

REBES REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE



GVA - GRUPO VERDE DE AGROECOLOGIA E ABELHAS - POMBAL - PB
ESTUDO DE CASO

Uma compreensão do papel dos pais, à luz da prática clínica, na análise de crianças: Estudo de caso

Alana Cristina de Sousa Alencar Silva

Psicóloga, especialista em Saúde Mental (IBPEX). Email: alencar.alana@hotmail.com

Maria do Socorro Bezerra Queiroz de Araújo

Psicóloga, especialista em Saúde Mental (IBPEX) e em Psico-Oncologia, pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Email: socorrobqapsi@hotmail.com

Resumo: A experiência clínica com crianças e adolescentes de diversas faixas etárias, de ambos os sexos, demonstrou que o andamento e o resultado do tratamento dessas crianças têm uma correlação direta com a colaboração, a participação e o comprometimento de seu núcleo familiar. Neste caso, especificamente, os pais. A presente pesquisa, do tipo descritiva, teve como objetivo investigar o lugar dos pais na psicanálise da criança e determinar se os mesmos dificultam ou colaboram no processo de análise de seus filhos. Para tanto, fez-se uma análise paralela do lugar dos pais na psicanálise de crianças, comparando duas experiências de prática clínica com a visão de alguns teóricos. Na prática clínica, com crianças, percebeu-se o quanto é importante e necessário ao clínico estar apoiado num suporte teórico e, que a falta desse arcabouço pode resultar numa prática frágil e incompleta. Os resultados proporcionados a partir desta pesquisa permitiram compreender que é muito importante a presença dos pais na psicanálise da criança. E, que quando necessário clinicamente, pode-se sugerir uma inclusão programada desses pais, fazendo com eles um tratamento paralelo, deixando claro que o foco da análise é a criança e a relação que os mesmos mantêm, de forma que todos possam-se beneficiar da ajuda do psicanalista.

Palavras-chave: Análise. Psicanálise. Criança.

An understanding of the role of parents, in light of clinical practice, the analysis of children: Case Study

Abstract: Clinical experience with children and adolescents of different ages, both sexes showed that the progress and outcome of treatment of these children have a direct correlation with the cooperation, participation and commitment of its core family. In this case, specifically, parents. This research, descriptive, aimed to investigate the parents' place in the psychoanalysis of children and determine whether difficult or even collaborate in the review process of their children. For that, there was a parallel analysis of parents' place in psychoanalysis of children, comparing the two experiences of clinical practice with the view of some theorists. In clinical practice with children, it was realized how important and necessary for the physician to be supported by a theoretical support and the lack of practice framework can result in a fragile and incomplete. The results provided from this research led to understand that it is very important the presence of fathers in child psychoanalysis. And, when clinically necessary, we can suggest a planned inclusion of these parents, making them a parallel treatment, making it clear that the focus of analysis is the child and the relationship that they maintain, so it can receive aid from psychoanalyst.

Key-words: Analysis. Psychoanalysis. Child.

1 Introdução

Ao longo da experiência clínica no consultório, observando crianças e adolescentes de diversas faixas etárias, de ambos os sexos, observamos que o andamento e resultado do tratamento dessas crianças dependem e têm uma correlação direta com a colaboração, participação e comprometimento do núcleo familiar do paciente, neste caso especificamente, os pais.

Em se tratando de crianças, esse núcleo familiar, na maioria das vezes está representado pela figura do

casal parental, pai e mãe, que possui um papel de fundamental importância (ou até determinante) na condução do tratamento.

Desse modo, no momento em que os pais procuram uma análise para seu filho ou filha, toda a história familiar vem à tona. Uma vez que é dela que vem carregado o sintoma da criança. No entanto, esclarecer e definir a posição de cada membro desse núcleo familiar diante do sintoma, é condição fundamental para que o trabalho de análise dessa criança seja possível.

Nesse contexto, o presente estudo buscou respostas ao seguinte questionamento: Qual o papel dos pais na psicanálise? Assim, partindo desse questionamento, procurou-se confirmar se a presença dos pais nas análises contribui ou não para o progresso das crianças avaliadas. Foi, portanto, as observações realizadas na prática clínica com crianças em processo de análise, que fizeram despertar o interesse pelo presente tema. As observações somadas revelam que nem sempre os pais colaboraram com o tratamento de suas crianças, fazendo com que muitas vezes as mesmas sejam impossibilitadas de ser ajudadas e de terem superadas suas dificuldades, pelo processo de análise.

Assim, para o presente trabalho definiu-se o seguinte objetivo geral: identificar o lugar dos pais na psicanálise infantil e determinar se seus mecanismos de defesa dificultam ou colaboram com o tratamento de suas crianças. E, como específicos, estabeleceu-se os seguintes: Identificar as causas do não comprometimento dos pais com o processo de análise de seus filhos; comparar as discussões teóricas a cerca do lugar dos pais na análise de seus filhos e a visão da prática analisada a partir de dois casos clínicos, e, propor ações que façam com que seja possível explorar melhor as resistências que surgem durante o processo.

No presente trabalho, caracterizado como uma pesquisa do tipo descritiva, analisou-se dois casos clínicos comparando-os com situações descritas na literatura. Contudo, para atingir os objetivos pré-estabelecidos, dividiu-se o citado trabalho em quatro seções.

Num primeiro momento, procedeu-se uma revisão de literatura, oportunidade em se desenvolveu os fundamentos teóricos relacionados ao surgimento da psicanálise e enumerou-se as principais contribuições dadas por S. Freud, Anna Freud, Melanie Klein e D. W. Winnicott, para, em seguida, abordar o lugar dos pais na psicanálise da criança. Em ato contínuo, delimitou-se o objeto do presente estudo e mostrou-se os procedimentos metodológicos nele seguido. Por último, apresentou os resultados e procedeu-se uma discussão sobre os mesmos, fundamentada à luz da literatura pertinente.

2 Materiais e Métodos

2.1 Tipo de pesquisa

Optou-se por um estudo qualitativo exploratório e descritivo, o qual foi estimulado a partir da atividade profissional desempenhada com os pacientes em questão.

Assim, o presente trabalho traça um quadro comparativo de dois casos clínicos, experiências vividas na prática clínica em consultório, correlacionando-os com experiências descritas na literatura, sobre o lugar dos pais na psicanálise de crianças.

A pesquisa descritiva é aquela que segundo Barros e Silva (1981), o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos, sem manipulá-los. O objetivo desta pesquisa foi analisar o papel dos pais na psicanálise da criança.

2.2 Local e período do estudo

O presente estudo foi realizado no Consultório de Psicologia, localizado à Rua Bossuet Wanderley, nº

601, no centro da cidade de Patos, Estado da Paraíba, durante o período de maio a setembro de 2012.

2.3 População e Amostra

Foram selecionados como elementos da população todos os pacientes menores e seus respectivos pais e/ou responsáveis, assistidos num Consultório de Psicologia. A amostra da presente pesquisa foi composta por dois menores e seus respectivos pais e responsáveis, sendo que um dos menores é do sexo feminino, com cinco anos de idade, e o outro, do sexo masculino, com nove anos de idade.

