

***ELOISA HELENA RUBELLO VALLER CELERI***

***MÃES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNOS  
MENTAIS: UM ESTUDO PSICOLÓGICO***

*Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação  
em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título  
de Doutor em Saúde Mental*

***Orientador: Prof. Dr. ROOSEVELT M. S. CASSORLA***

***CAMPINAS***

***1997***

**UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL**

1997

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	UNICAMP
	022502
V.	Ex
TOMBO BC/	33016
PROC.	395/98
C	<input type="checkbox"/>
	D
	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	30/03/98
N.º CPD	

CM-00106331-4

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

C33m

Celeri, Eloisa Helena Rubello Valler

Mães de crianças com transtornos mentais : um estudo psicológico /  
Eloisa Helena Rubello Valler Celeri. Campinas, SP : [s.n.], 1997.

Orientador : Roosevelt Moisés Smeke Cassorla

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciências Médicas.

I. Psiquiatria infantil. 2. Saúde mental infantil. 3. Psicanálise  
infantil. I. Roosevelt Moisés Smeke Cassorla. II. Universidade Estadual  
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

# **Banca Examinadora da Tese de Doutorado**

**Orientador(a): Prof. Dr. Roosevelt Moises Smeke Cassorla**

## **Membros:**

1.

2.

3.

4.

5.

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data:**

## **SUMÁRIO**

---

	Pág.
<b>RESUMO</b> .....	i
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>CAPÍTULO I - O PAPEL DOS PAIS NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL: UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA</b> .....	06
1.1. LOCALIZANDO A QUESTÃO.....	07
1.1.1. Considerações Iniciais.....	07
1.1.2. Aspectos Clínico - Epidemiológicos.....	08
1.2. SOBRE O DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA INFANTIL PSICODINÂMICA....	13
1.3. VOLTANDO AOS PAIS.....	19
<b>CAPÍTULO II- OBJETIVOS E MÉTODOS</b> .....	26
2.1. OBJETIVOS.....	28
2.1.1. Geral.....	28
2.1.2. Específicos.....	28
2.2. MÉTODOS.....	29
2.2.1. Introdução.....	29
2.2.2. Ciência e Verdade.....	30
2.3. SOBRE O MÉTODO CLÍNICO.....	35
2.4. SOBRE AS ENTREVISTAS.....	37
2.4.1. Questões gerais.....	37
2.4.2. O Roteiro da Entrevista.....	38
2.5. OS SUJEITOS E O SETTING.....	40
2.6. O PROCEDIMENTO.....	41
2.7. O TRATAMENTO DOS DADOS.....	42
2.8. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	42

<b>CAPÍTULO III- A TRAJETÓRIA DA DÚPLA MÃE-CRIANÇA DENTRO DO SISTEMA DE SAÚDE.....</b>	<b>45</b>
3.1. A CHEGADA AO AMBULATÓRIO DO SETOR DE SAÚDE MENTAL INFANTIL DO HC- UNICAMP (SSMI).....	46
3.2. O INÍCIO DA PROCURA.....	47
3.3. ENCAMINHAR - PEDIR EXAMES COMPLEMENTARES - EVITAR.....	51
3.4. AS CLÍNICAS E OS AMBULATÓRIOS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA.....	54
3.5. A ESCOLA.....	56
3.6. A RELAÇÃO COM OS PSICOFÁRMACOS.....	59
3.7. AS DEMANDAS DAS MÃES.....	61
<b>CAPÍTULO IV- ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO INICIAL MÃE-BEBÊ.....</b>	<b>65</b>
4.1. A PRÉ-HISTÓRIA DA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ.....	70
4.2. A GRAVIDEZ - UM PERCURSO SEMEADO DE EMBOSCADAS.....	73
4.3. SOBRE O PARTO E O PUERPÉRIO.....	77
4.4. O BEBÊ E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	80
4.5. SOBRE A CAPACIDADE DE “HOLDING” DAS MÃES.....	85
<b>CAPÍTULO V - O DAR-SE CONTA DAS DIFICULDADES EMOCIONAIS DA CRIANÇA.....</b>	<b>90</b>
5.1.OS CAMINHOS VIVENCIAIS QUE CONDUZEM AS MÃES A PROCURAREM AJUDA PARA SEUS FILHOS.....	93
5.1.1. O Início das Entrevistas.....	97
5.1.2. Conhecer Ou Não- Conhecer, esta é a questão.....	98
5.1.3. O Inquietante Estranho.....	102
5.2. POSSÍVEIS CAUSAS PARA AS DIFICULDADES EMOCIONAIS DAS CRIANÇAS.....	105
5.3. APROXIMANDO-SE DO MUNDO MENTAL DE SEUS FILHOS.....	113
5.4. AS FANTASIAS DE TRATAMENTO.....	117

<b>CAPÍTULO VI- CONCLUSÕES.....</b>	122
6.1. SOBRE AS MÃES.....	124
6.2. A RELAÇÃO INICIAL MÃE - BEBÊ.....	128
6.3. A TRAJETÓRIA DAS MÃES ATRAVÉS DO SISTEMA DE SAÚDE.....	129
6.4. O PAPEL DA ESCOLA.....	130
SUMMARY.....	131
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	133
<b>ANEXO I- AS HISTÓRIAS CLÍNICAS.....</b>	142

*Ao Renato  
A Livia e Victória  
com muito amor.*

## AGRADECIMENTOS

---

*Muitas foram as pessoas que carinhosamente me ajudaram, fornecendo condições para que eu pudesse chegar a esta etapa de minha vida. A todos gostaria de expressar minha profunda gratidão.*

*Ao Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassorla, orientador desta tese e amigo querido, pela sensibilidade de estar ao meu lado acompanhando-me e deixando-me livre para encontrar meus próprios caminhos.*

*Ao Prof. Dr. Neury José Botega pelo incentivo e confiança.*

*Ao Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato pela amizade e solicitude.*

*Ao Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda, amigo do Setor de Saúde Mental Infantil, pelas criativas conversas informais*

*À psicanalista Alicia Beatriz Dorado de Lisondo pela generosidade em partilhar de seu conhecimento.*

*À sempre carinhosa Profa. Dra. Lidia Straus, ao Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira e a Profa. Dra. Lilians Andolpho Magalhães Guimarães, coordenadora e membros da Sub-Comissão de Pós Graduação em Saúde Mental, pelo auxílio nas questões administrativas.*

*À secretária da Sub-Comissão Sra. Irma Bloch Teixeira, pelo carinho com que cuidou de toda a burocracia.*

*À Srta Josidelma Francisca de Souza, da Biblioteca da FCM, pela elaboração da ficha catalográfica.*

*À Sra Silvia Auxiliadora de Lúcio, da Seção de Apoio Didático da FCM, pela editoração desta tese.*

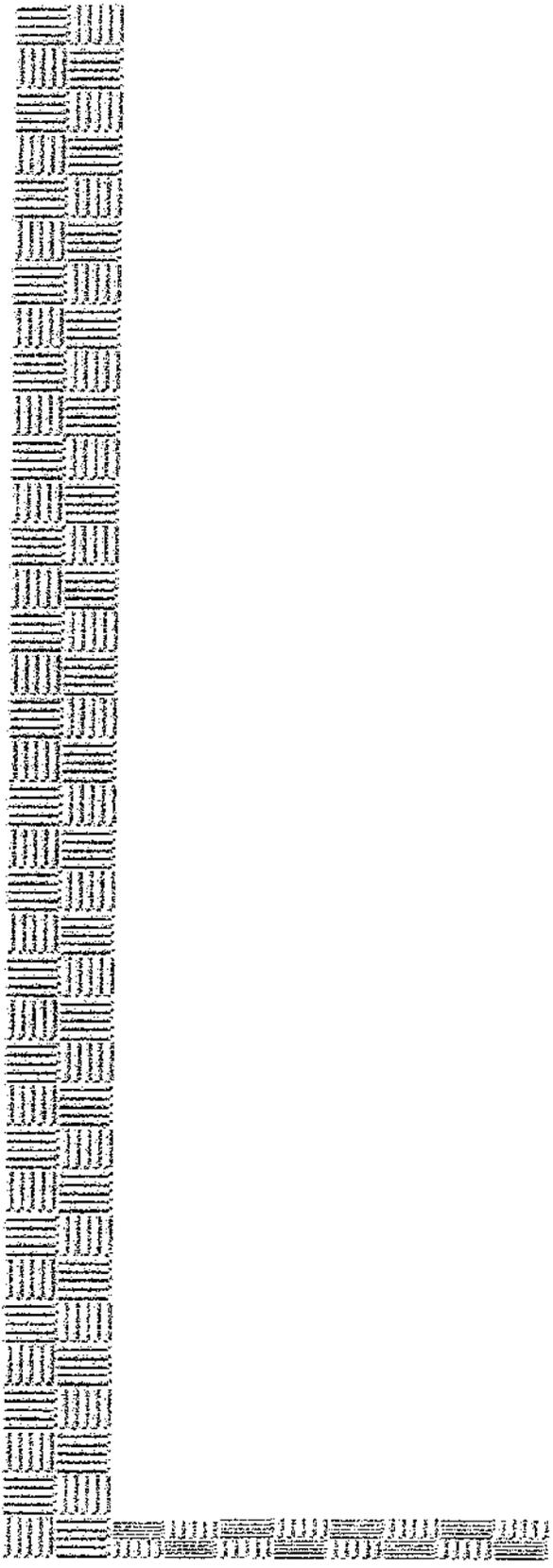
*Aos meus pais pelo amor e cuidado.*

*Aos meus irmãos, Wladimir e Eliane, pela convivência amiga.*

*À Marilda Serrano Botega e à Solange Barros pela amizade.*

*Ao meu marido, Renato e à minhas filhas Livia e Victória, pela compreensão.*

*E finalmente, aos meus pacientes, principalmente às mães que aceitaram participar desta pesquisa, por tudo que me ensinaram.*

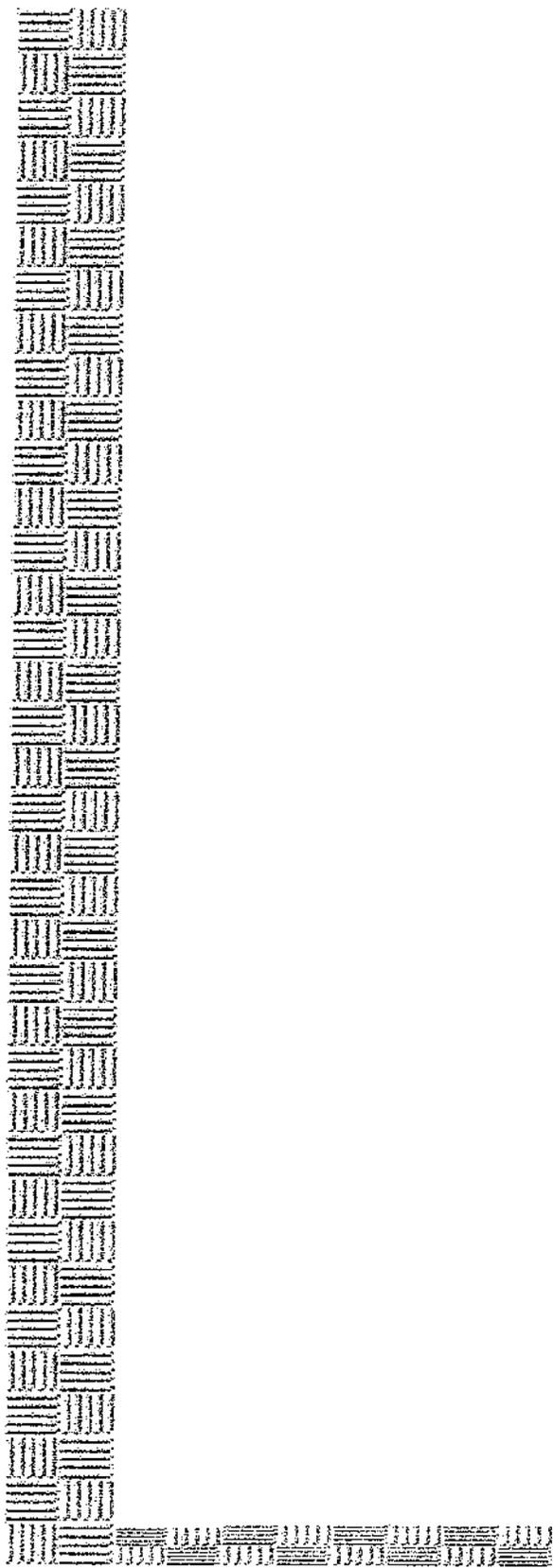


***RESUMO***

Partindo do pressuposto de que, a assistência em Saúde Mental Infantil não se restringe exclusivamente à criança, pois esta, devido à sua dependência econômica, social e emocional, é trazida para avaliação e tratamento pelos pais; procuramos descrever e compreender: 1- percepções que as mães têm a respeito do sofrimento emocional de seus filhos; 2- processos mentais que elas utilizam para lidar e compreender este sofrimento; 3- fantasias que elas têm sobre as causas da doença dos filhos; 4- vivências da trajetória desta dupla mãe-criança dentro do sistema de saúde.

Visando alcançar estes objetivos, uma entrevista semi-estruturada foi realizada com 8 mães, que chegaram para uma primeira consulta no Ambulatório do Setor de Saúde Mental Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

Detivemos nossa análise nas dificuldades que as mães têm para perceber e compreender a sintomatologia emocional de seus filhos e procurar uma ajuda precoce e efetiva, descrevendo e analisando os caminhos mentais que foram percorridos pelas mães, durante o processo emocional que as conduziu a darem-se conta de que necessitavam procurar uma ajuda psicológica e/ou psiquiátrica para seus filhos. A partir das oscilações das posições esquizo-paranóide e depressiva, descritas por M. Klein e das contribuições de Bion sobre a teoria do Conhecimento e suas patologias, relatamos a dialética entre o lutar para não saber e o sofrer por perceber as dificuldades emocionais da criança. Procuramos, também, a partir de uma visão compreensiva, tecer algumas considerações sobre o papel do pediatra, do obstetra, dos professores e das escolas em relação à profilaxia e detecção precoce das dificuldades emocionais na infância.



# ***INTRODUÇÃO***

Meu interesse pelo estudo das relações mães-filhos vem de há muito tempo. De forma consciente, penso que surgiu durante meu curso de graduação, enquanto cursava as disciplinas de Pediatria e Tocoginecologia. O atendimento de crianças, principalmente no Ambulatório de Puericultura e o atendimento de gestantes, de puérperas e o acompanhamento dos partos me defrontaram com a relação mãe-bebê e mãe-criança, causando-me grande impacto, principalmente por me possibilitarem conviver com os processos normais de crescimento e desenvolvimento físico e emocional. Uma experiência única para o estudante de medicina, sempre tão próximo dos processos patológicos e do adoecer. Estas experiências, juntamente com o contato que tive com o estudo das questões emocionais, nas disciplinas ligadas à Psicologia Médica, conduziram meu interesse para a Psiquiatria, para a Psiquiatria Infantil e para a Psicanálise.

Terminada minha residência em Psiquiatria, inscrevi-me no Mestrado e meu projeto inicial de pesquisa visava estudar a relação mãe-bebê com patologia psicossomática. Durante o levantamento bibliográfico comecei a me aprofundar na obra de D.W. Winnicott, um autor profundamente ligado ao estudo da relação mãe-bebê. O contato mais sistematizado com os textos de Winnicott provocou uma mudança no meu projeto de pesquisa. Estudei com afinco a teoria do desenvolvimento emocional deste psicanalista inglês e redigi minha tese de mestrado sobre este tema.

Quando passei para o Doutorado, retomei, com algumas modificações, meu antigo projeto. Mas muitas coisas aconteceram neste meio tempo. Eu me casei, tive duas filhas, estudei, trabalhei muito como psiquiatra com orientação psicanalítica no Ambulatório do Setor de Saúde Mental Infantil (SSMI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), onde atendo mães e crianças e supervisiono o atendimento de médicos residentes e de alunos dos cursos de especialização lá ministrados. Aprendi muito com minha experiência de maternidade e com o meu trabalho. Muitos matizes insuspeitados da relação mãe-filho foram, gradativamente, me sendo apresentados. Penso que cresci e amadureci. Redigi um novo projeto de pesquisa, que resultou nesta tese. Ela é fruto de

minhas reflexões e revela muito do momento atual de meu desenvolvimento pessoal e profissional. Este trabalho é o testemunho de minha prática clínica.

Por considerar o estudo da relação pais-profissional de saúde importantíssimo para o trabalho em saúde mental infantil e por estar interessada em compreender melhor as questões que mobilizam os pais de uma criança emocionalmente perturbada a procurarem uma ajuda especializada resolvi realizar esta pesquisa.

Minhas vivências pessoais, mais minha experiência de trabalho assistencial e docente instigaram-me a refletir sobre a percepção e a consciência que as mães têm acerca da patologia mental de seus filhos e sobre suas capacidades em reconhecer conflito emocional, sofrimento e inibição na criança.

Esta pesquisa objetiva, pois, descrever e compreender algumas percepções que as mães têm a respeito do sofrimento emocional de seus filhos, alguns dos processos mentais que elas utilizam para lidar e compreender este sofrimento, fantasias que elas têm sobre as causas da doença de seus filhos, assim como vivências da trajetória desta dupla mãe-criança dentro do sistema de saúde.

Considerações sobre este tema são relevantes, pois a compreensão das atitudes, pensamentos e sentimentos dos pais quando se deparam com uma criança com problemas emocionais, constitui parte fundamental no processo através do qual esta criança vem ou não receber cuidados em saúde mental.

Face a complexidade do material a ser coletado o método clínico foi utilizado. Uma entrevista semi - estruturada foi realizada com 8 mães, que chegaram para uma primeira consulta no Ambulatório do Setor de Saúde Mental Infantil e seu conteúdo analisado.

Antes de passar para os objetivos e o método utilizado no desenvolvimento desta pesquisa escrevi um capítulo introdutório (capítulo I), onde faço uma revisão bibliográfica, pontuada por comentários pessoais acerca do papel dos pais no processo de avaliação psicanalítica em Saúde Mental Infantil. Considerações ligadas à clínica, à

epidemiologia e ao diagnóstico são tecidas, assim como as dificuldades dos pais em se aperceberem das dificuldades emocionais de seus filhos e procurarem atendimento são explicitadas.

