas lúdicas e na aplicação do procedimento de Desenhos-Estória com Tema explorando os assuntos que surgirem no decorrer dos atendimentos, e ao final do processo haverá uma entrevista devolutiva com os participantes e seus responsáveis.

III. Riscos/Desconfortos e Benefícios

Possíveis riscos ou desconfortos: A possibilidade de risco é mínima, uma vez que os (as) participantes estarão em um espaço psicoterápico, podendo neste espaço ressignificar e elaborar as possíveis dificuldades e conflitos que surgirem ao longo da pesquisa.

Formas de Acompanhamento e assistência em caso de ocorrência dos riscos ou desconfortos: A psicóloga-pesquisadora se compromete a prolongar ou encaminhar para atendimento aqueles que ainda necessitem de acolhimento psicológico para lidar com as problemáticas suscitadas pelo trabalho.

Benefícios esperados: 1) Psicoterápicos: uma vez que psicoterapia promove um espaço de acolhimento, manifestação e elaboração de sentimentos, angústias e sofrimento, em contexto propício para que seja manejado de maneira apropriada.

2) Científicos: por meio do fomento de artigos e trabalhos sobre o tema e incitando o interesse de outros pesquisadores para que novos estudos sejam propostos.

IV. Liberdades/Garantias: Aos participantes é facultada a possibilidade de interrupção de sua participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou ônus a eles (elas).

V. Sigilo/Anonimato

Os dados pessoais dos (das) participante e da instituição serão mantidos em absoluto sigilo, bem como qualquer outro dado que possibilite sua identificação, no entanto, podem ser apresentados em congressos ou sob a forma de artigos científicos de circulação restrita entre profissionais da área. Em qualquer veiculação pública, não haverá qualquer informação que permita identificar os (as) participantes ou a instituição pesquisada.

VI. Despesas/indenização (quando houver) Não há despesas ou ônus aos participantes, no entanto, psicóloga-pesquisadora se compromete a prolongar ou encaminhar para atendimento aqueles que ainda necessitem de acolhimento psicológico para lidar com as problemáticas suscitadas pelo trabalho.

VII. Publicação Os dados pessoais dos (das) participante e da instituição serão mantidos em absoluto sigilo, bem como qualquer outro dado que possibilite sua identificação, no entanto, podem ser apresentados em congressos ou sob a forma de artigos científicos de circulação restrita entre profissionais da área. Em qualquer veiculação pública, não haverá qualquer informação que permita identificar os (as) participantes ou a instituição pesquisada.

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE LEGAL

Eu, _____, RG nº _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo sua participação no estudo acima mencionado, como PARTICIPANTE. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ao PARTICIPANTE pesquisado.

Declaro, ainda, que () concordo / () não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das informações pessoais e do anonimato.

Local e data _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal

Eu, _____, pesquisador responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do PARTICIPANTE para a participação na pesquisa.

Assinatura do Pesquisador