2.4 Critérios de inclusão e de exclusão

Como critério de inclusão definiu-se a necessidade da presença dos pais no tratamento de suas crianças, para assim poder determinar o lugar dos mesmos na psicanálise de crianças. Foram excluídos do presente estudo todos aqueles pacientes menores, cujo tratamento ao exigia a presença efetiva dos pais, durante as sessões de psicanálise.

2.5 Instrumentos de coleta de dados e técnicas

O procedimento usado para o desenvolvimento do presente trabalho foi o da inferência dedutiva, pela aplicação de entrevistas abertas onde os envolvidos falavam livremente sobre suas necessidades que os fizeram procurarem ajuda de um profissional de Psicologia e a transcrição desses relatos trazidos durante as sessões de análise. Esses atendimentos são sistemáticos tanto com as crianças como com os pais.

Essa técnica foi a que mais se adequou ao objetivo do estudo e ao método escolhido para norteá-lo. Os relatos foram registrados através de fichas de acompanhamentos psicológicos, sendo transcritos e analisados através da técnica de análise temática de conteúdo, de maneira a atender os objetivos da pesquisa.

2.6 Comprometimentos éticos

Os pais dos menores focalizados foram informados sobre a relevância da pesquisa, seus objetivos e procedimentos de avaliação, garantia de sigilo dos dados, ausência de riscos e possibilidade de desistir a qualquer momento da participação da pesquisa, sem qualquer influência ou prejuízo em seu tratamento ou na sua vida escolar.

Além disso, os mesmos foram esclarecidos quanto à questão da participação voluntária e sem compromisso financeiro com as pesquisadoras. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada pelos pais do referidos menores, observando-se as questões éticas que são preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Os nomes dos pacientes e de seus respectivos responsáveis, que aparecem nos relatos das duas experiências clínicas apresentadas neste estudo, são

fictícios e utilizados com o intuito de manter o sigilo profissional.

3 Resultados

3.1 Primeira experiência clínica

O primeiro caso clínico, cujo fragmento será relatado, refere-se a um atendimento sistemático, realizado duas vezes por semana. Para garantir o sigilo assistido à paciente de não revelar sua identidade a chamaremos de Andréa e seus pais de Antônio e Cláudia.

A senhora Cláudia (26 anos), procurou nossa clínica para que Andréa desse continuidade ao seu processo de análise, que havia sido interrompido por motivos financeiros. A princípio, essa foi a queixa dos pais de Andréa.

Andréa tem cinco anos, nasceu de parto natural e mamou durante os seus primeiros quatro meses de vida. O desmame se deu de forma espontânea. De acordo com seus pais, Andréa demorou a andar e a falar. No entanto, nem a senhora Cláudia nem o senhor Antônio (32 anos), sabem dizer quanto tempo foi ao certo essa demora. A criança nasceu com hipotonia muscular, o que veio a comprometer seu desenvolvimento psicomotor. Andréa também foi diagnosticada como portadora de uma miopia bastante elevada, já aos três meses de vida, o que fez com que a mesma fizesse uso de óculos de grau desde muito cedo. A criança também é estrábica.

Segundo mãe, a gestação não foi muito 'tranquila', já que engravidou de Andréa ainda quando namorava o pai da criança, conseqüentemente vindo a se casarem meses após a confirmação da gravidez. No entanto, em seus relatos ela afirma:

Eu não estava preparada para ser mãe, tinha muito a conquistar, era muito jovem. Eu rejeitei a gravidez o tempo todo, é tanto que só tomei consciência, ou melhor, acreditei depois de três meses que a regra estava atrasada. Na verdade só curti as três ou quatro últimas semanas de gestação. Eu rejeitei o tempo todo.

Em outra sessão, Cláudia relatou, que, inclusive, não parou ou mudou de setor de trabalho, embora trabalhasse num setor de raios-X, de uma clínica particular da cidade em que mora.

O estado citado acima em destaque corresponde ao que Winnicott (2000, p. 400-401), descreve como preocupação materna primária, que é um "estado exacerbado de sensibilidade durante e após a gravidez e, sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassam".

É importante destacar que caso a mãe se encontre neste estado psicológico especial, ela poderá se colocar no lugar do bebê. E, se essa mãe for 'suficientemente boa' irá proporcionar ao seu bebê, a princípio, assistência as suas necessidades, que "gradualmente transformam-se em necessidade do ego à medida que da elaboração imaginativa das experiências físicas emerge uma psicologia" (WINNICOTT, 2000, p. 403).

Nesse caso, ocorre o Winnicott denomina de 'holding' ou também por 'sustentação'. Trata-se de uma

sustentação que a mãe suficientemente boa propicia ao bebê. A função de holding enfatiza segurar o bebê, a princípio fisicamente, mas também psicologicamente.

Acrescenta Nasio (1995), que essa sustentação psíquica consiste em dar esteio ao 'eu' do bebê em seu desenvolvimento, colocando-o em contato com uma realidade externa simplificada, repetitiva, que permita ao eu nascente encontrar pontos de referência simples e estáveis, necessários para que ele leve a cabo seu trabalho de interação no tempo e no espaço.

Numa determinada sessão, o senhor Antônio relatou:

Eu sabia desde o início que ela estava grávida e desejei como nunca. Cláudia se preocupou mais do que eu, a situação era difícil, estava desempregado e tivemos que contar a família dela, mas o resto estava tudo resolvido. Eu a amei desde o início.

O pai de Andréa é muito apegado à filha e tem preocupações excessivas com ela, muitas vezes subjugando a capacidade que Andréa tem de se 'cuidar' minimamente.

Noutra sessão, o senhor Antônio faz questão de dizer, que "quando ela nasceu eu dormia dez minutos e olhava quinze pra ela. É por isso que ela dorme no nosso quarto, eu tenho medo que alguma coisa aconteça com ela, que se enrole em seus lençóis e que não tenha ninguém por perto pra ajudá-la".

O pai completa: "eu busco dar um pouco daquilo que falta em Cláudia, ela é um pouco desligada. Mas eu não digo isso a ela".

Para Cláudia, a filha Andréa, hoje, é o que há de mais importante em sua vida. Ela costuma dizer:

[...] eu a amo tanto que dói. Mas acho que não é preciso dar esse excesso de cuidados que Antônio tem com Andréa. Eu acho que criança é pra cair, se machucar, etc. E nossa função é de fazer com que ela evolua, indicando-lhe o caminho e não evitando que tudo de ruim lhe aconteça, privando de experiências que só a vida possa lhe oferecer. Eu acho Antônio exagerado em seus cuidados.

Nas sessões com Andréa, observou-se o quanto é importante que haja rapidamente uma intervenção na sua relação com sua mãe e com o seu mundo externo. A princípio, foi difícil definir a forma ideal para que esse quadro sintomático fosse revertido.

Andréa sente dificuldade de se comunicar com as pessoas e com o seu mundo exterior. Seus discursos são sempre vazios, cheios de uma linguagem pobre.

Ela chegava às sessões sempre repetindo as mesmas palavras: "TIULISTA! TIULISTA!"; e batendo palmas. Em seguida desconversava e procurava os jogos dispostos no consultório, onde ao utilizá-los nem sempre desenvolvia um brincar elaborado. Esse comportamento é fruto do "aparecimento tardio da linguagem, mais ou menos alterada e pobre" (AJURIAGERRA, 1980; p. 670).