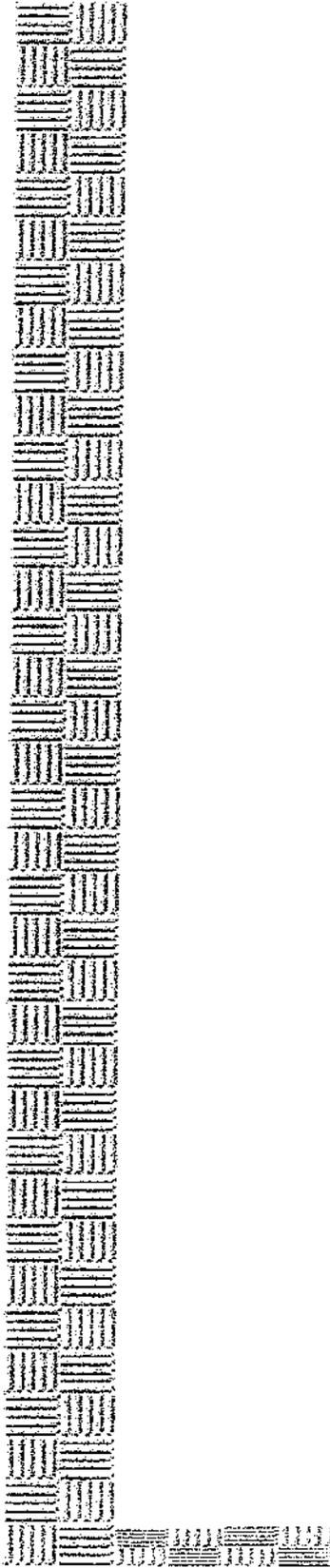
Os capítulos III, IV e V agrupam os resultados das entrevistas realizadas e os comentários da pesquisadora. Muitos são os caminhos que poderiam ser percorridos e muitos os sentidos a serem decifrados frente a polissemia do material. A fala das mães permitiria uma quantidade infinita de leituras. Decidi por organizar o material de campo em três grandes temas. O primeiro (capítulo III) relata as vivências das mães relativas ao caminho percorrido pela dupla mãe-criança através do sistema de saúde, até chegarem ao Ambulatório do SSMI.

No capítulo IV procurei refletir sobre as vivências das mães desde a concepção do filho que foi trazido para a consulta, utilizando-me das contribuições de D.W. Winnicott, M.Klein, Bion e outros autores da psicanálise que investigaram a relação mãe-bebê. Nesta reflexão busquei na pré-história destas mães encontrar pistas que me permitissem tecer considerações sobre as características da relação inicial destas mães com seus bebês.

O último capítulo da discussão dos resultados (capítulo V), descreve os caminhos mentais que foram percorridos pelas mães, durante o processo emocional que as conduziu a darem-se conta de que necessitavam procurar uma ajuda psicológica e/ou psiquiátrica para seus filhos. A partir das oscilações das posições esquizo-paranóide e depressiva, descritas por M.Klein e das contribuições de Bion sobre a teoria do Conhecimento e suas patologias, relatei a dialética entre o lutar para não saber e o sofrer por perceber as dificuldades emocionais da criança.

A conclusão, encontra-se no capítulo VI. Detive minha análise nas dificuldades que as mães têm para perceber e compreender a sintomatologia emocional de seus filhos e procurar uma ajuda precoce e efetiva. Alguns dos processos psicológicos subjacentes as estas dificuldades internas foram aqui descritos e analisados. Procurei, também, a partir de uma visão compreensiva, tecer algumas considerações sobre o papel do pediatra, do

obstetra, dos professores e das escolas em relação à profilaxia e detecção precoce das dificuldades emocionais na infância.



# **CAPÍTULO 1**

***O PAPEL DOS PAIS NO PROCESSO  
DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL  
INFANTIL: UMA PERSPECTIVA  
PSICANALÍTICA***

## 1.1. LOCALIZANDO A QUESTÃO

### 1.1.1. Considerações Iniciais

A assistência à Saúde Mental Infantil não se restringe exclusivamente à criança. Esta, devido à sua dependência econômica, social e emocional, é trazida para avaliação e tratamento pelos pais, que são de início os porta-vozes do sofrimento infantil. Todos sabemos que o sucesso de um atendimento em Saúde Mental Infantil depende, inicialmente, de uma relação de suficiente confiança entre pais e profissional de saúde e um bom contato com os pais pode abrir a possibilidade de se criar este vínculo de confiança. Muitas são as variáveis que interferem no grau e qualidade desta confiança. Não é indiferente que os pais procurem ajuda por iniciativa própria ou porque foram encaminhados pela escola ou pelo pediatra.

Não é infrequente recebermos pais que chegam para a primeira consulta desconhecendo as razões do encaminhamento, ou acreditando que a consulta em Saúde Mental Infantil é mais um dos muitos exames laboratoriais que foram pedidos para o filho. Precisamos ficar atentos às condições não só do encaminhamento em si, mas também às condições internas dos pais em aceitar este encaminhamento, reconhecer as dificuldades emocionais da criança e tolerar a frustração e a injúria narcísica ao admitir a doença do filho, bem como valorizar sua saúde mental e emocional e desejar seu bem-estar e sua independência. Se por um lado, os pais desejam o crescimento e o desenvolvimento de seus filhos, e para isto procuram a nossa ajuda, por outro, o temem. O atendimento de uma criança desencadeia, nos pais, uma série de angústias, ambivalências e conflitos, que quando muito intensos, podem perturbar ou até mesmo interromper o tratamento da criança.

Mas isto não é tudo, a criança está inserida em uma família, e seu atendimento implica, quer queiramos ou não, nossa introdução na intimidade deste núcleo familiar. Mesmo quando a indicação é de um atendimento ludoterápico, temos necessidade de conhecer os pais reais, bem como incluí-los como fatores atuantes e atuais no campo do tratamento. A despeito de alguns autores não levarem em consideração o papel da família

no atendimento psicanalítico de crianças, uma série de trabalhos recentes vêm assinalando sua importância. Isto é bem explicitado nos trabalhos de KNOBEL (1977); GARMA (1992); LISONDO (1996); CASSORLA (1997) entre outros.

As afirmações de FERRO (1995, p.179) resumem de forma precisa a opinião destes autores:

*“As crianças têm uma grande permeabilidade para assumir as identificações projetivas do grupo familiar, por isso não hesitaria em dizer que a criança é quase sempre o “portador” da doença, frequentemente silente, de todo o grupo familiar, na medida em que se apropria da modalidade de funcionamento não consciente do grupo, assumindo também a sua específica angústia” .*

Cada família tem sua própria cultura emocional e afetiva, na qual a criança vive imersa, daí a necessidade de encontros com os pais para podermos examinar e melhor conhecer a relação entre esta cultura e a patologia da criança.

Dependemos da família para que nos tragam a criança para atendimento, dependemos dela para um diagnóstico mais acurado, uma vez que a criança pode ser o depositário da doença da família, assim como dela dependemos para propormos um atendimento e arriscarmos um prognóstico, pois a sua melhora e o seu desenvolvimento emocional dependem da capacidade do grupo familiar em se modificar, assumir parte da angústia depositada no paciente e acolher o seu crescimento e desenvolvimento.

### **1.1.2. Aspectos Clínico - Epidemiológicos**

Estudos epidemiológicos relatam taxas de prevalência de um ou mais distúrbios psiquiátricos em crianças e adolescentes, usando-se os critérios do DSM-III, entre 17,6% e 22%[COSTELO (1990); OFFORD (1995)]. No Brasil, poucos são os levantamentos epidemiológicos realizados, merecendo ser citado o levantamento realizado por ALMEIDA FILHO (1985) em um bairro de Salvador (BA), no qual relata uma taxa de prevalência de

crianças necessitando de cuidados psiquiátricos (casos com sintomatologia moderada e severa) entre 8,4 e 11,6%.

Apenas uma pequena fração destas crianças [7 a 10%, segundo GODFREY (1995), ou uma em cada 6 crianças, segundo STEINHAUER et al. (1992), citando um levantamento realizado em Ontário, Canadá] recebe algum tipo de atendimento especializado. No nosso país podemos imaginar que, certamente, esta situação não é melhor, pois insuficientes são os serviços gerais e especializados, aptos a fornecer assistência em Saúde Mental Infantil.

Possivelmente, muitas das crianças não atendidas não são menos doentes do que aquelas que estão recebendo alguma espécie de tratamento.

O trabalho de SHEPARD (1966) é extremamente interessante neste sentido, uma vez que ao comparar crianças de 5 a 15 anos atendidas numa clínica de orientação infantil com um grupo controle da comunidade, pareados quanto a idade, sexo e comportamento, não encontrou diferenças significativas entre as crianças em termos de distúrbios psiquiátricos. Entretanto, as mães das crianças da clínica podiam ser consideradas como mais ansiosas, mais deprimidas e mais facilmente susceptíveis a situações de stress. Sentiam-se também menos capazes de lidar com seus filhos, ao mesmo tempo em que mostravam-se mais abertas a discutir seus problemas e dificuldades e procurar ajuda.

GATH (1972) concorda com SHEPARD, pois considera que a severidade do sintoma da criança não é per si o único determinante para um encaminhamento para atendimento. Ao estudar crianças encaminhadas para atendimento em uma clínica de orientação infantil, comparando-as com crianças da população geral, este autor encontrou nas crianças da clínica, taxas maiores de problemas emocionais e de comportamento. Ao mesmo tempo, muitas das crianças encaminhadas podiam ser consideradas psiquiatricamente normais ou quase, enquanto que seus pais mostravam-se mais ansiosos e super-protetores.

Trabalho semelhante realizou COSTELO (1990). A autora comparou dois grupos de crianças da mesma comunidade urbana: um grupo que frequentava uma clínica pediátrica e que não recebia qualquer tipo de tratamento psiquiátrico e outro grupo que recebia atendimento em uma clínica de psiquiatria infantil. Seu estudo, assim como o de SHEPARD e o de GATH, sugere que não só a severidade dos sintomas influencia no processo de seleção para tratamento. Segundo sua análise, as crianças tendem a receber tratamento psiquiátrico quando seu comportamento perturba ou causa problemas aos adultos, especialmente professores. Sendo esta característica em si, mais do que o sintoma psiquiátrico, ou a presença de dificuldades escolares ou familiares que determina a procura de uma ajuda especializada.

Estudos epidemiológicos de grande consistência metodológica em psiquiatria infantil demonstram o baixo grau de concordância entre os informantes a respeito da presença ou não de determinados comportamentos na criança investigada. Mesmo quando os informantes são os pais da criança, a concordância na identificação de distúrbio ocorre apenas em uma pequena minoria de casos (OFFORD, 1995).

GODFREY (1995) através de uma revisão bibliográfica, associa a procura de tratamento em saúde mental infantil com os seguintes fatores:

- Severidade do distúrbio;
- Maior nível econômico e educacional dos pais;
- Maior preocupação materna acerca dos sintomas da criança, bem como presença de distúrbio psicológico na mãe;
- Presença de distúrbios de conduta, pois estes despertam maior preocupação do que a presença de distúrbios emocionais, especialmente do tipo sintomas depressivos.

MARKS et al. (1981) relata que entre professores e entre pais, de uma lista de sintomas indicadores de distúrbios psiquiátricos os distúrbios de conduta, comportamento

anti-social, comportamento ansioso e o isolamento são sintomas reconhecidos como importantes e capazes de justificar um encaminhamento para tratamento especializado. Enquanto que os sintomas neuróticos evocam menor preocupação.

A preocupação maior com sintomas anti-sociais ocorre entre meninos e se associa a dificuldades que os pais encontram no controle destas crianças (GARRALDA, 1988).

Muitas vezes dentro de uma mesma família encontramos várias crianças com problemas, mas apenas uma delas, nem sempre a mais necessitada, é trazida para uma consulta. LECOURT (1971) estudando os irmãos e irmãs de crianças com distúrbios emocionais, atendidas num hospital-dia de Paris, constatou em todos os membros da fratria a presença de algum tipo de problema psiquiátrico. E BLEGER (1980) descreveu uma ocorrência, relativamente frequente na clínica, que ele denominou “a criança errada”, na qual os pais trazem para a consulta o filho mais sadio e, depois de se assegurarem de que o profissional não os culpa e nem os acusa, passam a falar ou a se consultar sobre o filho mais doente.

Não é difícil nos defrontarmos com uma longa história de sintomas até então, aparentemente, bem tolerados pela família e que de repente passam a mobilizar os pais, motivando-os a procurarem ajuda. É também frequente, a existência de um grande intervalo de tempo entre o aparecimento de um sintoma, o encaminhamento do pediatra ou da escola, e a marcação da primeira consulta com um profissional de saúde mental.

Outras vezes, durante a entrevista, somos surpreendidos pelo relato de uma série de sintomas e comportamentos da criança em relação aos quais, os pais não parecem perceber a gravidade e seriedade, pelo menos conscientemente.

O oposto também ocorre, muitas são as crianças trazidas para uma avaliação psiquiátrica e/ou psicológica, não porque estejam sofrendo um processo verdadeiramente patológico, mas na realidade, porque a ansiedade de seus pais ou de seu meio não consegue tolerar algumas de suas condutas, que apesar de terem um sentido lógico, são rotuladas de

anormais. *"Não são 'patologias estruturadas', mas sim reativas ao polo parental do binômio pais-filho"* (KNOBEL, 1977, p.84 ).

Como já comentado, critérios de normal e patológico em psiquiatria infantil psicodinâmica estão, muitas vezes, mais associados à capacidade de tolerância e/ou negação dos pais e do meio social, do que propriamente às características do sintoma em si.

A saúde além de representar uma ausência de sintomas, é uma questão ideológica, recebendo uma valorização diferente dependendo da cultura e das necessidades adaptativas dos indivíduos ou de toda população. Mesmo dentro de cada família, o conceito de saúde pode ser variável.

Nossa experiência clínica, confirmada através de dados da literatura (KNOBEL, 1977), revela que problemas escolares, especialmente entre meninos, são muito mal tolerados, enquanto quadros neuróticos muito graves, com predomínio de sintomas de inibição, podem passar completamente despercebidos. Outras vezes vemos aspectos hipomaniacos serem entendidos como sinal de vitalidade da criança e sintomas depressivos serem completamente negados ou interpretados como falta de motivação e desinteresse.

Os autores consultados têm praticamente unanimidade em relatar as dificuldades em se compreender os fatores que determinam ou não o encaminhamento de uma criança para um atendimento em psiquiatria infantil. Simultaneamente, enfatizam as atitudes parentais como um fator crucial neste processo de encaminhamento, uma vez que são os pais os responsáveis pela procura de ajuda.

Podemos dizer que a normalidade da criança, em termos emocionais, é julgada por critérios sociais (a escola, os vizinhos), por critérios familiares (como as dificuldades da criança são percebidas pelos pais) e por critérios pessoais da criança.

De minha experiência, concordo com KNOBEL(1977, p.92 ) quando afirma que:  
*"A patologia infanto-juvenil tem suas características próprias, mas sua estrutura ou apresentação final é uma trama inseparável de indivíduo-família-sociedade"*

## 1.2. SOBRE O DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA INFANTIL PSICODINÂMICA

Segundo a definição já clássica da OMS, saúde pode ser definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Porém todos que trabalham com aspectos mentais, sabemos o quanto é complexa a delimitação entre saúde e enfermidade, bem-estar e mal-estar. Mais difícil se torna esta tarefa quando nos referimos à saúde mental da criança.

A Psiquiatria Infantil é uma especialidade que lida com o interjogo entre várias dimensões do desenvolvimento (físico, emocional, cognitivo, social) e a influência de fatores familiares, sociais e culturais. Levar em consideração este interjogo complica consideravelmente a avaliação psiquiátrica de crianças. Alguns fenômenos que são claramente patológicos em adultos podem ser considerados normais em crianças e adolescentes. Além disto, não basta conhecer o desenvolvimento normal, uma vez que nem todas as crianças da mesma idade cronológica estão no mesmo estágio de desenvolvimento.

Para poder diferenciar entre um desenvolvimento normal e patológico o psiquiatra infantil deve constantemente se referir a duas dimensões - a fenomenológica e a desenvolvimentista - e não apenas para a dimensão fenomenológica, como os psiquiatras de adulto frequentemente fazem (OFFORD, 1995). Lidamos com a plasticidade da estruturação mental em desenvolvimento. Muitas aptidões e aquisições são instauradas durante este período de crescimento e amadurecimento emocional, de tal forma a muitas vezes podermos confundir sintomas do desenvolvimento com sintomas patológicos.

Para WINNICOTT. (1958, p.147), *“a normalidade ou saúde está ligada à maturidade, e não à inexistência de sintomas”*. Para este autor, a criança de dez anos que é saudável é madura para sua idade, assim como um bebê sadio de seis meses tem a maturidade de um bebê de seis meses.

---

<sup>1</sup> O termo metapsicologia foi criado por Freud para “designar a psicologia por ele criada, considerada na sua dimensão teórica” ( LAPLANCHE, J. et. PONTALIS, J.-B., 1983, p. 361)

Para podermos diagnosticar e prognosticar, para podermos propor medidas preventivas ou de tratamento em psiquiatria infantil nos defrontamos com a necessidade de estudarmos os processos normais do desenvolvimento infantil, em contraste com o estudo dos processos mentais patológicos ou suas variações, objeto de preocupação do psiquiatra de adultos. Esta não é, entretanto, uma tarefa fácil, se nos propusermos a uma avaliação metapsicológica e não apenas descritiva da problemática da criança.

As sistematizações diagnósticas descritivas chocam-se com a essência do pensamento psicanalítico, uma vez que tais sistematizações se preocupam com a identidade ou diferença entre sintomatologias manifestas. É certo que desta maneira, podemos obter uma classificação que, superficialmente, aparenta ser ordenada e compreensiva. Mas este esquema nada faz para promover um entendimento mais profundo, numa acepção metapsicológica, das dificuldades da criança.

ANNA FREUD (1980, p.54) escreve a respeito da avaliação da criança e suas dificuldades:

*"...o desenvolvimento pode ser avaliado e as indicações para a necessidade de tratamento de uma criança podem ser reunidas através da investigação metódica, por um lado, dos aspectos libidinal e agressivo, por outro lado, do ego e do super-ego, da personalidade de uma criança, a fim de se apurarem os indícios e sintomas de adequação etária, precocidade ou retardamento. Com a seqüência de fases libidinais e uma lista de funções do ego presentes em sua mente, isso não será uma tarefa impossível, nem mesmo difícil, para o analista infantil. Mas as indicações que emergem são mais úteis para o diagnóstico de patologia e uma revelação do passado do que para tomar decisões em questões que dizem respeito ao normal ou às perspectivas para o futuro. Elas demonstram, de modo razoavelmente satisfatório, as formulações e soluções de compromisso que foram realizadas na personalidade do paciente; mas não incluem indícios sobre quais serão as probabilidades de manutenção, progresso ou declínio desse nível de desempenho"* .

Em contraste com a personalidade do adulto, a personalidade em desenvolvimento da criança se encontra num estado fluido. Os sintomas que servem como solução de conflito em um momento do desenvolvimento podem mostrar-se inúteis no momento seguinte e são descartados ou substituídos por outros.

É muito frequente encontrarmos crianças com diversos sintomas como anorexia, enurese, insônias, condutas ditas anti-sociais, dificuldades de aprendizado, fobias e rituais obsessivos, que são basicamente normais, uma vez que estas condutas são geralmente muito transitórias, ainda que podendo ser muito intensas e perturbadoras, sobretudo para os pais.