Em outros momentos ficava parada com o olhar vazio, sem olhar nos meus olhos, e em seguida dizia: "tia

Alana, o tempo já acabou? Você diz quando acabar?... TIL quer ir embora. Ele não tomou café... Espera TIL, o tempo não acabou”.

Sempre que se sentia angustiada com o encontro com tudo aquilo que lhe parecia tão alheio e estranho ao seu mundo cotidiano, Andréa recorria ao seu possível amiguinho imaginário. TIL é um amiguinho que Andréa o leva para todo lugar, inclusive as sessões que tenho com ela. Ele aparece e desaparece quando convém a ela. Andréa conversa com ele, brinca e o leva para passear de mãos dadas. Inclusive quando ele aparece, em algumas ocasiões, chega a irritar seus pais, já que ele não mora com ela e sim próximo a sua casa, fato que faz com que ela exija dos pais sempre parar em um determinado ponto próximo à sua casa para TIL descer. Quando contrariada, Andréa dá verdadeiros escândalos dentro do carro, segundo seus pais.

Os encontros e conversas que ela tem com seu amiguinho realmente acontecem. Seu comportamento e seu discurso são reais, quando TIL está por perto. Inclusive, sempre que ele chega às sessões, tenho que brincar, falar e me dirigir a ele em todas as atividades que desenvolvemos juntas, até mesmo quando sairmos do consultório e a levo até a recepção onde ficam aguardando por ela seus pais, também pego em sua mão e os conduzo juntos ao encontro dos pais.

Percebo que esta minha atitude a deixa mais tranquila e confiante em estar comigo, já que mantenho não só o consultório sempre do mesmo jeito que ela deixou na sessão anterior como também o mesmo comportamento diante de suas atitudes que surgem de repente e vão embora quando lhe é oportuno.

Andréa também tende a conservar o ambiente que a cerca sem nenhuma mudança ou alteração. Inclusive, rechaça a presença de estranhos. “Onde tá o meu pai, eu quero o meu pai... O tempo já acabou... Você deixa ir embora?”

Além de querer manter seu ambiente sem mudanças e resistir ao novo, estranho a ela, também para amenizar sua angústia diante da situação que lhe é apresentada, Andréa sempre menciona seu amiguinho imaginário TIL, ele a acompanha para todos os lugares que vai. De acordo com a mãe: “eu mesma já presenciei várias vezes suas conversas com ele e se ignoramos, ela fica chateada. O leva a escola, ao shopping, pra todo lugar. E conversa com ele como se ele realmente existisse”.

Para Ajuriagerra (1980, p. 670), “a criança vive em um mundo de objetos, os quais ela utiliza de forma estereotipada. Ainda que explore os objetos definidos, ela o faz com a finalidade de fixar em objetos ou em grupos de objetos definidos”.

Nos borrões de tinta guache de Andréa, não é possível vislumbrar nenhuma construção que nos remeta a uma ideia daquilo que ela gostaria de expressar.

Atualmente, seus atendimentos são realizados com sua mãe inserida no enquadre terapêutico. Busco com as intervenções reparar o que foi ‘quebrado’ na relação mãe-bebê e resgatar o desejo materno que possivelmente sofreu perturbações durante e após o parto.

Durante as sessões com Andréa, ela deixa entender que conhece a dificuldade da mãe em relação a ela, sua pouca afetividade e expressa sua raiva e ambivalência de sentimentos, afirmando, às vezes: “tô

com raiva, triste com você, você não gosta de mim”... “te amo mãe. Gosta de mim”.

Sempre em suas falas, está muito chorosa e com um aspecto um tanto carente de afeto. E todas as vezes que se refere a sua mãe é toda amorosa e lhe dá muitos beijos. Andréa é uma criança muito amorosa, atenciosa e de um gênio muito forte.

Para Dolto (1981, p. 224), uma criança que apresenta os sintomas descritos nestes fragmentos clínicos,

[...] sobrevém num ser humano que, na sua idade do pré-Ego, antes dos três anos, não tinha como suporte do seu Ego Ideal uma mãe orgulhosa da sua feminilidade com um pai orgulhoso da sua virilidade, feliz por tê-lo concebido e feliz por ele nascido com o seu sexo que é o seu, o que acontece quando o pai e mãe não resolveram os seus próprios complexos de Édipo e formam um par neurótico, fechado sobre si mesmo e dedicado apenas à manutenção material da sua progênie.

Tentando explicar essa situação Dolto acrescenta que é possível que um dos genitores do indivíduo tenha uma lacuna na estrutura pré-edípica ou edípica do libido, em uma das fases da sua evolução, e que ele tenha encontrado na estrutura inconsciente do seu conjugue uma falha análoga, também proveniente, pelo menos, de um de seus genitores.

Explica ainda Doto (1981), que quando se analisa um psicótico descobre-se que, desde muito novo, ele não teve um Ego Ideal representado por um adulto parental genitalmente acasalado, nem na realidade, nem de modo simbólico.

Andréa continua em atendimento. Ultimamente não tem faltado e seus pais sempre comparecem nas sessões periódicas, nos dias marcados. Ela tem saído do atendimento quase sempre em meus braços na posição de feto, de um bebê muito pequeno ou de um bichinho frágil que necessita de cuidados especiais.

Em relação a um possível diagnóstico clínico do caso descrito acima, poderia supor que Andréa possui uma estrutura “*boderlaine*”, onde seus sintomas permeiam entre a estrutura neurótica e psicótica.

Para Ajuriagerra (1980), crianças *boderlaines* possuem uma expressão de um desenvolvimento defeituoso e fragmentário do Ego, e que se manifesta por uma fragilidade das relações com a realidade, por contatos pobres e narcisistas com os demais, por pequenas alterações no raciocínio e na linguagem, por uma imagem corporal diferente, por discordâncias marcantes entre as capacidades e as performances intelectuais e pelo aparecimento de impulsos primitivos em seu comportamento ou na imaginação.

Ao longo do processo de análise de Andréa, foi possível perceber que manter os pais sempre presentes de maneira contínua e periódica foi à conduta mais sensata a ser tomada. Pois percebemos que neste caso se esses encontros não ocorrem de maneira sistemática, possivelmente Andréa não estaria mais em tratamento. Haja vista que há uma discordância entre o casal parental em relação à análise de Andréa. A mãe acha necessário o tratamento e não nega a problemática da filha enquanto

que o pai nega e ressalta com frequência nas sessões, que Andréa é ‘normal’ e não precisa de análise, que tudo não passa de exagero da mãe.

3.2 Segunda experiência clínica

Pedro (nove anos) é filho de uma relação tumultuada e fulgaz de sua mãe Lúcia (vinte e nove anos), dona de casa, portadora de um nível de instrução educacional muito baixo. Para recuperar o ‘tempo perdido sem estudar’, Lúcia frequenta o Telecurso do 1º Grau. Diz que é difícil e cansativo frequentar as aulas, pois não tem ajuda do marido para cuidar das crianças.