Voltando a ANNA FREUD (1980, p.32):

*"De fato, quando a patologia não é muito severa, o analista infantil perguntará, frequentemente, depois da bem sucedida conclusão de um tratamento, até que ponto a melhora pode ser o resultado de suas medidas terapêuticas ou até que ponto deve ser atribuída à maturação e aos movimentos espontâneos do desenvolvimento".*

Não são poucos os casos em que após as primeiras entrevistas com os pais e a criança vemos desaparecer, como que por encanto, a sintomatologia que motivou a procura de atendimento.

Todos sabemos que até a criança mais normal pode sentir-se profundamente infeliz por uma razão ou outra durante algum ou alguns períodos de sua vida. Esta é uma reação legítima e esperada. Por outro lado, crianças descritas como boazinhas e obedientes nos despertam desconfiança. Só para citar alguns exemplos: as crianças que se separam facilmente de seus pais podem assim proceder porque não conseguiram estabelecer relações objetivas adequadas. Não sentir ansiedade frente a uma ameaça de perda de amor, longe de constituir um indício de saúde numa criança, é muitas vezes a primeira indicação de renúncia autística ao mundo dos objetos.

O nível de desempenho egóico flutua incessantemente na criança. Progresso e regressão fazem parte do seu desenvolvimento normal, bem como as tendências a organização e desorganização do ego.

Para ANNA FREUD (1980, p.110) existe apenas um fator na infância, cujo enfraquecimento pode ser considerado suficientemente importante para ser usado como critério de patologia mental:

*"A capacidade da criança para avançar, em fases progressivas, até que a maturação, o desenvolvimento em todas as áreas da personalidade e a adaptação à comunidade social foram completados".*

Os sintomas podem ser encarados, na criança, como algo esperado e normal, desde que os processos vitais de desenvolvimento permaneçam intactos. Os sintomas passam a ser considerados indicadores de processos patológicos assim que *"o próprio desenvolvimento for afetado, quer por abrandamento, inversão ou completa estagnação"* (A.FREUD,1980, p.110).

Seguindo este raciocínio podemos compreender WINNICOTT(1958, p.148) quando este escreve:

*"Sob o ponto de vista do psiquiatra, a má saúde e a imaturidade são sinônimos. O tratamento, visto sob o mesmo ângulo, objetiva o estabelecimento da maturidade, ainda que numa época posterior à normal".*

Ao examinar a questão das indicações para o tratamento psicanalítico de uma criança MELANIE KLEIN (1932, p.139) segue por caminho semelhante ao tratar da neurose infantil:

*"A primeira pergunta que se nos impõe é: quais as dificuldades que devem ser encaradas como normais e quais como neuróticas, na criança? Ou por outra: como distinguir uma criança simplesmente traquinas de uma criança realmente doente? Em geral, e contanto que não ultrapassem certos limites, é de se esperar encontrar certas dificuldades típicas,*

*que variando consideravelmente em importância e efeito, são encaradas como companheiras inevitáveis do crescimento infantil. Mas justamente por esse motivo, a meu ver, é que tendemos a não dar a devida atenção a uma questão assaz importante, ou seja, até onde essas dificuldades cotidianas devem ser encaradas como sinais de graves perturbações evolutivas".*

Depois de se deter na análise de uma série de sintomas e comportamentos comuns na infância MELANIE KLEIN( 1932, p.146) conclui :

*"...as dificuldades inerentes ao desenvolvimento da criança pequena são de caráter neurótico. Em outras palavras, todas as crianças passam por uma neurose, que difere apenas em intensidade de indivíduo para indivíduo".*

Para KLEIN as neuroses infantis passam frequentemente despercebidas, porque são em muitos aspectos, inclusive nos critérios diagnósticos, diferentes das neuroses do adulto. São comuns na criança os casos de "neurose muda", isto é, sem sintomas manifestos, mas tão ou mais graves que as neuroses com sintomatologia exuberante.

Esta autora, assim como ANNA FREUD, nos adverte para o perigo de considerarmos normal uma criança que se adapta às expectativas dos pais. Aquela criança dócil, bem adaptada e sem sinais manifestos de ansiedade, pode assim parecer, às custas de uma repressão exagerada da vida instintiva e de fantasia. Toda criança normal expressa seus sentimentos e sua ambivalência, vive seus conflitos com intensidade, não podendo ser considerada uma criança fácil. E acrescenta:

*"O que realmente distingue a criança menos neurótica da mais neurótica é, além da questão das diferenças qualitativas, a maneira como ela se avém com suas dificuldades"* (1932, p.148).

Isto é, a capacidade que o ego tem de elaborar ansiedades e se defender delas.

Como exposto, o diagnóstico de neurose infantil não é fácil, pois sua sintomatologia é muito variada, podendo até mesmo não existir. A característica comum

seria um grau de repressão ou inibição acentuada, com ou sem ansiedade manifesta assim como o grau de rigidez das defesas utilizadas pela criança (DEL VALLE, 1986). E somente o atendimento psicanalítico da criança poderia revelar adequadamente a gravidade destes distúrbios.

Dois atendimentos relatados por KLEIN, a análise de Erna (1924)<sup>2</sup>, uma menina de seis anos com um diagnóstico de neurose obsessiva grave, que se revelou um caso de psicose paranóide e a análise de Dick (1930)<sup>3</sup>, o menino de 4 anos de idade com grave inibição na capacidade de simbolização, que evidenciou um quadro clínico de esquizofrenia infantil; demonstram claramente as dificuldades em se diagnosticar em Saúde Mental Infantil.

Estas e outras experiências de análise levaram M. KLEIN a considerar a psicose na infância como uma ocorrência muito mais comum do que até então se imaginava, ocorrência que podia inclusive passar despercebida dos próprios pais.

*"Em minha opinião, a esquizofrenia é mais comum na infância do que geralmente se supõe(...) e acho que uma das principais tarefas do analista de criança é descobrir e curar a psicose nelas"* (KLEIN, 1930, p.311).

D.W.WINNICOTT afirma em seu artigo PEDIATRIA E PSIQUIATRIA (1948, p.291):

*"Crianças comuns e saudáveis não são neuróticas (apesar de poderem sê-lo) e bebês comuns não são loucos. A relação entre a pediatria e a psiquiatria é muito mais sutil que isto"*.

Qual seria esta sutileza?

---

<sup>2</sup> Esta data refere-se ao período de análise de Erna. O relato deste atendimento aparece em uma série de artigos que fazem parte do livro Contribuições à Psicanálise e também nos capítulos I, III, IV, VII, XI e XII do livro Psicanálise da Criança, de 1932.

<sup>3</sup> Caso clínico relatado no artigo "Da Importância da Formação de Símbolos para o Desenvolvimento do Ego" de 1930, que faz parte do livro Contribuições à Psicanálise.

Encontramos esta resposta no início de seu artigo PSICOSE E CUIDADOS MATERNOS (1952, p.375):

*"...é comum algum grau de psicose na infância. Este, no entanto, passa despercebido, por se ocultar atrás das dificuldades inerentes aos cuidados dispensados à criança. O diagnóstico é feito quando o meio ambiente não consegue esconder ou aguentar distorções do desenvolvimento emocional, fazendo com que a criança necessite se organizar em torno de uma determinada linha defensiva que possa ser reconhecida como uma entidade doença".*

Para WINNICOTT toda criança pode ser considerada até certo ponto como psicótica, desde que comparemos sua capacidade de estar em contato com a realidade externa, com a capacidade de um adulto (sem perturbações mentais sérias). Mas, normalmente, esta condição passa despercebida, manifestando-se quando o ambiente (que no início é a mãe) não consegue conter estas distorções. Neste momento, defesas são organizadas e os sintomas psicóticos aparecem.

Como vimos, do ponto de vista teórico, a oposição pura e simples entre normal e patológico em Psiquiatria Infantil é uma proposição impossível de ser mantida. Difícil também é a tentativa de agruparmos os sintomas de uma criança dentro de síndromes determinadas. A fronteira entre os vários distúrbios é fluida e o grau de co-morbidade é alto. Há grande polimorfismo e diferenças na sintomatologia apresentada por crianças e adolescentes, daí a necessidade de uma nosologia mais ampla e flexível, que nos permita utilizar os conhecimentos da psicanálise para uma plena compreensão destes sintomas.

### **1.3. VOLTANDO AOS PAIS**

Se para o profissional de saúde o diagnóstico em Saúde Mental Infantil é uma tarefa complexa, a percepção do sofrimento infantil por parte dos pais também o é. A saúde além de representar uma ausência de sintomas, é uma questão ideológica, recebendo uma valorização diferente dependendo da cultura e das necessidades adaptativas dos indivíduos ou de toda a população. As atitudes parentais frente a um filho com sintomas emocionais

são partes importantíssimas no processo que vai conduzir uma criança a receber alguma espécie de tratamento especializado, pois são eles que, como já assinalamos, irão inicialmente reconhecer, com a ajuda ou não de terceiros, e apesar de todas as dificuldades, o sofrimento emocional da criança e trazê-la para atendimento. São os pais que lidaram, lidam e continuarão a lidar com a criança durante e após um possível tratamento. É de suas capacidades em conter, manejar e elaborar o sofrimento deles mesmos e da criança que dependemos para poder trabalhar.

Certamente, as razões que levam os pais a procurarem ou não uma ajuda psicológica e/ou psiquiátrica para seus filhos são complexas e requerem estudos mais amplos.

Quando uma criança chega para ser atendida frequentemente nos perguntamos: Por que agora? Por que ela? O que tornou o momento atual tão inquietante, comovedor ou insuportável que mobilizou os pais a procurarem ajuda? O que, na verdade, estariam eles buscando? E por que, ou para que?

Nem sempre podemos encontrar estas respostas de uma maneira clara e fácil, especialmente se nos ativermos apenas ao conteúdo manifesto do motivo da consulta. Nem sempre o comportamento ou sintoma da criança que, aparentemente, preocupa os pais é o motivo real da procura de ajuda.

Na maioria dos casos, afirma OCAMPO (1981, p.32), *"o motivo manifesto é dentro de um número mais ou menos extenso de sintomas que afligem o paciente, ou aqueles que convivem com ele, o menos ansiôgeno, o mais inócuo, o mais fácil e conveniente de ser dito ao psicólogo"*. A quem geralmente, os pais acabam de conhecer.

Frequentemente o motivo é outro, denominado motivo latente, subjacente ou profundo. Esta discrepância entre o motivo manifesto e o latente da consulta resulta de um processo de dissociação intrapsíquica, sendo esta dissociação tanto mais acentuada quanto mais intensos forem os sentimentos de culpa, angústia persecutória e repressão que os pais têm em relação à sintomatologia da criança.

Quando as angústias persecutórias predominam, os pais tendem a projetar maciçamente as dificuldades da criança na escola, no mundo externo ou acusando-se a si mesmos, o que os impede de pensar e reconhecer as reais dificuldades da criança e deles mesmos enquanto pais. Por outro lado, quando as angústias depressivas imperam, os pais sofridamente percebem o sofrimento emocional de seu filho, reconhecem-se incapazes de resolver sozinhos este problema e aceitam sua necessidade de ajuda.

Todas as fantasias, vergonhas, angústias, culpas e os respectivos mecanismos de defesa, que os pais dispõem para fazer face à problemática emocional da criança são incrementados quando estes, abrindo mão de sua onipotência e onisciência<sup>4</sup>, reconhecem-se impotentes frente às dificuldades emocionais da criança e decidem-se por procurar uma ajuda especializada. Esta não é uma tarefa fácil. Requer, sim, grande humildade. Contar a um desconhecido suas dificuldades enquanto pais, toca fundo os aspectos narcísicos e de culpa. Grandes são a angústia e os sentimentos de humilhação.

Toda consulta psicológica para um filho implica para os pais uma ferida narcísica, pois este é um momento de incertezas e questionamentos, principalmente em relação às suas funções de pais. As feridas narcísicas de pais que buscam uma ajuda, estão incomodamente expostas, e não são fáceis de serem tratadas.

LISONDO (1996) descreve este momento, utilizando-se de um referencial bioniano, como "*o primeiro passo para que se inicie a mudança catastrófica*"<sup>5</sup>. A autora prossegue:

*"A primeira entrevista é um momento de curiosidade, terror, aversão, pavor ante o descobrimento da loucura e a esperança do desenvolvimento psíquico. A turbulência emocional entre o conhecido passado - que, na sua força, amarra - e o temido futuro,*

---

<sup>4</sup> Segundo Bion, quando a intolerância à frustração é forte o bastante para que a predominância do princípio da realidade seja tolerada, a personalidade pode substituir pela onipotência e onisciência a união de uma preconcepção com uma "realização negativa". Desse modo, a onisciência assume o lugar do aprender com a experiência. Não há mais pensamento, nem atividade de pensar para distinguir o verdadeiro do falso. Em vez de separar a verdade do erro, a psiquê se contenta em afirmar ditatorialmente, que uma coisa é moralmente boa e uma outra é ruim (BLÉANDONU, 1993).

<sup>5</sup> Mudanças verdadeiras e significativas costumam vir acompanhadas, de acordo com Bion de intenso sofrimento e de sensações catastróficas, expressas pelo paciente através de medo de enlouquecer, sintomas hipocondríacos, despersonalização, etc (SOR et GAZZANO, 1988).

*em permanente relação dialética. É preciso que um novo espaço mental seja parido para a identidade do filho e dos pais. A avaliação psicanalítica pode anunciar um verdadeiro ponto de 'inflexão na estrutura'".*

Para BARANGER (1992, p.575) podemos falar de “ponto de inflexão” quando *“...surge subitamente uma mobilização (relacionada ou não à interpretação e ao insight registrados) do campo analítico e uma reestruturação da fantasia básica subjacente. O ponto de inflexão assinala a abertura do acesso a novos aspectos da história”.*

O ponto de inflexão dentro do processo de avaliação marca momentos preciosos e que não podem ser desperdiçados. Eles podem nos ajudar a criar as condições necessárias para um trabalho mais profundo com os pais ou com a criança. Pensamos que é o reconhecimento das fantasias (conscientes e inconscientes), pensamentos e sentimentos que os pais têm acerca das atitudes, comportamentos, reações e sentimentos da criança que podem nos ajudar a detectar a capacidade dos pais em promover, colaborar e aceitar a necessidade de um atendimento em saúde mental. Funcionando como sinalizadores do caminho que devemos seguir no atendimento de uma determinada família.

Como ARRUDA (1991, p.126) relata em seu trabalho, as mães costumam apresentar, pelo menos inconscientemente, alguma percepção, compreensão ou intuição de que os sintomas dos filhos tem outras significações além dos sentidos aparentes e lógicos.

*“Quando os pais nos trazem os filhos para os consultarmos, há, não apenas, a esperança de prestarmos-lhes algum auxílio, mas, também, em maior ou menor grau, uma intuição de estar a criança com atitudes, pensamentos e angústias, os quais escapam à influência e ao controle da vontade de pais, avós, professores, pediatras e outras pessoas”.*

Mais ou menos próximo da consciência, os pais costumam ter a percepção de que por detrás dos comportamentos, pensamentos, sentimentos e sintomas de seus filhos existe um mundo ao qual eles não têm acesso, um mundo movimentado pelas pulsões e

pelas fantasias inconscientes, um mundo que escapa à lógica e à compreensão da consciência, um mundo diferente do conhecido e por isso mesmo, um mundo temido.

Muitas são as resistências que os pais têm que enfrentar ao se decidirem por procurar uma ajuda psicológica para seu filho. Sentimentos de angústia e culpa em relação aos filhos acompanham os pais nas mais diversas circunstâncias. Eles podem estar presentes em relação a uma doença somática, em relação a problemas emocionais graves e mesmo associados a problemas relativamente simples. "O que eu fiz de errado para meu filho estar assim?" ou "onde foi que eu errei?" são questões recorrentes, na vida cotidiana e durante as entrevistas com pais. O sentimento de culpa muito intenso pode paralisar, dificultar e até mesmo impedir a procura de uma ajuda especializada.

WINNICOTT escreve em seu artigo **CONSEQUÊNCIAS DA PSICOSE PARENTAL PARA O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA** (1959, p.108):

*"...o distúrbio da criança pertence apenas à criança, embora as condições ambientais devam ser levadas em alta conta na consideração da etiologia do problema. A criança pode encontrar meios de crescer sadia apesar dos fatores ambientais, e pode sofrer distúrbios não obstante o bom cuidado".*

Não é fácil para a dinâmica narcisista dos pais aceitar que o filho, "*sede de um esperançoso desejo de completude*" (KANCYPER, 1994, p.34), tenha um problema emocional e necessite de uma ajuda especializada.

Escreve KANCYPER (1994, p.36):

*"O filho representa, para a realidade psíquica dos pais, tanto o que se é, o que se foi, o que se queria ser, como a pessoa que foi uma parte do próprio si mesmo".*

Procurar ajuda significa, de alguma forma, ter que matar a criança maravilhosa, o bebê magnífico que habita a fantasmática de cada um dos pais e do casal. Questões

narcísicas, culpabilidade e responsabilidade entram em cena quando os pais se mobilizam a procurar uma ajuda especializada para seu filho.

Como dependemos dos pais para o início e a continuidade do tratamento, não podemos nos esquivar de compreender os dinamismos envolvidos nas atitudes, percepções, sentimentos, pensamentos e fantasias mobilizadas nos pais pela sintomatologia da criança e pela procura de um atendimento. Os pais nos trazem seus filhos e esperam acolhimento e cuidado e não podemos concordar com MELTZER (1967, p.4) que recomenda que o contato entre pais e analista seja *“tão-restrito e ambíguo quanto a boa educação o permita”*.

Talvez, para alguns pais, um contato restrito com o profissional de saúde possa proporcionar um certo alívio, pois ilusoriamente existe alguém que se encarregará completamente da problemática da criança. Mas para a grande maioria dos pais, este contato extremamente restrito provocará sentimentos de exclusão, abandono, desamparo, solidão, dor e culpa frente a problemática do filho. A nosso ver, um caminho aberto para atuações.

Restringir excessivamente o contato com os pais, por um lado, os priva *“de uma oportunidade para sua evolução como pais e como pessoas”* (HUBERMAN, 1989, p.506), por outro nos priva da oportunidade de compreender mais a problemática da criança e de sua família, nos impedindo de atuar de forma mais adequada.

Poder acolher os pais de uma criança, abre o caminho para a possibilidade de transformação dos elementos persecutórios em tendências reparatórias. Ao auxiliá-los a desembaraçarem-se das tramas identificatórias e projetivas, ajudamos os pais a criarem um espaço mental para poderem pensar e neste processo podemos ganhar verdadeiros aliados para nosso trabalho.