Além de Pedro, Lúcia tem ainda um casal de filhos, que são de uma terceira relação amorosa. Antes de Pedro, Lúcia teve ainda uma menina, de um primeiro envolvimento, que faleceu com dois meses de idade.

De acordo com Lúcia, ela e o pai de Pedro se conheceram ‘no mundo’, conforme relatou numa das primeiras entrevistas. Não se relacionaram por muito tempo, pois Luís (idade e dados familiares desconhecidos) quando soube da gravidez de Lúcia, abandonou-a, fugindo com outra mulher.

Luís fazia uso de entorpecentes, traficava e furtava. Lúcia, que também usou tóxicos no período da adolescência e conseqüentemente quando estava grávida de Pedro, declarou que: “a gente se dava bem, até que apareceu uma outra mulher na vida de Luís e isto fez com que ele me abandonasse grávida de poucos meses”.

Pedro nunca conheceu o pai como também nunca teve contato com a família do mesmo. Seu pai faleceu quando ele tinha mais ou menos cinco anos de idade. Lúcia não lembra ao certo a idade de Luís e detalhes do que aconteceu na época. Só consegue lembrar que o mesmo estava preso e que logo depois de solto, foi assassinado.

Na época, segundo relato de Lúcia, suspeitaram de brigas entre gângues rivais. No entanto, ao relatar o fato, Lúcia não demonstrou ter consciência do que viveu e a implicação do ocorrido na sua relação com Pedro.

Lúcia relata ainda que tem receio que Pedro tenha o mesmo destino do pai. E isto é algo que ela não deseja e não quer que aconteça. Quando pontua o que é mesmo que ela não quer que aconteça com Pedro, ela diz: “que ele vire um marginal como o pai”.

Ao mesmo tempo, ressalta que Pedro não tem mais jeito, que já surrou, deu castigo, mas ele não a obedece e sempre continua fugindo de casa. Nesse ponto, é possível claramente perceber os sentimentos ambivalentes que Lúcia tem em relação ao filho.

Pedro foi encaminhado a nossa clínica pelo Conselho Tutelar da Infância e Juventude, da cidade em que reside. Após sucessivas fugas de casa e do colégio, Pedro foi recolhido na rua, onde se encontrava no estacionamento de um supermercado, mendigando e recebendo gorjetas para observar os automóveis, enquanto seus proprietários faziam compras. Ele foi ‘recolhido’ e trazido para a sede do Conselho, onde, logo em seguida, Lúcia foi comunicada do ocorrido.

Para Marcelli e Braconnier (1989), a fuga é considerada uma partida impossível, brutal, comumente solitária e por um tempo limitado. O autor ressalta ainda,

que a criança ou o jovem, foge por não suportar o ambiente angustiante em que vive.

Na opinião de Ajuriaguerra (1980, p. 895-896):

Trata-se de uma forma de conduta através da qual a pessoa que foge tenta reduzir uma tensão psíquica angustiante, provocada por uma situação conflitiva que ela não se sente capaz de dominar. A fuga é uma reação da personalidade em face de problemas não resolvidos que só encontram solução na fuga, sem, todavia, dela tirar satisfações.

A fuga pode ser também considerada uma maneira de resolver um estado de tensão penoso por uma via não verbal e pode apresentar-se como uma reação de defesa do ego frágil contra um perigo, imaginário ou real, que ameaça a unidade da personalidade, colocando em risco sua segurança.

Após ser chamada atenção por parte da Promotoria Pública, Lúcia ficou sobre constante supervisão do Conselho Tutelar, que não admitia que ela não conseguisse ter autoridade sob Pedro, embora ela declarasse que fazia tudo que ‘podia’ para que Pedro frequentasse a escola e não ficasse o dia inteiro ‘perambulando’ pelas ruas da cidade. Diante destes fatos, a titular da Promotoria da Infância e da Juventude exigiu que Lúcia não somente tomasse conta de Pedro como também o levasse a uma psicóloga.

Assim, foi nessas condições que Lúcia e Pedro chegaram ao consultório: a mãe com medo da justiça e o menor assustado sem saber ao certo o que iria acontecer com ele, visto que sua mãe, dizia, reiteradamente, que iria entregá-lo à justiça.

Na primeira entrevista, Lúcia declarou: “Eu só vim porque eu tenho medo de ser presa”. Em outros momentos, disse: “Eu só não queria parar na cadeia, mas eu sei que ele não tem mais jeito”.

Falei para Lúcia que não estava ali para julgar nem tampouco punir ninguém. E sim, para ajudá-los a entender tudo que estava acontecendo naquele momento. Pois, acreditava que juntas, poderíamos achar uma solução para os problemas pelos quais estava passando Pedro. E, que naquele momento, por motivos das constantes fugas do filho, eles se encontravam em uma situação delicada perante a Justiça.

Após essas palavras, Lúcia ficou um pouco mais tranquila e pode falar do que realmente estava acontecendo com ela e Pedro. Ao iniciar as primeiras entrevistas com Lúcia, foi possível perceber que esta não tinha tido, assim como Pedro, uma vida muito fácil. Lúcia relata que sempre ‘deu trabalho’ a sua mãe, “fumava maconha e às vezes cheirava loló”.

Tal como Pedro, também sumia de casa e ficava com “gente sem futuro”. Levou várias surras da mãe, que sempre tentou lhe dar jeito e nunca conseguiu, da mesma forma que ela tenta hoje fazer com Pedro. Pergunto então, se ela percebe alguma semelhança entre sua história e o que se passa hoje com Pedro. Ela silenciou diante da minha pergunta.

Destaca Mannoni (1999), que a entrevista com o psicanalista é um encontro do outro com a sua própria

mentira. E é através dessa mentira que se pode determinar o sintoma.

Em relação à estrutura edipiana de Lúcia, pude entender que ela é filha do primeiro casamento de sua mãe, tem dois irmãos e duas irmãs. Ela informou que tem um irmão que é dependente químico e que maltrata muito sua mãe. Seu pai não lhe dava assistência, nem afeto. Filha caçula foi surrada várias vezes, por sua mãe, sem ‘motivo aparente’, apesar de reconhecer que era ‘danada’. Sempre andava em companhias que sua mãe não gostava e fazia o que não era permitido por ela.

Lúcia ressalta que seu pai faleceu de um enfarte e imagina que foi porque sua mãe o enganava com outros homens. Falo que imagino que sua vida foi muito sofrida e que por vezes ela deveria se sentir um pouco desamparada. Ela balança a cabeça e afirma que sim.

Mesmo sem ter consciência das repetições do comportamento transgressor, das formas de atuações entre ela e Pedro, Lúcia não demonstra entender quando pontua para ela que essas semelhanças existem, mas que as duas histórias aconteceram em tempos diferentes. Lúcia parece não entender muito bem sobre o que estamos falando. Sempre respondendo: “Eu não entendo muito bem as coisas que a senhora pergunta. Minha cabeça não é muito boa, sabe”.

De acordo com Ajuriaguerra (1980), o sujeito com suas identificações distorcidas, através de suas atuações, deseja realizar-se em uma realidade imaginária.

Peço que me fale um pouco mais sobre como foi sua gestação e os primeiros anos de vida de Pedro. Lúcia relata que não lembra muito bem como foi o período em que esteve grávida de Pedro.