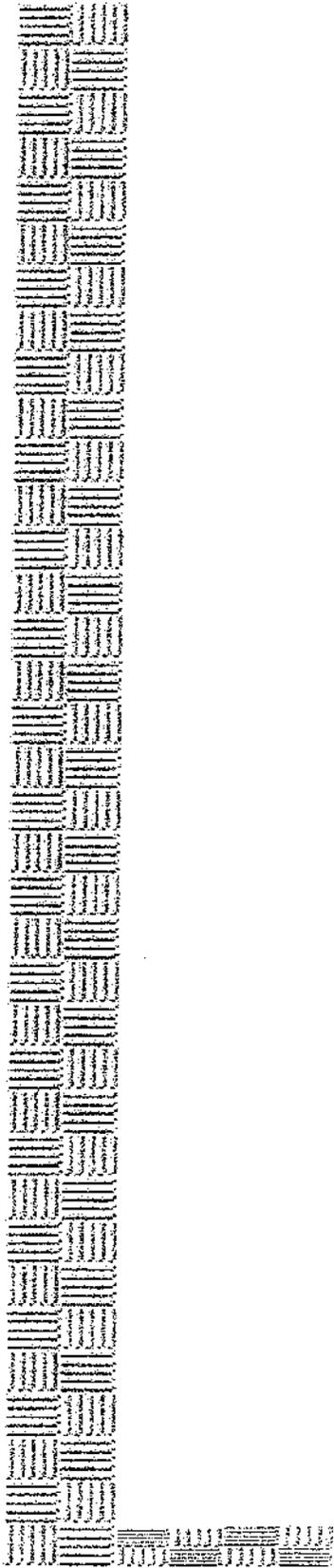
A decisão dos pais por procurarem ajuda para um filho pode ser bastante ambivalente ou repousar sobre expectativas de ações mágicas e idealizadas. Mas, nem por isso podemos nos esquecer que ao se decidirem por procurar auxílio, os pais carregam em

si a esperança, mesmo que frágil, de serem auxiliados pelo saber e pelos instrumentos que o profissional de saúde detém.

Um longo caminho é percorrido até que a criança venha a ser vista por um profissional de saúde mental infantil. Um longo caminho que se inicia dentro da mente dos pais e que os possibilita darem-se conta da necessidade da criança receber um atendimento a nível emocional. Um caminho que continua dentro do sistema de saúde, com a procura pelos pais de um profissional que seja capaz de escutar e acolher a queixa formulada e possibilite algum tipo de procedimento diagnóstico e de conduta.

Sabemos que nem sempre este caminho é totalmente percorrido. Muitas vezes ele pode nem sequer se iniciar, pois a simples idéia de procurar ajuda é rapidamente varrida da mente, quer por dificuldades internas, quer externas (sistema de saúde, falta de condições socio-econômicas). De qualquer forma, pensamos que talvez seja possível, através das histórias que as mães nos relatam durante as entrevistas diagnósticas conhecermos um pouco mais sobre este caminho percorrido. Existiriam caminhos mais característicos? Poderíamos encontrar pontos de referências, marcas ou paradas?

Foi na tentativa de encontrar algumas respostas para estas questões, assim como poder levantar uma série de outras perguntas, que definimos os objetivos desta pesquisa.



## **CAPÍTULO 2**

### ***OBJETIVOS E MÉTODOS***

*“Sé cada vez mejor que el único conocimiento que vale es aquél que se nutre de incertidumbre, y que el único pensamiento que vive es aquél que se mantiene a la temperatura de su propia destrucción”.*

*(Morin, 1977)*

## 2.1. OBJETIVOS

### 2.1.1. Geral

Estudar como as mães se defrontam com o sofrimento emocional de seus filhos.

### 2.1.2. Específicos

Partindo deste enfoque mais amplo, tenho como objetivos específicos:

#### 1- Descrever:

Percepções que as mães têm a respeito do sofrimento emocional de seus filhos;  
Processos mentais que elas utilizam para lidar e compreender este sofrimento;  
Vivências da trajetória desta dupla mãe-criança dentro do sistema de saúde.

#### 2- Identificar fantasias que as mães têm a respeito das causas da doença dos filhos;

#### 3- Efetuar um exercício de compreensão do discurso manifesto ligado às questões descritas acima, bem como tecer hipóteses em relação ao conteúdo latente do mesmo.

Antes de prosseguirmos, algumas considerações acerca de alguns termos aqui utilizados devem ser feitas. A palavra percepção é usada neste trabalho designando o ato, efeito ou faculdade de perceber. Perceber, segundo o Aurélio<sup>6</sup>, significa: *1- adquirir conhecimento de, por meio dos sentidos; 2- formar idéia de; abranger com a inteligência; entender, compreender; 3- conhecer, distinguir, notar; 4- ouvir; 5- ver bem; 6- ver ao longe, divisar, enxergar.*

---

<sup>6</sup> FERREIRA, AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA - *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

De acordo com o Dicionário de Filosofia de BRUGGER (1987, p.317), percepção refere-se à apreensão sensorial global de um complexo de dados sensíveis. Segundo este autor *“Na construção da imagem perceptiva podem cooperar, juntamente com as impressões procedentes do objeto sensível, fatores subjetivos de várias espécies: complexos representativos associados, esquemas antecipadores e distribuição de atenção, os quais realizam uma como que seleção entre as partes do todo que se devem considerar. Tais fatores e, no homem, os fatores intelectuais de fixação e interpretação de sentido, que se unem às funções sensoriais, convertem a impressão sensorial numa apreensão ou apreensão. Mas a consequência deste “a priori psicológico” não é necessariamente uma percepção enganadora (Representação), mas, antes, acima de tudo, uma “focalização” daquilo que no complexo concreto tem importância para o sujeito.*

Vivência é entendida neste trabalho como uma experiência afetiva associada ao fato de experimentar, de viver algo. Este termo designa aqui, não só uma realidade sócio-histórica, mas também a realidade psíquica, em que os valores, os sentimentos e as representações do indivíduo estão presentes (FRANÇOSO, 1996).

Enquanto a palavra fantasia é aqui utilizada seguindo a definição de BRUGGER (1987, p.189) como sinônimo de imaginação, isto é, *“a faculdade de unir livremente conteúdos representativos”.*

LAPLANCHE e PONTALIS (1983, p.228) afirmam que a fantasia pode *“apresentar-se sob diversas modalidades: fantasia consciente, ou sonhos diurnos; fantasias inconscientes tais como a análise as revela como estruturas subjacentes a um conteúdo manifesto; profantasias”.* Para fins deste trabalho, consideramos basicamente o primeiro tipo (fantasias conscientes).

## **2.2. MÉTODOS**

### **2.2.1. Introdução**

Nossa proposta de trabalho baseia-se numa tentativa de compreensão e interpretação de conteúdos e dinamismos do ser humano. Este enfoque objetiva uma

compreensão dos fenômenos dentro de uma perspectiva polissêmica e crítica, ancorada nos aspectos afetivos, vivenciais, inconscientes e interpessoais dos seres humanos.

Com tal finalidade em mente, tornou-se claro a impossibilidade de utilizarmos um método próprio das ciências naturais, pois pretendíamos lidar com fenômenos impossíveis de serem quantificados. Escalas, tabelas, questionários e outros instrumentos, tão caros à lógica positivista, teriam valor extremamente limitado para a jornada que nos propúnhamos empreender.

Na busca de um caminho que nos permitisse alcançar nossos objetivos, lemos e refletimos sobre as seguintes teses: CASSORLA (1981); STRAUS (1985); TURATO (1988); BOTEGA (1989); ARRUDA (1989 e 1991); MIOTO (1994); SOUZA (1995) e FRANÇOSO (1996). A cada leitura fomos sendo apresentadas à riqueza, criatividade e complexidade do método clínico, tornando-se claro para nós que a pesquisa que nós objetivávamos realizar deveria estar ancorada nos parâmetros deste método.

Os próximos sub-ítem correspondem à trajetória intelectual que empreendemos para poder melhor compreender a metodologia em pesquisa qualitativa e o método clínico.

### **2.2.2. Ciência e Verdade**

Na procura do caminho que deveríamos seguir nesta pesquisa, defrontamo-nos com alguns questionamentos sobre o que é ciência, o que é verdade em ciência, sobre a cientificidade do método que nós nos propúnhamos a seguir.

A Filosofia da Ciência nos mostrou que no interior do que chamamos ciência podemos distinguir vários grupos ou mesmo subgrupos bastante diversos de disciplinas.

Podemos classificá-las epistemologicamente em três tipos:

- Ciências Formais;
- Ciências Empírico-Formais ou Naturais;
- Ciências Hermenêuticas ou Humanas.

O primeiro tipo, as ciências formais têm como paradigma a matemática, uma ciência 'exata'. A linguagem matemática é considerada perfeita e racional, já que não permite ambigüidades e muito menos interpretações. A coerência interna, independente de seu executor, é seu critério de verdade.

O segundo grupo de ciências é constituído pelas ciências empírico-formais, que se constróem segundo o modelo da física-matemática. Seu objeto de estudo é por definição, o que está diante dos olhos. Seu critério de cientificidade é o de realidade, realidade empiricamente apreensível. As ciências naturais são ciências experimentais. Suas experiências procuram descobrir as "leis" que regem a "natureza", sendo apoiadas e analisadas segundo recursos fornecidos pela lógica-matemática. Por isso mesmo, nas ciências empírico-formais a verdade é coerência (como nas ciências formais) e correspondência ao real (objetividade).

As ciências humanas, o terceiro grupo, surgiram, inicialmente, no prolongamento das ciências empírico-formais. E para aqueles domínios que se prestam à formalização, o método empírico-formal continua a ser fecundo. Dependendo dos objetivos perseguidos pelo investigador, a expressão de uma determinada realidade através de equações, médias, gráficos e estatísticas pode mostrar-se útil e adequada. Números continuam sendo informações necessárias dentro das ciências humanas, mas não podemos negar que qualquer pesquisa que pretenda um aprofundamento maior da realidade humana não pode ficar restrita a um referencial empírico-formal ou quantitativo (MINAYO, 1992). Há domínios, inclusive, onde a formalização é impossível.

Quando se trata de compreender uma ação passada ou o sentido de um texto, quando se trata de compreender a experiência simbólica em toda a sua plenitude, introduz-se um verdadeiro corte epistemológico no discurso naturalista. Se o objeto do nosso conhecimento é a busca de compreensão subjetiva da experiência humana, torna-se impossível trabalhar com números. Ao caminharmos pelo universo da cultura, da linguagem, do pensamento e das emoções, introduzimos o simbólico como lugar do

homem. Este conjunto de dados, também chamados de "qualitativos" necessita de um referencial de coleta e de interpretação de outra natureza.

As ciências humanas por serem simbólicas, *"não são unívocas como a matemática, não são mecânicas como a física-matemática, e sua verdade só pode ser alcançada num con-senso (isto é, na coexistência de muitos sentidos) simbólicos, isto é, na complementaridade das diferenças"* (REZENDE, 1995).

Tendo como objeto de estudo o próprio homem, a relação de conhecimento nas ciências humanas se estabelece entre iguais, pois o objeto e o sujeito do conhecimento coincidem. Desta forma, seu critério de cientificidade passa a ser a intersubjetividade, pois o conhecimento é construído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética. O objeto não é um dado neutro, um número ou uma função. Pelo contrário, o objeto é repleto de significações, e o sujeito não pode ser desvinculado de seu universo afetivo, social, cultural e ideológico.

A pesquisa sobre os fenômenos humanos envolve um grande número de variáveis, não podendo ser orientada pelos princípios de regularidade, veracidade, generalidade, causalidade e objetividade característicos das ciências empírico-formais. A experiência de verdade em ciências humanas é extremamente complexa, não podendo se restringir ao que pode ser observado, objetivado e quantificado. Negar essa complexidade é negar a qualidade essencial do objeto humano. Mas isso não significa que seja impossível um abordagem científica da realidade humana. A subjetividade pode e deve ser considerada parte integrante da singularidade do fenômeno humano e social.

Ao analisar esta questão MINAYO (1993, p.35) afirma:

*"Na medida em que acreditam que a realidade vai mais além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos, (as ciências sociais) trabalham com os dados qualitativos que trazem para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos. Evidentemente, cada teoria tem seu modo próprio de lidar com os dados de acordo com a visão de mundo que as sustenta"*.

Nenhuma linha de pensamento pode ser considerada como detentora do monopólio do conhecimento e da compreensão acerca da realidade.

Atualmente, orientadas por esta concepção simbólica das ciências humanas, a preocupação com a impossível objetividade das pesquisas qualitativas tem se deslocado para uma preocupação com sua possível objetivação.

Esta objetivação constitui-se, na realidade, num processo interminável de construção, que por reconhecer a complexidade e a singularidade do fenômeno humano, procura utilizar instrumental teórico e técnico adequado para atingir a realidade humana.

Cientificidade e objetivação não devem ser confundidas com neutralidade científica, esta sim uma utopia, pois todo pesquisador, mesmo aquele que se propõe a realizar uma pesquisa quantitativa, está envolvido com uma série de juízos de valores. Nenhum conhecimento é neutro. Todo conhecimento é interessado, sendo esta a condição que possibilita alcançar seu objetivo de aproximação à realidade.

De volta a MINAYO (1993, p.36):

*"A "objetivação" nos leva a repudiar o discurso ingênuo ou malicioso da neutralidade, mas nos diz que é necessário buscar formas de reduzir a incursão excessiva dos juízos de valor na pesquisa. Os métodos e técnicas de preparação do objeto de estudo, de coleta e tratamento dos dados ajudam o pesquisador, de um lado a ter uma visão crítica de seu trabalho e, de outro, de agir com instrumentos que lhe indicam elaborações mais objetivadas".*

De tudo o que foi exposto podemos concluir que cada modelo científico move-se "no horizonte delimitado pelos seus postulados e métodos. Suas hipóteses são, portanto, válidas só no âmbito da região em que são formuladas. Cada modelo instaura-se a partir de uma determinada perspectiva, que torna-se o critério e o princípio organizador do modelo" (LADRIÈRE, 1977, p.43).

Não existe em ciência um caminho simples, único ou privilegiado. Mesmo que alguns métodos, como é o caso do modelo científico proposto pelas ciências naturais, pareçam melhor estabelecidos e melhor comprovados, nada permite considerá-los como modelos universais, aos quais todo trabalho de pesquisa científica deveria pouco a pouco se adaptar.

Na verdade, podemos perceber, que os conflitos entre modos de conhecimento traduzem, na realidade, uma certa confusão metodológica. Confusão esta que resulta, de um lado, de uma espécie de *"imperialismo dos critérios de verdade"* (LADRIÈRE, 1977), de outro, de uma preocupação demasiado precipitada de unidade e de síntese.

Os métodos (caminhos) e os conceitos (instrumental) que fazem parte de um determinado sistema científico não podem ser estendidos à análise de toda experiência. Cada metodologia tem as suas especificidades. Não podemos reduzir a uma única visão todas as ordens de verdade. *"O caminho da síntese passa pelo reconhecimento da pluralidade de ordens"* (LADRIÈRE, 1977, p.43).

Como poderemos, então, justificar a escolha de um determinado método em detrimento de outro?

LADRIÈRE (1977, p.43) nos responde: *"a verdadeira justificação de um método está na sua fecundidade"*, fecundidade que se define como capacidade de nos fazer compreender a realidade que interrogamos.

Podemos concluir que três são os aspectos que nos permitem caracterizar uma abordagem qualitativa:

O primeiro é de caráter epistemológico, e se relaciona à visão de mundo implícita na pesquisa. Isto é, o pesquisador que se propõe a realizar uma pesquisa qualitativa busca uma compreensão subjetiva da experiência humana. O segundo aspecto, se relaciona ao tipo de dado que se objetiva coletar, isto é dados descritivos, ricos em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências. E o terceiro, relaciona-se ao método de análise, que na pesquisa qualitativa busca de significados e não de evidências.

### 2.3. SOBRE O MÉTODO CLÍNICO

Através de todas estas questões que nos foram sendo propostas pelos autores que trabalham com filosofia da ciência e por aqueles que se utilizaram do método qualitativo para estudar e analisar aspectos da realidade psíquica a partir da expressão individual, conseguimos chegar ao método clínico.

Tendo sua origem e fundamentando-se na prática clínico-assistencial o método clínico visa, segundo ARRUDA (1991, p.9), "*à compreensão, à conexão de sentidos e à elaboração de conhecimentos*".

Inicialmente utilizado no "estudo de caso", no qual um paciente fisicamente doente é avaliado em seu leito (clinos = leito), o método clínico estendeu-se, a partir do final do século XIX, ao estudo da totalidade da condição existencial do ser humano (BOTEGA, 1989), ultrapassando o âmbito da relação médico paciente, o leito e o hospital.

No que se relaciona ao estudo das questões emocionais duas direções distintas foram seguidas (MIOTO, 1994):

- uma, orientada por pesquisadores que utilizando-se do método clínico procuraram descrever, classificar e compreender as doenças mentais segundo o referencial da patologia orgânica;
- em outra direção se orientaram os pesquisadores que começaram a questionar o referencial organicista para se lidar com estas doenças e, contra toda a comunidade científica da época, começaram a traçar novos caminhos para o entendimento da patologia mental.

Nesta linha encontram-se:

- a psicologia compreensiva ou humanista (JASPERS, 1979) que se preocupou em apreender, descrever e compreender a vivência psíquica a partir da expressão individual;

- Charcot e seu método hipnótico;
- Breuer e o método catártico e
- Freud e a psicanálise.

Apesar de seu criador desejar, inicialmente, manter o método psicanalítico dentro do âmbito das ciências empírico-formais, a psicanálise provocou uma ruptura no modo de se compreender o comportamento humano. A formulação de uma teoria e de um método de trabalho que objetivava o estudo do inconsciente, a operacionalização dos conceitos de associação livre, ato falho, resistência, análise dos sonhos, transferência e contratransferência enriqueceram e estenderam os limites de utilização do método clínico.

A grandeza do fundador da psicanálise está em sua obra teórica e clínica e também no fato de ter deixado “um método” de trabalho e de investigação para a compreensão dos fenômenos psíquicos.

O que importa é a individualidade e a subjetividade. Uma ou várias pessoas podem ser estudadas, sem que haja necessidade de se pensar em termos de amostra representativa da população.

É através da relação dialética que se estabelece entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa que se dá a observação e a experiência. Para isto o pesquisador necessita de instrumentos que *“dêem o enquadramento necessário para que se gere o material do conhecimento”* (MIOTO, 1994, p.22).

Em Psicologia, o método clínico utiliza-se de uma série de instrumentos tais como: anamnese, observação, aplicação de testes psicológicos e entrevista com o paciente. Bastante bem estabelecidos sobre bases teóricas e práticas, tais recursos proporcionam condições para um diagnóstico e para a produção de conhecimento.

Após a escolha, delimitação e definição do objeto e dos objetivos desta pesquisa, bem como da delimitação de seu marco teórico-conceitual e face à complexidade do material a ser coletado, escolhemos o método clínico como aquele capaz de nos guiar

através do caminho que nos propusemos traçar. E a entrevista foi o instrumento de coleta de dados e de aproximação do campo foi eleita como capaz de nos fornecer o material sobre o qual pretendíamos discorrer e refletir.

## 2.4. SOBRE AS ENTREVISTAS

### 2.4.1. Questões gerais

De acordo com BLEGER (1980, p.21):

*"A entrevista é um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade de seres humanos".*

As entrevistas podem ser classificadas em estruturadas, semi-estruturadas e não-estruturadas e se caracterizam por um enquadramento ou 'setting' que é fixado a partir da delimitação dos objetivos, pela estipulação do lugar e tempo de entrevista e pela atitude técnica do entrevistador.

Cabe ao entrevistador observar o comportamento total do indivíduo o que inclui não apenas a função de escutar, mas também as funções de vivenciar e observar. Pois é a observação total da conduta que permite a formulação de hipóteses e a sua verificação (LAGACHE, 1985).

Para TRINCA (1984), a entrevista é o instrumento fundamental do método clínico, possibilitando o contato com o intersubjetivo, sem desprezar as questões emocionais.

Como assinala BLEGER (1980, p.19):

*"Toda conduta se dá sempre num contexto de vínculo e relações humanas, e a entrevista não é uma distorção das pretendidas condições naturais e sim o contrário: a entrevista é a situação 'natural' em que se dá o fenômeno que precisamente nos interessa estudar: o fenômeno psicológico".*

A entrevista acontece dentro de um “campo relacional”(BLEGER, 1980), onde a atitude “ambígua”<sup>7</sup> (BLEGER, 1980) do entrevistador oferece condições para que se revelem os fenômenos transferenciais e contratransferenciais.

É através da observação dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais que podemos enriquecer e ampliar nossa compreensão da estrutura da personalidade e dos conflitos do entrevistado.

Na entrevista semi-estruturada o entrevistado tem liberdade para expor seus problemas, começando por onde preferir e incluir o que desejar. O campo psicológico é estruturado pelo sujeito entrevistado. Cabendo ao entrevistador intervir a fim de (OCAMPO, 1981):

- auxiliar e estimular o entrevistado a iniciar ou continuar a entrevista, quando este não souber como proceder, encorajando-o a fazer digressões ou mesmo abordar outros temas que lhe pareçam associados ao tema proposto;
- permitir a continuidade da entrevista quando situações de bloqueio ou paralisação surgirem devido a um incremento de angústia;
- investigar acerca de determinadas questões que não foram referidas espontaneamente e que são consideradas de importância, ou acerca de contradições, ambigüidades e verbalizações confusas ou obscuras.

#### **2.4.2. O Roteiro da Entrevista**

Tendo em vista os objetivos a que nos propusemos analisar, elaboramos um roteiro de entrevista semi estruturada, contendo oito questões abertas que foram, inicialmente testadas num estudo piloto. Após este estudo piloto chegamos ao seguinte roteiro:

---

<sup>7</sup> Bleger usa a palavra ambigua no sentido de não diretiva.

- 01- Dados de identificação da criança, dos pais e heredograma.
- 02- Motivo do encaminhamento da criança ao SSMI. Quem encaminhou e como a mãe vivenciou este encaminhamento. Investigar fantasias sobre as causa(s) da doença da criança e fantasias sobre o tipo de tratamento mais adequado.
- 03- Trajetória da dupla mãe-criança dentro do sistema de saúde até chegar à consulta no SSMI, com ênfase especial nas vivências emocionais.
- 04- História de vida da criança desde a gestação até o momento atual.
- 05- Vivências e condições de vida da mãe durante este período. Como a problemática da criança tem influenciado sua vida pessoal, afetiva e familiar.
- 06- Vivências e condições de vida da mãe antes do nascimento da criança.
- 07- Expectativas e fantasias em relação ao atendimento atual.
- 08- Comentários e sentimentos da mãe em relação à experiência de entrevista.

Às oito questões acrescentamos mais dois itens a serem preenchidos após as entrevistas:

- 09- Observações sobre o comportamento e atitudes da criança, caso ela esteja presente durante a entrevista.
- 10- Reflexões sobre nossas vivências contratransferenciais.

As questões relacionadas às vivências e condições de vida da mãe antes (questão 05) e após o nascimento da criança (questão 04) não faziam inicialmente parte do roteiro-piloto. Foram acrescentadas posteriormente, ao verificarmos a necessidade de conhecermos um pouco mais sobre o mundo interno e o funcionamento mental destas mães.

Em nossa experiência, e isto se confirmou no estudo piloto, estas informações são freqüentemente trazidas de forma espontânea pelas mães, pois ao relatarem a história do filho os pais contam também parte de sua própria história. Várias gerações desfilam durante este processo de historização dos acontecimentos que marcaram a criança. Passado e presente se mesclam e se sobrepõem, condicionando-se reciprocamente. Para compreendermos uma criança retrocedemos freqüentemente até onde ela ainda não estava, retrocedemos até sua pré-história procurando descobrir quem é este filho para estes pais e o que esta criança representa para eles.

## 2.5. OS SUJEITOS E O SETTING

Decidimos utilizar as entrevistas com mães das crianças que eram encaminhadas para diagnóstico e/ou tratamento no Ambulatório do Setor de Saúde Mental Infantil na tentativa de compreendermos a forma como as mães vivenciam, percebem e lidam com o sofrimento emocional de seus filhos.

Uma questão importante diz respeito à representatividade dos sujeitos escolhidos para a coleta de dados. Na abordagem qualitativa o critério de representatividade não é numérico, pois sua preocupação não é com a generalização. A preocupação do pesquisador está no aprofundamento e na abrangência da compreensão do objeto de estudo.

Com a finalidade de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões, a amostragem qualitativa deve, segundo MINAYO (1993, p.102):

- 1- *“privilegiar os sujeitos que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer;*
- 2- *deve considerá-los em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém sem desprezar informações ímpares cujo potencial explicativo tem de ser levado em conta;*

*3- entender que na homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças;*

*4- esforçar-se para que a escolha do locus e do grupo de observação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa”.*

A definição do número de entrevistas foi feita no decorrer da pesquisa e baseou-se nos critérios expostos acima. Utilizamos neste estudo, entrevistas realizadas com 8 mães de crianças que foram encaminhadas ao Ambulatório do Setor de Saúde Mental Infantil. As mães entrevistadas foram escolhidas ao acaso<sup>8</sup> entre os casos novos que chegaram ao nosso ambulatório, durante o segundo semestre de 1995.

Este ambulatório funciona nas dependências do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e atende todas as crianças de 0 a 12 anos, encaminhadas para diagnóstico e tratamento. A população assistida é composta, predominantemente, por pessoas de classes sócio-econômicas menos favorecidas. São famílias residentes em bairros afastados ou em cidades próximas à Campinas. As crianças costumam ser trazidas às consultas pelas mães, sendo poucos os pais que comparecem ou participam do tratamento da criança.

## **2.6. O PROCEDIMENTO**

Realizamos as entrevistas segundo o roteiro já exposto, que foi utilizado como um norteador e facilitador da comunicação, uma vez que, sempre que possível, as associações espontâneas dos entrevistados foram respeitadas. Três foram os contatos feitos com cada entrevistado, com uma duração de 50 minutos cada.

Antes de iniciar as entrevistas, expúnhamos, de maneira simples, as propostas deste trabalho e solicitávamos da mãe a permissão para recortar trechos da nossa conversa

---

<sup>8</sup> As entrevistas foram realizadas com mães cujos prontuários chegavam ao Ambulatório do SSMI, sem que nós soubéssemos do que se tratava, tendo sido eliminadas desta pesquisas as entrevistas realizadas com outras pessoas que não as mães naturais das crianças.

e utilizá-los neste trabalho. Garantimos que precauções seriam tomadas no sentido de, eticamente, preservar o sigilo médico e dificultar a identificação do paciente. Ressaltamos também, que a recusa em participar desta pesquisa de maneira alguma implicaria em prejuízo no atendimento da criança.

## **2.7. O TRATAMENTO DOS DADOS**

A transcrição das entrevistas foi realizada imediatamente após o seu término. Procuramos reproduzir os diálogos o mais fielmente possível e para isto tomamos durante as entrevistas algumas poucas notas, que nos serviram de fio condutor neste trabalho de resgate da experiência vivida pela dupla entrevistado-entrevistadora.

Esta pesquisa está calcada no processo de observação, experiência e análise que se articulam a partir dos postulados do método psicanalítico e fenomenológico, desta forma, procuramos após cada entrevista anotar também, nossos sentimentos, observações e especulações, pois consideramos que este material poderia ser importante no momento da análise dos dados e na elucidação das questões investigadas.

As sinopses das Histórias Clínicas estão descritas no ANEXO I.

## **2.8. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**

Encerrada a fase de entrevistas, um outro passo foi dado no desenvolvimento deste trabalho e consistiu na análise de conteúdo do material coletado no intuito de apresentar e discutir os resultados..

Lemos e releemos muitas vezes o material das entrevistas procurando pistas e indícios que nos permitissem organizar e efetuar hipóteses interpretativas sobre o sentido

da comunicação das mães entrevistadas, seu conteúdo manifesto, e quando possível, seu conteúdo latente.

Certamente, muitos são os caminhos que poderiam ser percorridos e muitos os sentidos a serem decifrados, face à polissemia do material. Precisávamos de um norte. Guiamo-nos pelo nosso referencial teórico, nossas reflexões e nossa intuição para nos decidirmos por qual trajetória seguir (TRINCA, 1984).

Após várias tentativas, decidimo-nos por organizar o material da pesquisa de campo em um temário inicial composto de três tópicos, que se transformaram nos capítulos III, IV e V, que foram se desmembrando em subtemas à medida que iniciamos a análise dos resultados.

## **TEMÁRIO:**

### 1- Capítulo III - A Trajetória da Dupla Mãe-Criança Dentro Do Sistema de Saúde.

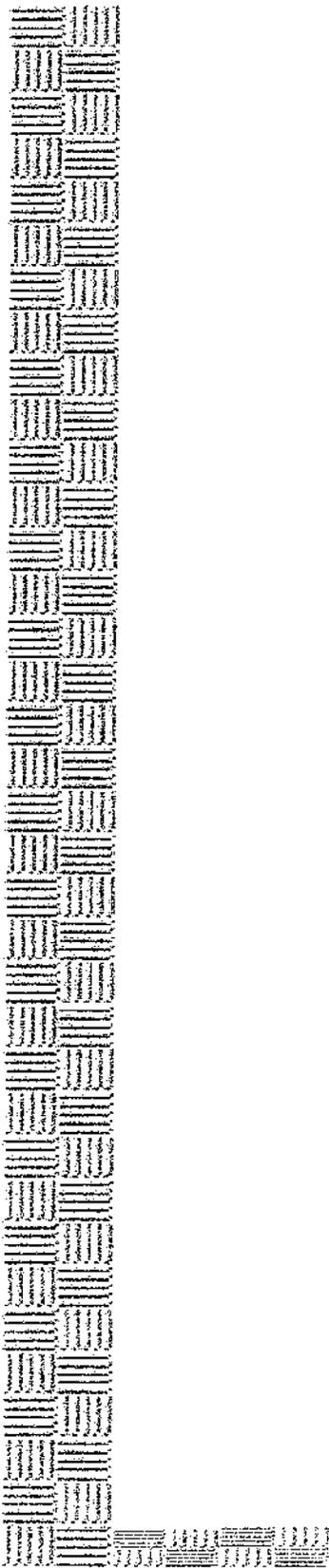
Os relatos das vivências da trajetória da dupla mãe-criança através dos labirintos do sistema de saúde até chegarem ao Ambulatório de Saúde Mental Infantil são discutidas. E o papel do médico, especialmente, o médico pediatra, e dos professores na detecção e encaminhamento destas crianças para tratamento é aqui demonstrado e enfatizado.

### 2- Capítulo IV- Algumas Considerações Sobre A Relação Inicial Mãe-Bebê.

Neste capítulo procuramos refletir sobre as características iniciais da relação destas mães com seus bebês e filhos pequenos. As vivências das mães desde a concepção do filho que foi trazido para consulta, passando pelo parto, puerpério e relação inicial mãe-bebê são analisadas à luz das contribuições teóricas de D. W. Winnicott, M. Klein, W. Bion e outros autores da psicanálise. Quando possível, aspectos da história de vida das mães, anteriores à chegada deste filho, foram relatados e analisados.

### 3- Capítulo V- O Dar-se Conta das Dificuldades Emocionais da Criança.

A dialética entre o lutar para não saber e o sofrer por perceber as dificuldades emocionais da criança foram analisadas à luz das oscilações para lá e para cá das posições esquizo-paranóide e depressiva, descritas por M. Klein e da teoria de Bion sobre o Conhecimento.



## **CAPÍTULO 3**

### ***A TRAJETÓRIA DA DUPLA MÃE-CRIANÇA DENTRO DO SISTEMA DE SAÚDE***

### 3.1. A CHEGADA AO AMBULATÓRIO DO SETOR DE SAÚDE MENTAL INFANTIL (SSMI) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS -UNICAMP .

Com frequência, longa e tortuosa é a trajetória das duplas mãe-criança dentro do sistema de saúde. Às vezes são gastos anos neste vagar, e as mães nos contam longas histórias de sofrimento, procura de ajuda, decepções e frustrações, tentativas de ajustes, mais ou menos bem sucedidas, em relação à problemática da criança, novo ciclo de procura de ajuda, e assim sucessivamente, até chegarem ao Ambulatório do SSMI.

Algumas chegam cansadas, desanimadas e pouco confiantes.

*-Ah! Vou ter de começar tudo de novo? Estou nesta vida desde que ela tinha 3 anos (criança atualmente com 11 anos). Já procurei tantos médicos! E ela assim todos estes anos (Entrevista VIII)*

*-Já perdi as contas de quantas vezes eu já contei esta história! ...Fico chateada de ver um filho desta forma e não ter meios de arranjar um jeito de melhorá-lo ou curá-lo. Faz tempo que ele está assim, já procuramos muita coisa, sem qualquer melhora. A gente fica desanimada. Será que é tão difícil assim descobrir o que ele tem? (Entrevista I)*

Ou cheias de idealizações, desejando encontrar o lugar ou o profissional capaz de realizar uma reparação mágica e eliminar todas as dificuldades de seus filhos. E um Hospital Universitário se presta com muita precisão a desempenhar este papel.

*-A Dra. F. que mora lá na minha cidade e já trabalhou aqui, disse que aqui tinha a psiquiatria que ia resolver o problema dela. Por isso é que eu vim... (Entrevista VIII)*

Pedindo respostas que ainda não lhes foram dadas, chegam após uma longa trajetória cheia de vicissitudes, responsável por uma série de marcas profundas que vão nos sendo relatadas durante o desenrolar das entrevistas. Sentem-se jogadas de um lado para o outro dentro do sistema de saúde.

*-Fô tão esgotada...Fico o tempo todo cuidando dele...Indo de lá para cá...(Entrevista V)*

Estas mães desejam encontrar alguém capaz de ouvi-las em suas necessidades e angústias.

*-Queria que alguém dissesse alguma coisa...nem que for para dizer que ele vai ficar sempre assim. Eu aceito. Só queria que dissessem alguma coisa (Entrevista I)*

Há muito tempo, algumas destas mães iniciaram um trilhar solitário dentro de suas mentes, quando vagarosamente começaram a se dar conta de que alguma coisa não estava correndo bem com seus filhos e que precisavam procurar ajuda. Outras vezes, é a escola, a responsável por alertar a mãe em relação à problemática da criança. De qualquer forma, sozinhas ou ajudadas por alguém, chega o momento em que os sintomas da criança, até então negados ou sub-estimados são colocados em evidência e a mãe se vê compelida a fazer alguma coisa.

Apresentaremos e discutiremos neste capítulo as vivências que as mães tiveram do caminho percorrido através do sistema de saúde e de suas vicissitudes. Como elas experienciaram seus relacionamentos com os diversos profissionais de saúde consultados e como a história destes vários encaixes pode vir a influenciar a relação mãe-criança-profissional de saúde mental infantil que se inicia no Ambulatório do SSMI. **As considerações aqui tecidas baseiam-se nos relatos vivenciais das mães e nos remetem para a existência de toda sorte de transformação internas, não devendo pois serem lidos como relatos exatos dos fatos ocorridos.**

### 3. 2. O INÍCIO DA PROCURA

Quando as mães decidem-se por procurar uma ajuda para seus filhos são os pediatras, geralmente, os primeiros profissionais de saúde a serem consultados. Em um levantamento anterior (VALLER, 1991) realizado em nosso Ambulatório, já tínhamos

constatado que 54% das crianças atendidas haviam sido encaminhadas por pediatras. Este dado é confirmado nas entrevistas realizadas, mas o que mais chama a atenção nas histórias relatadas é a demora neste encaminhamento. Muito tempo se passa entre a queixa formulada pela mãe ao pediatra e a decisão deste, em solicitar uma avaliação psiquiátrica ou psicológica para a criança.

*-Quando as manias começaram, ele estava com 4 anos, aí levei no pediatra. Ele disse que aquilo não era doença, era tique-nervoso. Disse que podia melhorar com o tempo. Aí despreocupeei. Ele era um bom médico, a gente confiava. Só que com o tempo, ele piorou e vem piorando. Ele só substituía uma mania pela outra (criança agora com 11 anos). Neste tempo todo não passou um dia sem alguma mania (Entrevista II)*

Como anteriormente descrito, a presença de sintomas emocionais é parte integrante do desenvolvimento normal de uma criança. Mas estes sintomas considerados “normais”, costumam ter curta duração, desaparecendo logo ou sendo substituídos por outros. Estas características atestam o caráter não estrutural do sintoma. No fragmento de entrevista acima relatado, não é isto o que ocorre. A criança apresenta uma sintomatologia rígida, estruturada e de longa duração. A mãe, inicialmente, parece perceber que algo não estava bem com o seu filho e procura o pediatra, mas as palavras empregadas pelo médico (“isto não é nada”) a desqualifica e a faz calar-se.

*-Eu conversei várias vezes com o pediatra e perguntava se o E. tinha alguma coisa diferente. Eu via que ele era diferente da minha menina, mas o pediatra dizia que não, que estava tudo bem (Entrevista V)*

Nos dois relatos, a postura tranquilizadora do médico ocasiona uma demora no encaminhamento e nos faz desconfiar tanto da falta de preparo do profissional em reconhecer a natureza dinâmica do crescimento emocional normal e patológico, como de des-encontros no contato mãe-pediatra. É curioso notarmos como estas mães, ainda que percebendo as dificuldades das crianças, preferiram passivamente se calar e acatar o que o médico dizia.

Por um lado, podemos pensar no poder que o médico tem de, através de sua fala, nomear o que é normal ou não, muitas vezes servindo para desautorizar as percepções e intuições maternas. Por outro, vale a pena considerar as dificuldades próprias destas mães. A fala tranquilizadora do médico evita que estas mães entrem em contato com seu mundo interno e com o mundo interno de seus filhos. Evita que elas se deparem com o desconhecido e o não-sabido representado pela sintomatologia da criança, protegendo-as de suas angústias e evitando que elas se defrontem com suas dificuldades emocionais.

Após a consulta médica, estas mães adormecem, momentaneamente, suas preocupações e desistem da busca de uma resposta. Elas não procuram outras opiniões. Elas preferem aguardar, impactadas pelo poder da intervenção do pediatra e pela força de suas próprias resistências.

Mas quando a sintomatologia é grave, persistente e limitante, chega o momento em que as buscas devem ser retomadas.