Pergunto se ela também não lembra nem com quanto tempo Pedro andou. Falou ou como foi o período em que ela o amamentava. Ela responde, sem convicção, que Pedro começou a pronunciar suas primeiras palavras com um ano de idade e deu seus primeiros passos com dois anos. Já com relação ao período em que o amamentou, relatou que Pedro só foi amamentado até os dois meses, justificando que não tinha leite o suficiente para amamentá-lo.

Relatou também que Pedro ficou mais ou menos três dias interno num hospital, porque teve pneumonia. No entanto, não lembra ao certo quando isto ocorreu.

Os dados trazidos por Lúcia nos revelam que ela desenvolveu com Pedro uma maternagem difícil, uma dificuldade materna de investir libidinalmente nesse filho de forma adequada. Ela provavelmente não pode oferecer ao filho condições ambientais favoráveis propícias ao um bom desenvolvimento global. Impossibilitada de desenvolver um ‘holding’ com seu bebê, deixou-o, certamente, vivenciar experiências de intrusão, decorrentes das falhas ambientais.

A esse respeito, Winnicott (2000, p. 399), ressalta “que há um ambiente suficientemente bom, que possibilita ao bebê alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes. Assim como, ambientes não suficientemente bons, que distorcem o desenvolvimento do bebê”.

Nesse sentido, a mãe ao se preparar para a chegada do seu bebê é tomada por um estado todo especial o qual ele denominou de preocupação materna primária. A preocupação materna primária é considerada

como um estado exacerbado de sensibilidade que a mãe apresenta em relação ao seu bebê que gradualmente aumenta durante e principalmente nas últimas semanas de gestação as primeiras semanas de vida do infans (WINNICOTT, 2000),

Difícilmente as mães recordam desse estado depois de ultrapassá-lo. Acrescenta Winnicott (2000), que a preocupação materna primária é um estado muito especial para mãe e estruturante para a vida psíquica do bebê. Além de um estado todo especial que a mãe tem que desenvolver que para que o bebê possa se desenvolver adequadamente deve haver não só uma mãe suficientemente boa, mas também um ambiente capaz de prover a esse bebê condições suficientemente boas de um desenvolvimento psíquico favorável.

É oportuno destacar que um ambiente suficientemente bom na fase primitiva do bebê capacita-o a começar a existir, ter suas experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e defrontar-se com todas as dificuldades inerentes a vida. Por outro lado, sem a apropriação de um ambiente inicial suficientemente bom, esse ‘eu’ pode morrer e nunca se desenvolver (WINNICOTT, 2000).

Assim sendo, a mãe além de oferecer um ambiente estruturante ela ainda precisa dar a esse bebê condições psíquicas, físicas e fisiológicas, para que ele possa se desenvolver de maneira organizada.

Retornando ao caso em análise, Lúcia tem ainda dois filhos: Letícia, de sete anos e João, o caçula, com cinco anos. Os dois são filhos de um terceiro relacionamento amoroso, com Marcos rapaz de vinte e nove anos.

Como foi dito anteriormente, antes de Pedro, Lúcia havia engravidado de uma menina, que faleceu com dois meses de vida. Ela afirma não conseguir lembrar muito bem desse tempo, só ressalta que era muito jovem. E, que “nesse tempo eu não pensava e não lembro quase nada desse tempo”.

É aí que percebo que Lúcia sempre ‘esquece’ de fatos que marcaram a gestação e o nascimento dos filhos na época de suas transgressões. Quando lhe pedi que me falasse um pouco sobre esse tempo, Lúcia diz não lembrar de nada e que acha que o seu esquecimento é decorrente do fato de tomar ‘remédio controlado’. Acrescenta que ficou ‘esquecida’ de tudo que aconteceu nessa época de sua vida.

Pergunto há quanto tempo utiliza medicação controlada. Ela responde que já faz um bom tempo. E que começou a tomar o ‘Diazepam’, porque tinha crises convulsivas e na época os médicos lhe disseram que ela tinha ‘problema de cabeça e nervos’. Sobre a medicação ela fala que não mais controla os “nervos como antes”, mas a deixa sonolenta. O que a impede de acordar na hora certa de preparar os filhos para o colégio, ocasionando assim, sucessivas faltas das crianças à escola.

Quanto a sua vida amorosa Lúcia, comenta que não divide com Marcos, seu atual companheiro, a responsabilidade dos cuidados com os filhos. Ao contrário Marcos, por vezes, incentiva-os a não escutá-la e a não acatar suas orientações. Ressalta ainda, que não consegue discipliná-los, quando ele está em casa, afirmando que: “os meninos não me escutam. Eles

chamam palavrão comigo e correm para os pés do pai, para que eu não os discipline”.

De acordo com a fala de Lúcia, pode-se observar que as dificuldades com a aceitação de limites não se resumem só a Pedro. Parece que ela, seu companheiro e seus outros filhos apresentam dificuldades semelhantes. Ao ser verbalizado esta compreensão Lúcia sai em defesa de Pedro: “Pedro é um menino bom, ele não me responde e até quando eu chamo pra apanhar ele vem calado. Ao contrário dos outros dois que é preciso ele segurar pra poder eu bater neles”.

Nesse momento é visível a ambivalência da mãe em relação a esse filho. Ora Pedro não tem jeito, ora Pedro é um bom filho.

Sobre Marcos, Lúcia acrescenta que ele é agressivo, chegando muitas vezes a surrá-la em sucessivas brigas e por vezes, usa da força bruta para ter relações sexuais com ela. Lúcia diz que gostaria de se separar, mas não tem como sustentar os filhos e sua mãe não a quer de volta em casa com as crianças porque os considera ‘danados’. E sem o apoio de sua mãe, ela diz não conseguir livrar-se dessa situação. Não trabalha e é totalmente dependente financeiramente do companheiro.

De acordo com Lúcia, Marcos a proíbe de comentar as agressões e os descasos que sofre. Acrescenta que as surras só acontecem quando os filhos estão dormindo. Quando não aguenta mais ser surrada calada, chora alto e grita para os filhos acordarem e salvá-la.

Fala que Marcos não dá à manutenção da família, que ele gosta de beber, jogar e sair com mulheres. Ressalta ainda, que é preciso ‘ficar na cola’ de Marcos para conseguir ‘pegar no dinheiro dele’. Caso contrário, não tem comida em casa, algo que já falta. Realidade que Pedro sente, pois quando vai para a rua, pede dinheiro para comprar comida que leva para casa, quando retorna no final da tarde.

Quando acontece uma ameaça de separação, Marcos diz que ficará com as crianças, inclusive Pedro. Lúcia não entende o porquê dessa atitude de Marcos, já que Pedro não é seu filho biológico. Porém, essa atitude de Marcos, de adotar Pedro é correspondida por Pedro. Em sessão, Pedro revela o reconhecimento de Marcos como pai e assim o chama. Ao falar da figura paterna, Pedro reiteradamente ressalta a boa relação entre ele e Marcos, e acrescenta: “ele é bom, brinca comigo e a gente fala de muitas coisas”.

Essa imagem criada por Pedro, de Marcos como de um pai ideal, vai de encontro com as outras falas de Pedro sobre Marcos. Provavelmente esse pai descrito por Pedro, parece ser revelador da provável carência de Pedro de um pai, que cuide e se preocupe com ele efetivamente.

Na única entrevista que tive com Marcos, ele culpava Lúcia, todo tempo, dos problemas do filho. “Ela nunca se importou com o filho”, afirmou. Pareceu-me preocupado com Pedro e disponível para participar do tratamento. Porém, alegando falta de tempo recusou-se a voltar ao consultório.

Com relação à estrutura edipiana de Marcos, Lúcia nada sabe. Não sabe de sua história familiar, quantos irmãos têm ou se tem pai e mãe vivos.

Nas entrevistas preliminares com Pedro, percebi que apesar dos problemas familiares, é uma criança alegre, esperta, mais ainda não sabe ler nem escrever. Apesar de

ter nove anos de idade ainda não conseguiu concluir a alfabetização. Sua mãe justifica esse fato, dizendo que ele foge também da sala de aula e que ninguém no colégio suporta Pedro, devido suas desordens em classe.

Os desenhos ou borrões que Pedro fazia no período inicial do tratamento eram sempre, ou quase sempre, retratando o imenso afeto que sente por Marcos. Eram sempre figuras humanas, embora não muito estruturadas. Mas, o que me chamava à atenção era o fato de suas figuras serem escuras, sem colorido algum e sem terem todas as partes do corpo.

Pedro tem na sua expressão o ar e a malandragem de uma criança que desde cinco anos de idade sempre perambulou pelas ruas, mendigando. Falava pouco e parecia desconfiado. Sempre perguntava a razão de está ali, o que eu iria fazer com ele ou o que o Conselho Tutelar faria.

Aos poucos, parecendo um pouco mais confiante, começou a falar de sua família. Dizia que sua mãe o surrava muito e não se importava com suas fugas e faltas à escola. Acrescenta que sua mãe sabia que ele pedia esmolas e praticava pequenos furtos para levar algum alimento para casa.

Pedro se coloca como o ‘homem da casa’, aquele que tem de cuidar da família, já que Marcos passa o dia fora, trabalhando. Quando perguntei por que fugia e pedia nas ruas, Pedro silenciou e os olhos marejaram. Após ‘insistir’ um pouco, ele dizia que era bom ficar nas ruas e em relação a pedir, disse que era preciso, pois faltava comida em casa e sua mãe não tinha dinheiro para comprar brinquedos nem para passear.

Pedro sempre gaguejava ou mudava de assunto, parecendo não querer falar de suas dificuldades financeiras. Sempre compareceu aos atendimentos e procurava chegar na hora marcada. Mas, na maioria das vezes, se apresentava sujo e mal cuidado, roupas amarrotadas, unhas sujas e com aspecto de ‘menino de rua’.

Falou-me algumas vezes, que sua mãe o pegava na rua para trazê-lo para o atendimento. Ele me relata que só volta para casa à noite para dormir. E sempre leva pão ou bolo para dividir com os irmãos e a mãe. Ao me falar sobre esse fato, pontuo porque é mesmo que ele tem que se comportar como o dono da casa, já que ele é só um menino de nove anos de idade. Pedro encolhe-se na poltrona e silencia.

Falo que imagino que é difícil para ele falar dessas dificuldades que passa em casa com sua família. Mas, que ali, naquele espaço que é só dele, não será obrigado a nada. Acompanharei o seu ritmo e saberei esperar o seu tempo para falar das coisas que pode angustiar o seu coraçãozinho. Demonstrando indiferença pelo o quê falo, chama-me para brincar.

Aos poucos, nos atendimentos posteriores, Pedro começa dizendo que sua mãe só cuida de seus dois irmãos e quando cuida. Já que Lúcia, segundo suas impressões, vive dormindo, por conta do remédio ‘controlado’. E acha que a medicação é também responsável pelo descuido materno quanto à frequência à escola e às refeições na hora certa.

Dizendo-se incomodado, Pedro atribui à medicação a total falta de responsabilidade de rotina e de cuidados da sua casa. Nesse sentido, Pedro atribui a causa

de suas carências e abandono ao remédio “controlado”, parecendo proteger sua mãe pelo descaso com os filhos e, ao mesmo tempo, protegendo-a de sua raiva.

Pedro sempre afirma que não rouba, só pede dinheiro para comprar brinquedos e levar comida para casa. Costuma pedir trocados sempre no mesmo ponto, em frente ao supermercado onde já é conhecido. Quanto à questão do furto Lúcia afirma que embora Pedro negue, ele já furtou algumas vezes. Relata que Pedro já foi surpreendido na companhia de outros ‘meninos de rua’ roubando objetos.

Para Winnicott (1975), a criança ao furtar um objeto não está desejando o objeto roubado, mas a mãe sobre quem ela tem direitos. Esses direitos derivam do fato de que, do ponto de vista da criança, essa mãe foi criada pela própria criança.

Acrescenta Ajuriaguerra (1980), que o roubo tal como é apresentado, tem o significado ao mesmo tempo de apelo e submissão, agressão e fraqueza, satisfação e punição. E pode, eventualmente, satisfazer o narcisismo do personagem. No entanto, é, sobretudo, uma manifestação pública do conflito que ele representa uma atuação ao mesmo tempo sádica e masoquista.

Pedro vem se interessando por jogos de regras, obedecendo-as. Não manifesta nenhuma agressividade quando perde, apenas resmunga “... tá doido! Tá... nám, esse jogo é difícil. Vamos mudar?”.

Por vezes quando perde no jogo ou quando está perdendo fica desestimulado, não consegue manter a atenção e muda de jogo. Quando pergunto o que é mesmo que ele perde no jogo, ele reage como quem não entende o que falo. Acrescento que naquele espaço ele não perde nem ganha nada, porque é um jogo, que estamos apenas brincando. Quem ganha ou perde não muda nada, continua a mesma pessoa. Pedro, por vezes me olha e sorri. Ele então pede para usar outros brinquedos e procura aproveitar o máximo o tempo que tem. Ainda evita falar de sua vida, sua família e de suas angustias.

Enfatizando essa situação, Santa Rosa (1993, p. 139), destaca que “a função do analista é a de possibilitar que a brincadeira cumpra o seu papel, ou seja, que faça circular na linguagem os significantes, desatrelando os significados constituídos pelo ego, mobilizando a fixidez que configurou o quadro sintomático”.

Nesse sentido, o brincar possui efeitos terapêuticos. Assim sendo, o analista deve procurar remover os bloqueios encontrados no desenvolvimento da criança em seu plano simbólico, possibilitando com isso o processo de recordar, de repetir e de elaborar.

Na psicanálise com crianças é possível observar que é no brincar que as crianças encontram o enriquecimento da sua condição humana e o jogo do prazer, na procura de significar o desconhecido.

Assim, o brincar é a realização do sujeito do inconsciente. As crianças repetem em seu brincar, as experiências pelas quais passam e as impossibilidades humanas, dando-lhes assim uma forma. É no brincar que se torna possível a condição da existência de uma análise.