*-Né, no ano passado esta mania de cuspir começou (B. com 11 anos, 7 anos se passaram desde a primeira consulta), fui no pediatra de novo e ele mandou para um psiquiatra. Disse que não ia passar nenhum remédio, que isto era coisa de psiquiatria. (Entrevista II)*

Encontramos também, mães que não desistiram, tão facilmente, de suas buscas por uma resposta. Ainda que o pediatra as tenha desesperançado. E mesmo com sacrifícios pessoais importantes, estas mães lutaram bravamente pelos seus filhos.

*-O Dr. M. (pediatra) enganou ela quando ela tinha 7 meses. Ela estava internada lá na minha cidade, o médico pediu para meu marido me tirar do quarto e disse para ele que não tinha mais jeito. Disse que a Fátima parecia uma caixa d'água. Era encher que ela esvaziava. Era vômito e diarreia direto. Vendemos tudo que tínhamos para pagar as consultas. Foi aí que viemos para Campinas. Primeiro no Dr. B (gastroenterologista), que era particular. Ele fez uma consulta e disse que era melhor a gente ir para a*

UNICAMP. *Vemos e ela já ficou internada na Enfermaria de Pediatria.* (Entrevista VI)

Existem um série de situações muito difíceis, que mesmo o pediatra mais preparado não consegue diagnosticar adequadamente. Talvez o exemplo desta menina com anorexia e vômitos psicogênicos, que se iniciaram muito precocemente, seja um destes casos. Mas há situações ( Entrevistas II e VI relatadas acima), nas quais a falta de preparo do médico, sua dificuldade e demora em diagnosticar e lidar com questões emocionais podem levar a uma série de iatrogenias<sup>9</sup>.

As dificuldades do pediatra não se restringem às dificuldades de diagnóstico ou a falta de formação teórica adequada. Percebemos que ao se defrontar com questões emocionais o pediatra se sente, muitas vezes, angustiado e impotente. Identificado com a angústia dos pais ou influenciado por conflitos contra-transferenciais o médico pode adotar condutas bastante inadequadas, verdadeiros *acting-outs*.<sup>10</sup>

*-Ela pegou chorar com uns três meses. Eu a levava ao pediatra e ele dizia que era birra. Até um ano ela só chorava...e eu ficava nervosa. Brava ela sempre foi...nervosa. Diz que é normal da criança. Eu pensava...esta menina tem alguma coisa...o médico examinava e não achava nada. Com três anos comecei a ir atrás de novo. Ela não falava quase nada, só dava aqueles gemidos. Era nervosinha...qualquer coisa já batia a cabeça. Achava esquisito e falei para o médico...e ele mandou eu deixar ela bater a cabeça. Eu fiquei pensando...não sabia se deixava, porque ela batia tão forte, que chegava a ficar roxo. Acho que podia causar algum problema...Depois, de tanto eu insistir (por mais de três anos), ele me passou para um Neurologista (Entrevista VIII)*

Caso os fatos tenham se passado exatamente como a mãe descreveu, podemos nos utilizar das reflexões de WINNICOTT (1931) a respeito da ansiedade contratransferencial, pois como este autor afirma: assim como a ansiedade leva o analista a

<sup>9</sup> Chamamos iatrogenia a criação de sintomas patológicos e de doenças pelo próprio médico ou por sua atuação. O que pode ocorrer quando o médico desconhece, por exemplo, a importância da relação médico-paciente.

<sup>10</sup> O conceito de "*acting out*" foi formulado inicialmente por Freud(1914), para designar a tendência que certos pacientes apresentam no sentido de "atuar" ao invés de "recordar".

realizar interpretações precipitadas, a ansiedade leva o médico a se sentir compelido a fazer alguma coisa mais ativa do que simplesmente ouvir e cuidar. É neste momento que o médico faz rapidamente um diagnóstico. É neste momento que o pediatra descrito na situação acima diz: “é birra”.

É neste momento que o médico, seja ele pediatra, psiquiatra, clínico ou cirurgião, prescreve, pede exames complementares, encaminha.

### 3.3. ENCAMINHAR - PEDIR EXAMES COMPLEMENTARES - EVITAR

Pudemos observar que o encaminhamento a outros especialistas e a evitação em atender a criança e seus pais foram duas das condutas que alguns médicos lançam mão para se livrarem das angústias provocadas pela sintomatologia da criança e pelas queixas insistentes dos pais. Estas atitudes, por sua vez, só reforçaram a solidão, as angústias persecutórias e os sentimentos de desânimo das mães.

*-(Quando os sintomas psicóticos iniciaram)... levei o André no Pronto-Socorro e consegui que o Neurologista visse. Fez EEG e disse que o problema era psiquiátrico e me aconselhou a procurar um médico particular, porque o caso era muito grave. Levei para o Dr. X) e nós ficamos lá 5 anos. Ele me disse que em 25 anos de profissão nunca tinha visto nada igual. Não sabia me dizer o que ele tinha. Eu não sabia mais o que fazer ou como agir. Parei de ir, porque achei que ele começou a se esquivar de consultar o André. Na época o André tinha delírios e alucinações, gritava sem parar e o Dr. X não sabia o que fazer. De repente, os delírios e as alucinações passaram... (Entrevista I)*

A percepção de que o profissional consultado não tem condições de ajudar a criança pode demorar anos. É triste constatarmos quanto tempo é perdido e quanta energia é desperdiçada em tratamentos mal conduzidos. Além de questões relacionadas à ética, à capacitação destes profissionais e aos entraves institucionais, certamente, dificuldades emocionais próprias destas mães impedem que elas constatem que seus filhos não estão recebendo atendimento adequado ou interpretam erroneamente as informações que os médicos lhes passam. Talvez, mães mais intuitivas e menos passivas tenham uma

percepção mais acurada das necessidades reais da criança e possam mais prontamente encontrar ajuda efetiva.

*- O Dr. R. (analista da mãe) foi quem encaminhou ele para a psiquiatria infantil. Sempre fui muito preocupada com o comportamento das crianças. (Entrevista IV)*

Mães mais passivas, menos instruídas e menos intuitivas permanecem vagando de médico para médico, de instituição para instituição.

*- Em 1994 ele foi para a Clínica A., mas me disseram que não poderiam pegá-lo, porque ele estava muito agitado. Ele quase não parava (criança psicótica com crises de agitação psicomotora e auto-agressividade). Lá, eles me orientaram a procurar um geneticista... é que na história eu contei que minha mãe e a minha irmã sofriam de depressão. (Entrevista I)*

Muitos anos são perdidos na concretude de se nomear o que é invisível. Toda criança tem uma urgência na resolução dos entraves para o seu desenvolvimento e muito tempo acaba sendo perdido em encaminhamentos para avaliações e exames complementares.

Nem sempre o conhecimento médico consegue dar conta da problemática da criança. Neste momento, como já assinalamos, encaminha-se ou pedem-se exames complementares. Muitas vezes tais procedimentos são desnecessários, tendo a função de escamotear o sentimento de impotência do médico e manter a criança e seus pais à distância. Quase nada ou nada é dito para as mães. Talvez por não ser fácil aceitar humildemente o fato de não se saber o que fazer, ou não se poder fazer muita coisa.

Encaminha-se para qualquer lugar não somente devido a dificuldades internas, mas também porque as instituições e o sistema de saúde assim o determinam. Desta forma o profissional se livra da angústia que o impulsiona a agir e diminui sua culpa, pois iludido, acredita estar fazendo alguma coisa. Por não ter condições de ter uma conduta mais ativa, o profissional opta por fazer qualquer coisa. E um atendimento pode se transformar num desatendimento, pois sob o ponto de vista emocional, nenhuma consulta, nenhum tratamento pode ser considerado inócuo.

*- Ai levei o André para fazer a parte de genética, mas não deu nada. Minha irmã estava tratando de depressão com um médico de São Paulo, que fazia tratamento ortomolecular. Levei-o e o médico me falou que era stress e passou triptofano. Foi aí que desisti de tudo. Ficou um ano fazendo este tratamento e não aconteceu nada ... Este tempo que ele ficou em casa ele só piorou. Foi então que vim para cá. (Entrevista I)*

Vemos aqui, a iatrogenia que um encaminhamento inadequado pode provocar. A mãe desesperada e sentindo-se descartada pelo sistema de saúde ou tomada por resistências, procura um atendimento alternativo, atrasando ainda mais a ajuda para esta criança.

Mas a iatrogenia também é encontrada dentro da medicina tradicional e científica. Constatamos que métodos diagnósticos sofisticados foram frequentemente utilizados de forma aleatória e desnecessária, favorecendo o apego dos pais e também dos médicos à concretude do sintoma.

*- Ele já fez toda parte de exames. Fez cintilografia e tomografia. Tudo deu normal. Mas a Neurologista disse que pode não ter dado nada, porque ainda a ciência não desenvolveu o exame certo para detectar o que ele tem. (Entrevista I)*

O discurso médico tenta com suas tomografias e cintilografias mapear angústias. Estes exames foram solicitados sem que fosse trabalhado com os pais o seu significado. Isto favorece a crença na existência de uma lesão anátomo-patológica capaz de justificar todos os sintomas e comportamentos da criança. Contribuindo para a idealização e a crença onipotente em um cura mágica.

*- Às vezes fico pensando...será que uma tomografia não resolveria o problema? Vivo sonhando com uma tomografia, se ele tem alguma coisa é ela que vai dar. Tenho três colegas que fizeram nos filhos e deu. Já levei para fazer EEG e Raio-X de crâneo e não deu nada. Quem sabe agora, a tomografia não dá alguma coisa. Ele fala tudo enrolado e o exame pode mostrar o que ele tem de errado. A Senhora vai pedir uma, né? (Entrevista V)*

O sintoma emocional transcende o âmbito quer da medicina, quer da psicanálise. A sintomatologia é polissêmica e seu sentido encontra-se encarnado na história emocional da criança. Mesmo que alterações orgânicas existam, caberia ao profissional de saúde, quando possível, não apenas tratar a doença, mas também ajudar esta mãe a pensar no sentido que a sintomatologia da criança tem para ela e para sua família, assim como no uso que é feito dela.

### 3.4. AS CLÍNICAS E OS AMBULATÓRIOS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA

Quando finalmente, após tantos profissionais consultados, a dupla mãe-criança chega a uma clínica ou ambulatório especializados no atendimento em saúde mental infantil, novamente nos deparamos com relatos de não acolhimento e solidão.

Talvez isto se deva às características da população estudada, afinal o Ambulatório do SSMI funciona no Hospital das Clínicas da FCM-UNICAMP, hospital quaternário, que serve de centro de referência para Campinas e região. Muitas das crianças aqui atendidas já passaram por outras clínicas e ambulatórios de atendimento infantil e pelos mais diferentes motivos foram para cá encaminhadas. A frustração e decepção de não terem podido receber uma ajuda efetiva mais perto de suas casas pode, em parte, justificar a vivência negativa que as mães nos descrevem nestas instituições, capazes de auxiliar um grande número de outras crianças.

As clínicas foram descritas, pelas mães, como tendo regras rígidas, capazes de dificultar em vez de facilitar o acesso de seus filhos a um tratamento.

*- A escola encaminhou o Evandro para a Clínica B., ficou lá 1 mês. Fazia atendimento de psicologia e de pedagogia. Nunca conversei com a psicóloga que atendia ele. Só fiz uma entrevista com a psicóloga que atendia as mães. Um dia pedi para falar com a psicóloga do Evandro, pois estava desesperada. Disseram que precisavam de mais tempo com ele e se fosse necessário me chamariam. Eu só queria saber alguma coisa... a escola estava me pressionando. (Entrevista V)*

É difícil para uma mãe confiar o atendimento de seu filho a um profissional a quem nunca viu. Este tipo de assepsia estimula fantasias persecutórias dos pais, favorecendo a transferência negativa e os *acting-outs*.

Minha experiência clínica tem me ensinado, e a literatura parece confirmar (LISONDO et al., 1996, LOWENKRON, 1996, CASSORLA, 1997), que não é possível excluir os pais do atendimento de crianças e adolescentes. Os pais necessitam de uma atenção receptiva e compreensiva para poderem lidar com os sentimentos de dor, fracasso, falha, exclusão, rivalidade e ódio, desencadeados pelo atendimento de um filho. Tais sentimentos, quando encarados de frente, podem muitas vezes serem suplantados por suas capacidades reparatórias e criativas, que passam a serem usadas à serviço da manutenção e preservação do tratamento e do desenvolvimento da criança.

*-Meu pai teve derrame e eu fui cuidar dele, com isso o Evandro faltou algumas vezes do atendimento. Como eu não justifiquei, quando voltei ele tinha sido desligado... quase discuti... A escola reclamando e querendo uma solução... eles não querendo atender. Foi aí que a escola encaminhou ele para a UNICAMP. (Entrevista V)*

Regras rígidas como esta em relação às faltas, apesar de compreensíveis sob o ponto de vista organizacional, não se sustentam a partir da realidade. E muito menos, se levamos em conta o referencial psicanalítico, que considera as resistências como parte integrante e importante de um atendimento.

Estas regras, na verdade, favorecem o abandono e estimulam o aparecimento de resistências, em vez de ajudar na adesão ao tratamento, como a princípio poder-se-ia pensar. Mas talvez, inconscientemente, seja isto mesmo que os profissionais e as instituições desejem. Poderem se livrar de alguns pacientes.

A instituição e suas regras de funcionamento são frequentemente usadas pelo médico e outros profissionais de saúde como defesas contra as angústias provocadas por certos tipos de pacientes, assim como pelo excesso de demanda. E nada é mais efetivo,

enquanto mecanismo de defesa, do que colocarmos à distância os pacientes que nos incomodam.

### 3.5. A ESCOLA

Assim como o pediatra, verificamos, que a escola e os professores têm um papel muito importante na detecção de dificuldades emocionais e encaminhamento de crianças para atendimento em saúde mental. Frequentemente, a sintomatologia que vinha até então sendo negada pela mãe passa a chamar a atenção da professora e de outros profissionais da escola.

*- Depois que o pediatra disse que não era nada, passei a pensar que ele era assim porque ele queria ir para o pré. Quando foi para a escola é que disseram que ele precisava de um psicólogo ou ...ai! eu não lembro o nome... (Entrevista V)*

A escola tem a capacidade e a missão de acolher e ajudar no desenvolvimento emocional de uma criança.

*- No primeiro ano da escola o Diogo foi desenhar e amassou a folha. Lá começou a chorar e as lágrimas molharam a folha. Ele ficou desesperado. A professora precisou acalmá-lo para depois poder explicar que estas coisas acontecem, que é assim mesmo. (Entrevista IV)*

Quando a escola cumpre com suas funções, as mães se sentem amparadas e auxiliadas e pudemos constatar que, quando experiências favoráveis pais-escola fizeram parte das vivências maternas, mais facilmente a mãe acatou o encaminhamento da criança para avaliação psicológica ou psiquiátrica.

*- A diretora me mandou chamar e disse que o meu filho não estava aprendendo e que precisava de uma avaliação. O outro maior já tinha passado por isso e agora já está aprendendo bem. Eu disse para ela que, para onde ela me mandasse eu iria. Eu só quero que ele se desenvolva e saia do primeiro ano. (Entrevista VII)*

Mas esta capacidade de acolhimento também dependeu das características emocionais da mãe. Uma mãe mais segura e tranquila tem mais condições de aceitar um encaminhamento.

Mães com fortes componentes narcísicos, mais perseguidas ou muito inseguras mantiveram com a escola uma relação com características mais persecutórias, sentindo-se, constantemente, avaliadas e julgadas em suas funções.

*- A diretora da escola vive me chamando e se a gente não vai, acham que a gente não liga para o filho ... Na escola disseram que é carência o que ele tem. Mas eu já disse que tenho que trabalhar, não posso ficar o tempo todo em cima dele. A escola é uma coisa que cobra. Como a professora não pode mais pôr de castigo, como antigamente, se a criança começa a dar trabalho, eles expulsam, mandam carta para a Delegacia de Ensino, ou então, ficam chamando a mãe a toda hora. Escola está tão difícil...*  
(Entrevista III)

Neste caso, por se sentir julgada e atacada, a relação mãe-escola tornou-se tensa e cheia de disputas. Atacada em seu narcisismo e sentindo-se perseguida, esta mãe oscila entre sentimentos de onipotência e humildade. Neste medir forças a criança acaba sendo, certamente, a maior prejudicada.

*- Precisei brigar na escola para conseguir uma vaga ... A professora dele disse que ele precisava de um acompanhamento e que ia exigir uma avaliação médica mensal para saber sobre o comportamento. Como é uma escola boa, muita gente quer a vaga. Por isso, eles não fazem questão nenhuma de segurar aluno. Deu trabalho, eles expulsam mesmo.* (Entrevista III)

Os relatos colhidos dão conta de que certas escolas e seus professores podem funcionar como um perseguidor rígido para com as mães e também para com as crianças, rejeitando e expulsando a criança com problemas emocionais.

*- Atualmente o B. está sem escola por causa desta mania de cuspir. A professora disse que ele só pode voltar quando a mania passar. Lá na escola ficaram bravas com ele, mas não adiantou nada, a mania continuou. (Entrevista II)*

Parece que o sintoma desta criança foi vivido pela professora como uma afronta pessoal, e por isso este menino mereceu ser punido com uma expulsão.

Pensamos que falta, entre outros motivos, conhecimento a estes profissionais para poderem compreender que estão na presença de uma mente complexa, constantemente em crescimento e desenvolvimento. Se não é simples lidar com crianças que estão se desenvolvendo bem, às vezes torna-se impossível saber como agir com uma criança com problemas. Encontramos relatos nos quais as escolas e seus professores mostraram-se perdidos e impotentes frente a determinadas crianças.

*-A escola mandou a gente ver o que ele tem, porque eles acham que ele não tem condições de ficar lá. Eles já tentaram de tudo com ele, mas não tem jeito. Com 4 anos e meio matriculei ele no pré, mas ele foi expulso. Agora coloquei ele no primeiro ano. Mas parece que ele piorou de vez. Ele come os cadernos, borracha e giz, pega as coisas da professora e rabisca tudo, bate nos amigos, foge da escola. Entra às 11 horas e em uma hora já vem alguém da escola trazê-lo de volta. (Entrevista V)*

Cansados e sem orientação pouco podem fazer estes professores e por mais compreensivos que inicialmente tenham se mostrado, acabam por expulsar ou desinvestir a criança, ou elegê-la como bode expiatório.

*- Tudo que acontece lá na escola eles acham que foi o E. Se some alguma coisa já dizem que foi ele (Entrevista V)*

Outro aspecto importante associado à relação mãe-escola diz respeito às escolas especiais e APAES. Muitas crianças que frequentam tais instituições não são deficientes mentais. Estas instituições atendem também crianças autistas, psicóticas e neuróticas graves, já que faltam instituições capazes de dar conta desta outra população. Isto se confirmou em nosso trabalho.