Klein já dizia que o brincar possibilitava analisar uma criança por menor que ela seja. Pois a criança falava através do brincar (KLEIN, 1981).

Para Winnicott (1975), a brincadeira é universal e, própria da saúde da criança. Ela conduz aos

relacionamentos grupais e pode ser considerada, uma forma de comunicação na psicoterapia.

Retornando ao caso em discussão, Pedro parece querer me agradar. Nesse momento da análise, mesmo resistindo ao tratamento, a transferência positiva que estabelece comigo garante a continuidade do seu processo.

Dizendo proteger sua família de “tudo e todos”, afirma gostar muito da mãe, dos irmãos, mas que Marcos é o seu preferido. Porque aprende muita coisa com ele. Sua mãe é boa, mas bate nele por qualquer motivo, algo o que não faz com seus irmãos. Com os olhos marejados, diz que sua mãe gosta mais de seus irmãos. Peço-lhe que fale mais sobre isso. Pedro acrescenta que sempre ajuda sua mãe, cuida dos irmãos, briga com eles quando estão chamando palavrão com ela, mas, mesmo assim, ela nunca fica do seu lado. Está sempre reclamando com ele sem motivo aparente. Já com os irmãos, ela só reclama e quase nunca bate, pois eles fogem quando percebem que vão apanhar: “Aí ela manda eu pegar eles e eu vou lá pego e seguro pra ela resolver, mas se não... eles não tão nem aí”.

Ponto que imagino que é nessas horas ele se sente útil, agradando-a, segurando seus irmãos, para que ela os discipline. Ele me olha com o ar de quem tomou a atitude correta em relação aos irmãos.

Atualmente, Pedro parece cuidar mais de sua aparência. Toma banho sempre que vem ao consultório e se veste com roupas limpas. Na recepção com seu corpo franzino sentado na cadeira chupando o dedo, Pedro parece satisfeito quando o chamo para a sessão. Ao perceber que estou entrando, corre ao meu encontro e sempre me dá um abraço apertado, parecendo me colocar no lugar de uma mãe suficientemente boa que o matem e que o proteja dos ataques do seu mundo interno e da realidade externa.

Recentemente, Pedro revelou-me um dado novo. Perguntou-me se eu sabia que seu tio estava morando em sua casa e que sua mulher estava grávida. Pergunto se ele acha que eu sabia. Ele sorri e responde que não sabe. Peço-lhe que fale um pouco mais sobre esse fato. Pedro então diz que a namorada do seu tio engravidou e que sua mãe os chamou para morar com eles.

Pedro ao falar dos ganhos com a chegada dos tios, com os olhos brilhando e um sorriso maroto, acrescenta: “É bom ela lá em casa, porque ela se preocupa com a gente, ajeita a comida, olha nós quando mainha não tá em casa, cuida de nós”.

Embora Lúcia ainda me veja como alguém que cobra dela uma postura mais adequada com o filho, mantém o tratamento. Comparecendo sempre quando a convoco para suas sessões individuais, já que Marcos não apareceu mais no consultório e sempre envia pedidos de desculpas quando solicito ambos para o atendimento.

Acrescenta que Pedro e seus irmãos gostaram muito da presença do tio na casa. Diz que Pedro mesmo desobedecendo à tia parece gostar mais dela do que do próprio tio.

Lúcia também parece gostar dos cuidados e disciplina que a cunhada dispensa as crianças. Dizendo ter dificuldade de colocar limites, ela acrescenta que gosta da participação do casal na educação de Pedro. Conclui que ela mesma acha bom ter o irmão por perto, parecendo que assim se sente também protegida.

Considerando os sentimentos experimentados por Pedro e seus familiares, essa tia 'torta' parece prover a todos da família uma maternagem mais adequada, provavelmente diferente da de sua mãe. A presença desse casal parece liberadora para Pedro, sua mãe e seus irmãos, dos entraves decorrentes de uma situação edipiana problemática.

Como foi dito anteriormente, Pedro assumia a função de provedor da casa, quando saía para as ruas para roubar e mendigar alimento. Ao mesmo tempo, Pedro formava, imaginariamente, um casal com sua mãe quando tentava disciplinar e dá ordens aos seus irmãos, o que deveria ser extremamente ameaçador para Pedro. Com a tia "torta" seus desejos edípicos mais secretos puderam emergir sem ameaça de realizá-los.

Para Lúcia, desprovida de condições de cuidar dos filhos adequadamente esse casal propiciou também uma função estruturante. Mesmo infantilizada Lúcia parece aliviada da responsabilidade de cuidar dos filhos, ao mesmo tempo em que parece contente ao vê-los bem cuidados. Desse modo, Lúcia parece sentir-se protegida e amparada por este casal.

Esse casal fazendo o papel de casal parental coloca limites, regras e assume o papel de representante da lei. Inclusive para Lúcia, que sempre fez atuações durante toda sua vida. Quando adolescente transgrediu ao engravidar de um marginal. A gravidez de Pedro foi decorrente de mais uma transgressão com um homem que vivia no mundo do crime. Lúcia com uma vida marcada por desamparos e transgressões resume: "Eu buscava no mundo o que não encontrava em casa".

Pedro vem progredindo no seu processo de cura. Através de movimentos transferências, parece reconstruir e resgatar sua relação com sua mãe.

Recentemente Pedro pediu-me para ajudá-lo a fazer dois cartões, um para sua mãe e outro para seu padrasto. Pediu-me para eu riscar o molde de um coração no papel e com cuidado pintou com tinta guache vermelha. Pediu-me para escrever as mensagens: "Mainha eu te amo do fundo do meu coração. Do seu filho, Pedro" e "Painho eu te amo do fundo do meu coração. Do seu filho que tanto te ama, Pedro".

Depois confeccionamos os envelopes e em seguida os lacramos. Pedro então me pede para levar os cartões para casa, pois queria entregá-los. Parecendo satisfeito por eu ter permitido, saiu do consultório e foi correndo para a recepção falar do seu feito para a minha secretária.

Pedro mais falante e parecendo mais espontâneo para falar de seus problemas, traz com frequência novas histórias para contar durante as sessões. Atualmente, os desenhos de Pedro apresentam um traço mais definido e são mais coloridos. Já não são mais aqueles borrões manchados de preto e sem formato definido, produzidos no passado.

Ao longo dos atendimentos, tentei compreender um pouco o que ocorre na estrutura edipiana de Pedro, onde os lugares e papéis parecem confusos e problemáticos.

Pedro toma para si a função de provedor das necessidades básicas da família, imposta pelo desamparo e pobreza nas quais se encontram. Lúcia, a mãe, parece impossibilitada de exercer os cuidados maternos. Ao

contrário parece carente, ela própria, de uma boa maternagem.

Marcos embora não seja pai de sangue de Pedro, exerce, embora de forma tímida, a função paterna. Por outro lado, ele próprio parece carecer de um pai que o interdite. Com frequência desgasta sua imagem para seus filhos, quando extrapola com seus ataques agressivos dirigidos a sua mulher. A presença dos tios na casa, como já foi dito anteriormente, provavelmente teve um efeito organizador e estruturante para toda família.