*- Ela frequenta a APAE, mas não está querendo mais ir. Ela vê as outras crianças de lá e diz que não quer mais ir. A gente vê ela e compara com as outras crianças de lá e parece muito diferente. Parece até que ela não tem nada. Eu gosto de lá, porque as professoras são boas para ela. Cada classe só tem 5 alunos. Mas eu queria outra coisa. Quando ela está com uma menina mais inteligente, ela brinca melhor. Lá eu não sei como ela brinca. Por mim, eu queria que ela fosse na escola normal. (Entrevista VIII)*

Ao aceitarmos que tais crianças frequentem estas escolas, direta ou indiretamente as estamos rotulando de deficientes mentais. Este é um estigma sério e carregado de consequências para o resto da vida da criança. Ao serem equiparadas aos deficientes, as reais dificuldades da criança deixam de suscitar estranheza e precipitar um movimento de busca de compreensão. O sintoma não é mais olhado como um sinal que pode ser compreendido e passa a ser mais um comportamento bizarro e sem sentido de um deficiente. Esta mãe (Entrevista VIII) parece se dar conta disto. Já outras, como a do exemplo abaixo, preferem acatar e até fazer uso do rótulo de deficiente mental.

*- Eu queria que a senhora me desse um atestado dizendo que ele é Deficiente Mental. Na carteirinha do ônibus já está escrito, mas eu preciso de um atestado médico. Assim, eu entro com os papéis no INAMPS para receber aquela pensão que o governo está dando para os deficientes. (Entrevista II)*

### **3.6. A RELAÇÃO COM OS PSICOFÁRMACOS**

Pudemos verificar que a atitude que as mães entrevistadas têm em relação à medicação psiquiátrica é bastante negativa.

*- O Bento era bonzinho, não era nervoso, era compreensivo, calmo, todo mundo gostava do Bento. Foi depois do tratamento com o psiquiatra que ele ficou nervoso e agressivo. Foi no dia primeiro de junho de 1994. Fez três meses de tratamento e ficou nervoso e agressivo. Acho que foram os comprimidos... chegou a tomar 5 comprimidos por dia. Tomava 2 Tegretol, 2 Anafranil e 1 Tryptanol, tudo à noite. O médico tinha avisado antes, disse que ele podia melhorar, mas também podia piorar. Eu ia lá e*

*reclamava que o menino estava pior, mas o médico respondia que era para eu continuar a dar os remédios... Depois que o médico viu como ele ficou, não quis mais dar atenção, aí fez o encaminhamento para cá. Disse para mim: o que eu posso fazer com ele nervoso e agressivo? Só se for no Pronto Socorro. Lá vão dar injeção para acalmar e só.*  
(Entrevista II)

Certamente, há situações, como esta, caracterizadas por uma prescrição inadequada da medicação, mas isto não é tudo. Não podemos nos esquecer das considerações de BALINT (1975), acerca do remédio-médico, com sua posologia, seus efeitos colaterais e toxicidade<sup>11</sup>.

Frente a relações médico-paciente que foram descritas pelas mães como tão insatisfatórias, parece não haver condições para atitudes mais favoráveis em relação à medicação.

*-Não quero dopar ele, não quero que ele fique bobo e tonto... (Entrevista V).*

*-Ele já usou Kaldol, mas não fazia efeito algum. Acho até que ele piorava.*  
(Entrevista I)

O medicamento, como um objeto externo que se introduz no organismo pode ser simbolicamente sentido, pela criança e também pelos seus pais, como um objeto gratificante ou como um objeto persecutório e destrutivo. E a relação que a mãe estabelece com o médico pode, em graus variáveis, favorecer ou modificar estas fantasias.

*-Ela é nervosa demais. Ela é uma menina que não pára. Já tomou calmante...e a senhora sabe que a Dra. R. tirou o calmante e ela até melhorou. Não é que melhorou...mas para mim sim, porque antes ela não dormia à noite. Acordava 2-3 vezes gritando e esperneando. Agora não está com medicamento nenhum e dorme a noite inteira. Pelo menos eu descanso. (Entrevista VIII)*

---

<sup>11</sup>Segundo BALINT, o medicamento mais receitado em medicina ainda não foi bem estudado do ponto de vista farmacológico. E este medicamento é o próprio médico.

Estas mães nos ensinam que existem outros elementos, além das variáveis bioquímicas e neurofisiológicas, quando lidamos com psicofarmacologia. A estrutura da personalidade da criança, seu nível evolutivo, sua idade cronológica, sua relação com a mãe, com a família e com o médico são elementos que não devem ser esquecidos ou desprezados quando se pretende compreender as respostas favoráveis ou desfavoráveis de um paciente em relação a uma medicação (KNOBEL,1977). E pelos relatos, estas questões não foram levadas em conta, quando estes psicofármacos foram prescritos.

### 3.7. AS DEMANDAS DAS MÃES

Ao chegarem ao nosso Ambulatório as mães desejam alguém que as escute; alguém que assuma a responsabilidade pelo atendimento da criança e pare de encaminhá-las de um profissional para outro. E, fundamentalmente, algumas desejam encontrar alguém capaz de ajudá-las a nomear o que está acontecendo com elas e com seus filhos.

*- Ninguém fala o que ela tem... Já fez tomo, eletro. Fiz genética, mas não era moderna como a de agora. A que ela fez estava uns dois anos atrasada. Agora vai fazer outro exame genético...nem me lembro como chama. Será que algum dia vão me dizer o que ela tem? (Entrevista VIII)*

A questão não é dar um diagnóstico, pois não se ajuda muito uma mãe colocando simplesmente um nome no que está se passando com o seu filho. Certamente alguém, em algum ponto desta longa trajetória já deu um nome para o que estava ocorrendo com a criança. Independente de correto ou não, um nome, um diagnóstico pode não significar nada. Tornando-se uma palavra estereotipada, gasta, esvaziada de sentido emocional e de profundidade.

*-Logo que o André entrou na escola a professora me chamou para uma reunião. A psicóloga disse que ele tinha umas atitudes estranhas. Ele não se sentava. Dava sinais de autismo, porque só ficava andando em círculos, não se interessava por nada, nem pelas outras crianças. Só parava quando a professora contava histórias ou cantava. Se desconfiou de autismo. Achei que devia realmente ser alguma coisa mesmo. Mas eu sou estranha. Nada me choca... (Entrevista I)*

Quando as mães pedem para saber o que o filho tem, quando nos pedem uma resposta, não é simplesmente atrás de um nome que elas estão. Não basta nomear, pois uma palavra só ganha sentido se tiver uma representação emocional. Ao pedir por um diagnóstico estas mães suplicaram por alguém capaz de ajudá-las a pensar sobre o que está acontecendo com seus filhos. Estas mães procuravam alguém disposto a ouvir suas fantasias e angústias a respeito da problemática da criança e do diagnóstico dado. Estas mães não procuram um catalogador, procuram alguém que as ajude a transformar suas angústias sem-nome, em dores que possam ser pensadas.

Quando angústias sem-nome não puderam ser pensadas, verificamos que algumas mães passaram a vagar de médico em médico à procura, não de um diagnóstico, mas de alguém que nomeasse suas angústias. Muitas, simplesmente negaram o diagnóstico dado e permaneceram imobilizadas no seu não-saber (Entrevista I).

Dar um diagnóstico sem dar tempo e condições para que transformações possam ocorrer e sem nos preocuparmos em saber que transformações e deformações aquelas palavras sofreram no mundo interno da mãe e o uso que vai ser feito deste conhecimento, em nada ajuda a mãe e em nada ajuda a criança.

Resumindo:

As mães entrevistadas descreveram situações de des-encontro em suas relações com os profissionais de saúde consultados, nas quais, **segundo suas vivências**, suas angústias não puderam ser ouvidas e acolhidas empaticamente.

Os médicos consultados, **segundo elas**, cuidaram do corpo da criança, mas não puderam cuidar das crianças e compreender suas mães. Constatamos que algumas destas mães não queriam, na verdade, serem compreendidas, pois entraram num conveniente conluio com o médico e com as instituições de saúde e graças a ele, evitaram, por algum tempo, entrar em contato com as dificuldades de seus filhos e delas mesmas.

Incapazes de encontrarem um lugar onde pudessem se sentir verdadeiramente acolhidas, algumas desistiram, outras adiaram suas buscas e ainda outras, vagaram através do sistema de saúde à procura de um profissional que as auxiliasse a conter suas angústias, e dentro de uma relação médico-paciente suficientemente-bona as ajudasse a pensar e a entrar em contato com seus medos, culpas, angústias e fantasias a respeito da problemática da criança.

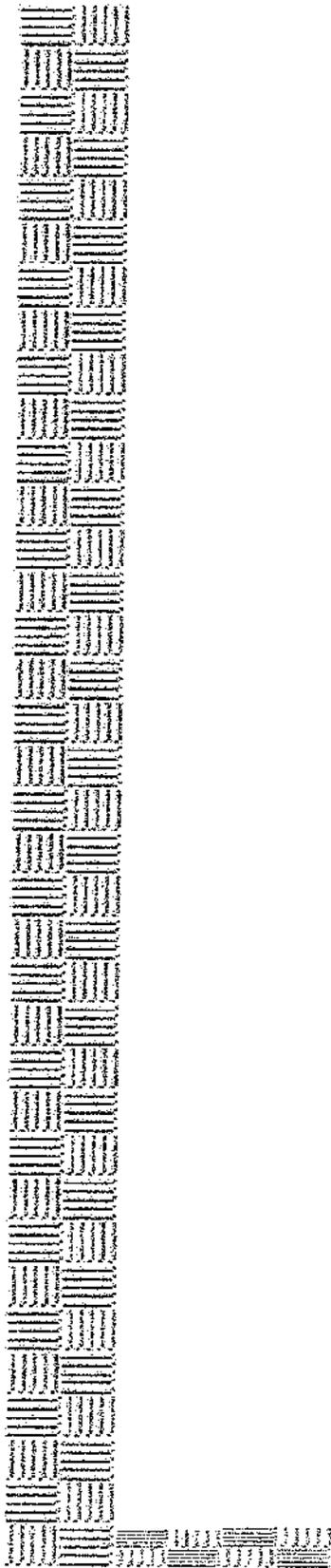
O médico, especialmente o médico pediatra, tem um papel importantíssimo no processo que vai conduzir uma mãe a dar-se conta das dificuldades emocionais de seu filho. Muitas vezes, caberia a ele ajudar a mãe a pensar e a encontrar um significado para aquilo que está ocorrendo com a criança. Mas há indícios de que os médicos consultados por estas mães não puderam fazer um uso terapêutico da relação médico-paciente.

A ausência de uma relação **vivenciada** pelas mães como boa e reparadora, não foi neutra. Trouxe consequências sobre o conjunto de medidas terapêuticas adotadas. Ocorreram por parte das mães: abandonos de atendimentos, trocas de profissionais, pouca confiança no uso dos psicofármacos prescritos; e por parte dos médicos: excessos de encaminhamentos e de solicitações de exames complementares.

A relação destas mães com os profissionais de saúde mental fora do SSMI não deixou de ser descrita como igualmente problemática. Novamente, as mães se queixaram da falta de continência e empatia destes profissionais e das instituições às quais eles pertencem, que segundo elas, assumem posturas rígidas em relação a faltas e dificultam contato entre elas e o profissional encarregado do atendimento da criança.

As entrevistas também demonstraram que, assim como os médicos e outros profissionais de saúde, a escola e seus professores têm uma função central na identificação, no encaminhamento, no auxílio e no manejo das crianças emocionalmente doentes. Mas mesmo nas escolas com atitudes mais acolhedoras em relação à criança com problemas emocionais, a falta de preparo dos profissionais acabou por provocar atitudes rígidas, persecutórias e moralizadoras em relação às mães e às crianças.

As dificuldades das escolas em lidar com estas crianças com distúrbios psicóticos e neuróticos graves, acaba por conduzi-las para APAES e outras escolas especializadas no atendimento de deficientes, um estigma bastante pesado para estas crianças, que apesar de emocionalmente muito perturbadas, não apresentam deficit de inteligência.



## **CAPÍTULO 4**

### ***ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO INICIAL MÃE-BEBÊ***

*Bebê é uma coisa que não existe...se uma pessoa me mostra um bebê, certamente também me mostrará alguém cuidando do bebê, ou pelo menos um carrinho no qual os olhos e ouvidos de alguém estarão grudados. O que se vê é um par lactante-lactenté" (WINNICOTT, 1952, p.208).*

Como temos descrito, grande é o sofrimento psíquico destas mães que, diariamente, encontram-se envolvidas no lidar e em conviver com sintomas e comportamentos da criança, os mais diversos e perturbadores. Este sofrimento crônico e severo provoca uma série de repercussões intrapsíquicas que se revelaram nas entrevistas como sentimentos de desânimo, depressão, desvitalização, frustração e tensão, comunicados diretamente através da fala das mães ou vivenciados contra-transferencialmente pela entrevistadora.

*- A agitação dele está me deixando doente. Tenho dor de cabeça direto. Ele está deixando a gente passado, muito passado. (Entrevista V)*

*- Procuro não ficar encucando muito. Não sei se a gente vai chegar nele algum dia. Sei que tem as fases certas e o tempo está passando. Procuro não pensar, senão... Fico preocupada e chateada de ver meu filho deste jeito e não ter meios de arranjar uma forma de ajudá-lo a melhorar ou curar. Faz tempo que ele está assim. Já procuramos tanta coisa, sem melhora. A gente fica desanimada. Será que é tão difícil assim descobrir o que ele tem? (Entrevista I)*

*- Olha só como ele fica (aponta para a camiseta de Bento molhada de saliva e olha para mim com uma feição desanimada). Peço para ele parar de cuspir, mas não adianta. Dou a toalhinha para cuspir, mas ele molha a camiseta. É em todo lugar isto aí! (fala muito irritada). (Entrevista II)*

*- Às vezes fico pensando... será que ela vai ficar assim para sempre? (Entrevista VIII)*

Certamente, um olhar mais superficial nos permitiria caracterizar tais sentimentos como reativos e plenamente compreensíveis frente à situação vivencial destas mães. Mas pensamos que isto não é tudo, pois ao ouvi-las mais atentamente, nos deparamos com dificuldades emocionais que nos remetem a episódios de vida e a vivências muito anteriores à concepção da criança.

Descreveremos e analisaremos neste capítulo alguns trechos das entrevistas, nos quais as mães relatam suas vivências de gravidez, parto e puerpério, assim como as

características do relacionamento inicial mãe-bebê, pois são estes acontecimentos emocionais que podem nos dar indícios sobre as características da interação mãe-bebê e que propiciarão ou não à criança as condições básicas para seu desenvolvimento psíquico, um lugar para construir sua mente e abrigar sua personalidade.

Serão igualmente abordados os fragmentos de entrevista em que as mães ao relatarem as histórias dos filhos, passaram a contar parte de sua própria história. Este é um acontecimento frequente no processo diagnóstico em saúde mental infantil, e que favorece uma melhor compreensão do mundo interno da mãe e também da criança. Já que passado e presente se sobrepõem e mutuamente se condicionam é muitas vezes na pré-história<sup>12</sup> da criança que encontramos as pistas capazes de nos auxiliar na compreensão de sua problemática.

As experiências e vivências relativas aos primeiros anos de vida são importantíssimas, pois como afirma BOLWBY (1953, p.11):

*" O que se acredita ser essencial à saúde mental é que o bebê e a criança pequena tenham a vivência de um relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (ou mãe substituta permanente) (...) na qual ambos encontrem satisfação e prazer".*

No texto "Introdução ao Narcisismo" (914), FREUD se refere à importância deste estágio inicial da vida da criança, quando o bebê é totalmente dependente, para sua sobrevivência, dos cuidados maternos a ele dispensados.

Nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional o bebê é completamente dependente da provisão física e emocional que a mãe lhe proporciona; "existindo tão somente por causa do cuidado materno" (WINNICOTT, 1960).

Este é um período de Dependência Absoluta (WINNICOTT, 1960), pois o bebê está apenas em posição de se beneficiar com os cuidados recebidos e crescer e se

---

<sup>12</sup> O termo pré-história é aqui empregado ao nos referirmos a acontecimentos anteriores ao nascimento e até mesmo à concepção da criança.

desenvolver de acordo com seu potencial herdado ou, então, sofrer as perturbações provocadas pela falta de consistência no cuidado materno.

É um momento de profilaxia, segundo WINNICOTT (1948, p.294):

*"Isto porque, ao menos teoricamente, espera-se que um meio ambiente perfeito no início da vida capacite o bebê para aquele desenvolvimento emocional ou mental inicial que predispõe a um desenvolvimento emocional posterior e, desta forma, à saúde mental ao longo da vida. Um meio ambiente desfavorável em uma época posterior não tem a mesma importância, tratando-se apenas de um fator adverso adicional na etiologia geral da perturbação mental".*

M.KLEIN, com a familiaridade que tinha com a observação dos fenômenos inconscientes escreve no artigo "Algumas Conclusões Teóricas Relativas à Vida Emocional do Bebê" (1952, p.86):

*"O meu estudo da mente do bebê tornou-me cada vez mais conscia da espantosa complexidade dos processos que operam, em grande parte simultaneamente, nos primitivos estágios de desenvolvimento".*

Segundo esta autora, logo após o nascimento, o infante experimenta ansiedades provenientes de fontes internas (atividade do instinto de morte) e externas (processo de nascimento, perda da situação intra-uterina e adaptação à vida fora do útero). Estas angústias são aliviadas, em certo grau, pelas primeiras experiências de gratificação ao ser amamentado e cuidado pela mãe. Inicia-se assim a relação com o "objeto bom".

Nesta primeira relação o bebê recebe não apenas a gratificação que deseja, mas sente também estar sendo mantido vivo, porque a fome e todos os sofrimentos físicos e mentais são sentidos como ameaça de morte. Se a identificação com o objeto internalizado bom e doador de vida puder ser mantida através do tempo, isto se transforma num ímpeto para a vida e a criatividade (KLEIN, 1952).

Do que foi exposto podemos depreender que, o estudo do período inicial da vida destas crianças, especialmente as características da relação mãe-bebê, pode nos fornecer subsídios para posteriormente examinarmos as formas como estas mães percebem, lidam e compreendem o sofrimento mental de seus filhos. Como veremos também, este período inicial da vida da criança acaba por influenciar as fantasias que as mães passam a ter a respeito das causas da doença psicológica dos filhos, outra das questões a serem abordadas neste trabalho.

#### 4.1. A PRÉ-HISTÓRIA DA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

A capacidade de uma mulher tornar-se uma "mãe suficientemente boa"<sup>13</sup> depende de suas vivências emocionais, especialmente a relação com sua mãe, durante seus primeiros anos de vida e sua infância. Depende também, de um bom relacionamento conjugal, de um desenrolar normal da experiência de gravidez e parto e do nascimento de um bebê normal e saudável.

Ao se referirem à suas histórias de vida, as mães entrevistadas relataram histórias muito antigas de depressão e privação que nos remeteram aos seus primeiros anos de vida e às suas relações mais precoces.