Quanto ao processo terapêutico, Pedro vem evoluindo. O processo terapêutico, aliado aos novos arranjos familiares, decorrentes da chegada do casal, permitiu a emergência e a elaboração de seus conflitos inconscientes.

Através do brincar e dos movimentos transferenciais, Pedro pôde, imaginariamente, resgatar as imagens parentais mais arcaicas que lhe propiciaram experiências prazerosas e estruturantes.

Embora ainda distante de uma infância propiciadora de um bom desenvolvimento cognitivo, parece mais ciente dos seus desejos e limites. Começa a estabelecer vínculos afetivos mais intensos. Parece capaz de vislumbrar um futuro, de começar a esboçar um projeto de vida.

Manter Lúcia sempre próxima durante todo o processo de análise de Pedro, abrir um espaço para escutar suas angústias e tentar ajudá-la a compreender o porquê de suas falhas maternas, possibilitou que suas dificuldades, devido sua vida interna conflitiva, não impedisse que o processo de análise de Pedro fosse interrompido ou paralisado, emperrado.

4 Considerações Finais

Na prática clínica com crianças percebemos o quanto é importante e necessário estarmos apoiados por um suporte teórico. Desse modo, constatamos que se não possuímos um arcabouço teórico que nos respalde em nossas intervenções clínicas, a nossa prática não terá nenhuma fidedignidade. E isto, impõe a necessidade de uma releitura da história da psicanálise até chegar à história da psicanálise de criança propriamente dita, identificando, assim, quais foram as contribuições dos principais teóricos para elaboração e aprimoramento da técnica atualmente colocada em prática por parte dos analistas de criança.

Constatamos também que não há uma única corrente teórica a ser seguida. No entanto, verificamos que todas elas contribuíram para a estruturação da Psicanálise de crianças, sejam elas kleinianas, winnicottianas ou annafreudiana.

A revisão de literatura permitiu compreender que a base teórica sempre será a mesma, ou seja, a referência maior será sempre o fundador da Psicanálise, o pai da teoria, Sigmund Freud. E, que, ao longo do tempo, os demais teóricos reveem seus conceitos e preenchem as lacunas deixadas por ele, reformulando novos conceitos, criando outros ou até mesmo discordando.

É importante lembrar que a postura adotada por Melanie Klein em sua técnica, excluía os pais, ignorando a sua importância no desenrolar do tratamento da criança, por entender que os pais influenciam no comportamento

dos filhos. E, por isso não deveriam ser incluídos diretamente no tratamento do infante.

Anna Freud sugeria uma orientação pedagógica a esses pais, orientando assim seus comportamentos de forma a orientá-los como educar seus filhos. No entanto, se houver alguma demanda desses pais no tratamento da criança, estes seriam encaminhados a uma terapia familiar. Entretanto, em nenhum momento se abria um espaço de escuta dos pais no tratamento do filho.

A postura apresentada por Winnicott não desconsiderou por completo a presença dos pais no tratamento dos filhos, fato ressaltado em seus trabalhos de escuta clínica, quando em alguns casos específicos atendidos por ele, escutava os pais muitas vezes através de correspondência frequente com um dos pares do casal parental.

Em nossa prática clínica, temos observado que cada psicanalista tem resolvido esse dilema ao seu modo e com base na necessidade apresentada durante seus atendimentos, incluindo ou não os pais, em menor ou maior grau, embora não de forma sistemática.

No nosso caso específico, percebemos que deixá-los à parte não tem sido uma boa alternativa porque quando esta postura foi tomada, a criança não apresentou progresso no tratamento, pelo contrário, este foi sabotado pelas resistências apresentadas pelo casal parental ou por um dos conjugues.

Os procedimentos adotados em nossa prática clínica se dão através de uma inclusão desses pais desde o processo do primeiro contato, onde uma demanda é solicitada e marcamos a primeira entrevista inicial, de preferência com o casal. No entanto, sempre quem nos chega é a mãe e o pai sempre nos enviam pedidos de desculpa por sua ausência no processo. Observamos que é importante ouvi-los juntos, mas quando não é possível, percebemos que quando eles vêm sozinhos nos revelam fatos que talvez se estivessem juntos não nos revelaria.

Na entrevista inicial, aproveitamos para escutar o pedido, ou seja, a demanda apresentada e os sintomas que a criança apresenta. Além de servir para coletar informações sobre a vida pregressa da criança, como também sua relação com os pais, irmãos, vida social, seu comportamento escolar. Como também para acertarmos os pontos pertinentes ao contrato dos serviços que serão prestados.

Desse modo, ninguém melhor do que os pais para nos fornecer essas informações. Após esse primeiro contato, que dura o tempo necessário de sessões, é que solicitamos a presença da criança para escutá-la e sentir todas as informações trazidas pelos pais, além de escutar como a criança se percebe dentro do processo ou diante do pedido de ajuda solicitado pelos pais. Como também para informá-los sobre como será as regras dentro do enfoque terapêutico.

Depois de cumprida essa primeira fase do exame inicial da família, o analista terá dados para avaliar se a análise será para a criança e/ou para o tratamento dos pais. Esses dados são fornecidos aos pais numa entrevista de devolução, onde são pontuados os principais aspectos trazidos por eles e pela criança e o que nos chamou mais atenção para que fosse possível fechar um possível diagnóstico e a necessidade da indicação de análise.

Esse procedimento tem como objetivo não atender a família, mas sim, entender a organização mental da criança, qual é a dinâmica familiar e sua relação de vínculo com este filho.

Tratando do vínculo, podemos entender quando um sintoma pode ou não ser um sintoma familiar. Assim, propomos uma inclusão programada e sistemática desses pais, fazendo com eles um 'tratamento paralelo', sempre ressaltando que o foco é a criança, é o trabalho da relação deles com a criança, de forma que ambos possam se beneficiar da ajuda do analista. E se esses encontros nos revelarem um aprofundamento das necessidades, que vão surgindo ao longo da análise da criança encaminharemos esses pais para análise individual ou terapia familiar, de acordo com a necessidade apresentada.

Essa nossa postura se justifica não só pela total dependência que a criança tem dos pais como também das próprias questões que vão surgindo no decorrer do processo. Não pensamos na inclusão dos pais apenas como uma forma de afastar a ameaça da interrupção do tratamento da criança, mas sim, como uma parte integrante e primordial desse tratamento. Não de forma pedagógica, mas como um espaço de escuta analítica reservado a eles, os pais.

5 Referências

AJURIAGERRA, J. de. **Manual de psiquiatria infantil**. 2 ed. São Paulo: Masson, 1980.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Enfermagem (CONEP). **Resolução nº 196/96**. In: Cadernos de Ética em Pesquisa, Brasília, v.1, n.1, jul. 1996.

DOLTO, F. **O caso Dominique**: relato exaustivo do tratamento analítico de um adolescente. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

KLEIN, M. **Psicanálise da criança**. São Paulo, Mestre Jou, 1981.

MANNONI, M. **A criança, sua doença e os outros**. São Paulo: Via Lettera, 1999.

MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. **Manual de psicopatologia do adolescente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

NASIO, J. D. (org.). **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Grodick, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

SANTA ROSA, E. **Quando brincar é dizer**: a experiência psicanalítica da infância. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1993.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.