*- Minha mãe sempre foi deprimida. Casou porque minha avó achou que ela pudesse melhorar, mas aí piorou. Toda vez que tinha filhos piorava da depressão. Era minha avó quem cuidava dos bebês ... Tem mais de vinte anos de diferença entre minha irmã mais velha e eu. Eu nasci, porque minha irmã já estava casada, fazia 6 anos e não engravidava. Ela e o marido começaram a falar em adotar uma criança. Meu pai, que era destes portugueses antigos, não aceitava isto de jeito algum. Um dia, ele chamou os dois e disse para minha irmã que minha mãe estava grávida e que quando o bebê nascesse iam dá-lo para eles criarem. Só que quando eu nasci, eles não tiveram coragem de me dar. Só deram para minha irmã e meu cunhado me batizarem. Depois do parto,*

<sup>13</sup> A mãe suficientemente boa, segundo Winnicott (1960) é aquela capaz de promover uma adaptação ativa às necessidades do bebê, protegendo-o com cuidado das tumultuosas e potencialmente esmagadoras tensões internas, assim como das excitações externas. Esta adaptação diminui gradativamente, à medida que o bebê passa da dependência para a independência.

*minha mãe ficou muito deprimida e não tinha mais minha avó para ajudar. Minha irmã ajudava um pouco, mas tinha a casa dela e também logo acabou ficando grávida...*

(Entrevista I)

São histórias de crianças carentes e abandonadas pelas próprias mães:

*- Fui criada pelos meus avós. Não tinha luz, nem água encanada, só roça... Minha mãe veio embora para São Paulo, com meu pai e irmãos maiores, quando eu tinha um mês de nascida. Só eu fiquei. Eles mandavam coisas para mim e dinheiro. Eu não conheço ela nem de foto. Meu pai eu ainda conheci, porque ele foi me visitar quando eu tinha 8 anos.*

*Aí, ele morreu e ela ficou bem de vida e mandou meus avós encontrarem com ela em São Paulo, mas eles eram velhinhos e não quiseram ir. Ela nunca mais escreveu. Tenho loucura por encontrar ela..* (Entrevista VII)

Histórias de violência e desamparo:

*- Casei pela primeira vez com 14 anos. Meu marido tinha 38. Minha mãe tinha morrido quando eu era pequena, meu pai bebia, jogava a gente na rua... minha madrasta judiava muito da gente. Casei pensando que ia poder levar meus irmãos comigo, mas aí ele não deixou... Meu marido era muito ruim. Casei mais para ter casa. Fize três filhos. Trabalhava dia e noite para sustentar a casa e ele só bebia. Fiquei casada 5-6 anos, aí divorciei. Foi quando vi que não adiantava, que só eu que trabalhava. Ele batia demais.* (Entrevista VI)

Histórias de vida que nos falam de mulheres tomadas por mecanismos da posição esquizo-paranóide:

*- Eu tinha medo de tudo. Tinha medo do parto e do próprio casamento. Por isso que demorei para casar. Passava mal só de ler coisas de parto. Quando minha patroa me mostrou as fotos da cesariana dela, quase desmaiei. Pensava, será que vou ter que passar por isso? Casei sem saber que meu marido sofria de desmaio (epilepsia). Se soubesse, não teria casado. Até hoje não fico em casa sozinha com ele. É muito feio quando ele tem as crises. Mas agora não tem outro jeito. Casei...tem que cuidar.*

(Entrevista II)

Histórias de ligações simbióticas e dificuldades de separação:

*- Eu sou a filha mais velha e a mais ligada na minha mãe. Sempre fui muito ligada nela. Trabalhávamos no mesmo lugar. Fazíamos tudo juntas. Casei com 25 anos e queria logo engravidar. Eu falo que se tivesse namorado um pouco mais, eu não teria me casado. É muito diferente da casa da gente. Nós brigamos demais. Ele é muito ciumento. Brigou com meu pai e já faz dois anos que não põe os pés na casa deles... Quando casei, acordava cedo para fazer o café dele, sentava na mesa. Um dia ele me falou que não precisava mais acordar, que ele sabia se virar sozinho. Ele não sabe dividir as coisas. Por isso é que brigamos. Foi numa destas brigas que eu tentei o suicídio. Tomei uma caixa de Fryptanol e fui deitar. Quando meu marido foi me ver, eu já não acordava mais. Fiquei internada 2 dias. Sai com alta à pedido, porque as crianças estavam em pânico em casa. (Entrevista IV)*

Não há como negar que tais histórias deixaram marcas emocionais importantes na vida destas mulheres e que de alguma forma influenciaram e continuam a influenciar as relações que elas mantêm com seus filhos e com elas mesmas.

*- Para ter filho é preciso ter muita calma e tranquilidade. Eu não consigo, sou muito agitada. Não sou mãe como minha irmã que senta e fica brincando com as crianças. Não consigo ver a casa desarrumada. Não consigo ver louça suja e dizer, deixa eu ficar um pouco com ele, fazer ele dormir e depois ir lavar. Não sou mãe de ficar vendo se está com unha crescida, se tomou banho direito... Minha mãe também era agitada e ansiosa. Era organizada e trabalhava muito... Não sei se porque teve sete filhos... (Entrevista III)*

Pensamos que são nestes fragmentos de história de vida e em muitos outros, que permaneceram não revelados e inconscientes, que podemos encontrar as pistas que nos permitem supor que muitas são as dificuldades emocionais destas mulheres e que de alguma forma, talvez, estas dificuldades as tenha impossibilitado de tornarem-se mães suficientemente boas para seus bebês, e num momento posterior, para seus filhos com problemas emocionais.

Com estes fragmentos de histórias de vida em mente, realizamos um salto e passamos a nos concentrar nas histórias que estas mães nos contaram da gravidez, puerpério e primeiros anos de vida das crianças pelas quais elas procuraram ajuda, pois como já acentuamos estas são também experiências importantíssimas que podem auxiliar ou não, na tarefa de um mulher torna-se uma mãe suficientemente boa para determinado bebê.

#### 4.2. A GRAVIDEZ - UM PERCURSO SEMEADO DE EMBOSCADAS

O período de gravidez tem um papel central no processo emocional que habilita a mulher a tornar-se uma "*mãe suficientemente boa*". Se saudável, a mulher que engravida vai desenvolvendo dentro de sua mente uma ligação com o futuro bebê, tornando-se, progressivamente, capaz de fantasiar, sonhar e ter uma representação dele como um ser completo.

Segundo WINNICOTT (1956), durante a gravidez a mulher passa por um período de preparação para sua tarefa de cuidar de seu bebê, que ele denomina PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA. Gradualmente, à medida que seu corpo e sua fisiologia vão passando por transformações, os sentimentos da mulher também se modificam. Vagarosamente, a mãe "*transfere algo de seu interesse em si própria para o bebê que está crescendo dentro dela...*" (WINNICOTT, 1960), o que a capacita a se adaptar às necessidades do bebê, tornando-se capaz de corresponder à dependência do filho.

Esta condição psíquica pode ser considerada uma "doença" comparável a um estado retraído ou dissociado, "*... no qual um aspecto da personalidade assume temporariamente o controle*" (WINNICOTT, 1956), como acontece em alguns estados esquizóides. Entretanto, para que a mulher consiga desenvolver esta "doença" e depois se recuperar dela, é necessário que ela seja "saudável", (daí a importância das experiências dos primeiros anos de vida e da relação mãe-filha) e que ela não tenha outros interesses tão fortes (trabalho,

dificuldades conjugais, familiares e sociais) que não possam ser temporariamente abandonados, o que perturbaria o seu desenvolvimento.

As experiências relatadas pelas mães entrevistadas revelam que poucas são as situações, nas quais a gravidez foi planejada e desejada. Mas esta é uma questão que deve ser relativizada, uma vez que a clínica demonstra que o desejo que se atualiza num momento da vida por um projeto de ter um filho é ele mesmo contraditório e profundamente ambivalente. E o tempo de gravidez, com os reajustes e remanejamentos psicossomáticos, pode ajudar a mulher a elaborar uma série de impulsos contraditórios associados ao desejo ou não de ter aquele bebê.

O que nos pareceu mais relevante que a questão do planejamento e do desejo de ter um filho foram as histórias, que estas mães nos contaram de gestações emocionalmente muito difíceis. Constatamos que muitas das mães não estavam preparadas emocionalmente para a chegada daquele bebê em particular.

*- Eu sempre evitei usando tabelinha. Eu sempre fui controlada. A Sra. vê... eu já tenho 50 anos e sei direitinho quando vou menstruar. Foi só nas duas últimas vezes que fiquei grávida sem querer. Nas duas o meu marido tinha perdido o emprego, aí fiquei nervosa e a tabelinha não funcionou. Meu organismo é que descontrolou... estava também cuidando da minha mãe doente, nem tinha tempo para pensar... (Entrevista I).*

Além disto, verificamos que em algumas situações o pai da criança, o meio familiar ou o ambiente social próximo não forneceram qualquer amparo afetivo ou econômico para estas mulheres, deixando-as sós e desamparadas.

*- Eu sei que meu filho sofreu muito. Agora estou mais estabilizada. Tenho marido. Quando meu filho nasceu, eu precisava trabalhar direto, até nos finais de semana. Era só eu, sozinha para cuidar dele, pois o pai dele me largou assim que soube que eu estava grávida. Com minha filha já foi diferente. Estou casada, tenho com quem dividir as coisas. (Entrevista III)*

Sob o ponto de vista do discurso manifesto estas dificuldades podem ser lidas como dificuldades conjugais, econômicas, familiares e sociais. Mas pensamos que, na verdade, este enfoque não esgota a questão. A fala destas mães necessita também ser ouvida à luz das pistas lançadas pelos fragmentos de suas histórias de vida. Histórias de carências afetivas e abandonos que se repetem neste momento de gravidez.

*-Passei bem de saúde, mas passava muito nervoso porque morava com a família do meu marido...Eles me pisavam e me humilhavam...Foi uma gravidez muito sofrida*  
(Entrevista II)

*-Estou com o pai de F. há 14 anos. Começamos a namorar, ele veio morar comigo e engravidei. Achava que não ia mais ter filhos, pois o médico tinha dito que tinha me operado (laqueado) quando eu tive a menina (filha mais nova do primeiro casamento). Comecei com hemorragia muito forte, caiu uma coisa que eu embrulhei e fui para o Hospital. Lá caiu outro igual. Mostrei para o médico e ele me disse que eu estava grávida de gêmeos(abortou). O médico colocou DPL, mas nem deu um mês e eu já fiquei grávida da Fátima. Eu não queria engravidar. Passava muito mal na gravidez, tinha crise de asma direto. Passei muito nervo. A mãe do meu marido não queria que a gente ficasse junto. Ele ficava balançando entre a mãe e eu.* (Entrevista VI)

O período de gestação proporciona à mulher a oportunidade de reviver sua própria infância com sua mãe, tanto nos aspectos positivos quanto negativos. É como se cada etapa do desenvolvimento emocional e das relações de objeto fossem reativadas e assumissem seu lugar apropriado na estrutura que é a base para o que WINNICOTT descreveu como Preocupação Materna Primária. É graças a este estado emocional que a mulher pode se perder no outro (bebê) e emergir deste encontro com uma percepção mais aprofundada de ambos e uma capacidade de usar esta experiência para uma continência e cuidado suficientemente bons. Mas não foi bem assim que estas mulheres vivenciaram este período.

*-Tive muitos problemas na gravidez. Minhas pernas travavam, precisei ser internada e tomar injeção.* (Entrevista VI)

Independente da gravidez ser ou não desejada e planejada, verificamos que muitos acontecimentos internos e externos mais ou menos fortuitos vieram se intercalar e se sobrepor à situação de gravidez, dificultando ou perturbando a instalação e o desenvolvimento de todo este processo.

Muitas das mães entrevistadas relatam vivências de doença grave ou morte de pessoas muito chegadas, durante o período gestacional ou pré-gestacional. São relatos que nos remetem novamente à vivências de morte, depressão e solidão.

*-Na gravidez do A. a gente morava com a minha mãe, ela estava doente, desenganada, presa a uma cadeira de rodas. Precisava pegar no colo para dar banho... Quando soube que estava grávida pensei: o que vou fazer? Ai, entreguei a gravidez para Deus cuidar. Nas outras, precisei fazer repouso nos primeiros meses para não abortar...mas na dele, eu não tive nada. (Entrevista I)*

*-Foi uma gravidez super agitada. Tinha perdido minha mãe há pouco tempo e estava praticamente sozinha em Campinas. Eu namorava o pai dele fazia 3 meses. Quando soube que eu estava grávida, ele me deixou e foi embora. Eu morava com uma tia, tinha que aguentar eles falando mal de mim. Falavam que foi só minha mãe morrer que já arranjei namorado e engraidei... Passei muito mal. Vomitava demais, tinha pressão alta e não me alimentava direito. Tinha de trabalhar. Ouvia muita coisa. Falavam que tinha aprontado com o primeiro namorado. Um dia queria. No outro não queria. Um dia acariciava a barriga. No outro pedia para nascer logo. Era preocupada se ia dar conta ou não. Ganhava pouco. Sou uma pessoa muito preocupada. Achava que não ia dar conta de criar, mas não queria dar ele (Entrevista III)*

A literatura demonstra (SOULÉ, 1987), que muitas vezes é por ocasião do encontro com a doença e risco de morte, seja no casal, ou em um dos pais ou parentes próximos que o projeto de ter um filho surge. A proximidade da morte é insuportável na medida em que deixa ver a brevidade da vida e a mortalidade inevitável. Com a chegada do filho o trabalho psíquico do luto é evitado, com uma recusa da perda do objeto, que é

substituído por um corpo vivo, o bebê. Mas de qualquer forma o luto e a depressão continuam a rondar a mente destas mães.

Ficou-nos claro, que mesmo quando amparadas emocional e economicamente, algumas vivências de morte e luto ultrapassaram a capacidade de algumas mulheres em elaborá-las, deixando marcas profundas na história da mãe e da criança que estava por vir.

*-Queria muito engravidar. Foi um choque para mim quando minha sogra faleceu. A gente tinha conversado uns dias antes e ela me perguntou se eu estava grávida. Eu sabia que estava de 1 mês e meio, mas disse que não... Minha sogra escorregou na rua e o ônibus passou em cima dela. Quando eu soube, desmaiei. Nós dividíamos as coisas, ela era melhor que minha mãe. Minha mãe é uma pessoa mais antiga, minha sogra vivia dando conselho para mim. Eu queria ter falado da gravidez para ela. Fiquei muito com aquilo na cabeça. Fiquei muito deprimida. A gravidez foi muito difícil, porque eu não conseguia ficar sem ela. Não conseguia arrumar as coisas do bebê e falava para o meu marido... agora somos sozinhos. Ele falava para eu esquecer, mas eu chorava. Qualquer coisa eu chorava. Nunca tive apoio das minhas irmãs ou da minha mãe. Ninguém me ajudou no resguardo da minha primeira filha... só minha sogra e meu esposo. Pensava... este não era o momento para engravidar. Se eu soubesse que ia ser assim, eu não teria ficado gestante. Se eu tivesse tempo eu não queria o bebê... Meu marido falava... eu jamais deixo esposa minha tirar um filho. (Entrevista V)*

### 4.3. SOBRE O PARTO E O PUERPÉRIO

Apenas uma das mães entrevistadas descreveu o parto como normal e sem intercorrências:

*- O parto foi bem, eu não costumo sofrer muito nos meus partos. Ele nasceu logo e já chorou (Entrevista VII)*

Para as outras mães, o momento do parto, por mais desejado e aguardado que tenha sido, surgiu sempre como uma surpresa. A data do parto é imprevisível e é a marca da separação. Algumas mães o descreveram como um momento de terror e de despersonalização, durante o qual sentiram-se completamente dependentes de um fenômeno misterioso que vinha das profundezas de seu ser. Foram relatadas vivências de perda de domínio e de tornarem-se um objeto passivo frente a ação das forças da natureza desencadeadas pelo início do trabalho de parto.

*-O parto foi difícil. Ele era grande e eu não sabia fazer aquela força necessária. Ele só saiu com a ajuda da enfermeira, que se deitou em cima da minha barriga. Não lembro-se ele chorou logo, só lembro do médico dizendo: não está passando oxigênio para a criança. Não pensava em nada, só fazia o que eles me mandavam... Ele mandou eu respirar fundo e eu respirei. Pedia para que fizessem uma cesareana. Pedia para que me deixassem morrer, que deixassem o bebê morrer, porque eu ia morrer, eu sabia que ia morrer... (Entrevista II)*

São momentos críticos carregados de ameaça concreta de morte para a mãe e também para o bebê.

*- Ele nasceu de 8 meses. Internei porque estava com pressão alta. Com três dias de internação, fiquei nervosa e pedi para o médico me deixar ir embora. O médico não deixou e quando foi à noite entrei em trabalho de parto. Estava com 3 cm de dilatação e quando foram ouvir o nenê, não ouviram nada. Estava com 21x12 de pressão e fizeram cesareana de urgência (Entrevista III)*

*- O bebê estava sentado e o médico disse que viraria ele na hora do parto, pois os outros três tinham nascido de parto normal. Mas o médico demorou. Quando ele chegou, as dores já tinham passado e o médico teve que fazer uma cesariana. Ai aproveitou e fez uma laqueadura. O André não chorou logo que nasceu. O anestesista falou, pronto mãe o bebê já nasceu e só depois é que fui ouvir o choro. (Entrevista I)*

Ameaça de morte que pode terminar logo após o parto e o nascimento do bebê, mas que às vezes, pode se prolongar por horas ou dias caso a mãe apresente alguma complicação clínica:

*- Ela nasceu de cesareana. Meus outros foram todos tirados à ferro. Eu tinha crise de asma na hora do parto e não conseguia fazer força. O médico falou que ela nasceu bem, mas eu tive uma hemorragia muito forte, fiquei anêmica e precisei tomar sangue. Só fui vê-la depois de 24 horas de nascida. (Entrevista VI)*

Ou uma complicação cirúrgica:

*- O parto foi Cesareana porque tinha marcado para desligar as trompas. Eu não queria, mas o médico falou que a idade já era perigosa, que eu podia arrumar mais. Então, meu marido falou para fazer. Por mim, eu não fazia, porque o que eu sofri depois... Tive que operar mais 3 vezes (na verdade foram 2 vezes além da cesariana) depois dela nascer, porque tive infecção. Quando o meu médico começou a fazer minha cesareana ele desmaiou, aí outro continuou, mas ele não sabia que tinha sido combinado a laqueadura. No outro dia o meu médico chegou no quarto e disse que a laqueadura não tinha sido feita, que eu iria para casa e depois voltaria para fazer. Quando a nenê estava com 20 dias eu voltei e ele falou que ia fazer um cortinho de nada. Quando voltei da cirurgia vi que ele tinha cortado no mesmo lugar da cesareana e daquele tamanho. Não aguentava de dor, não conseguia colocar o pé no chão. Recebi alta, mas não estava boa. Com 15 dias voltei para o Hospital para operar de novo. Na operação é que ele viu que tinha um saco de pus atrás do útero, que ele não via quando me examinava. Parece que foi até castigo. Os pontos nem paravam mais. (Entrevista VIII)*

Observamos que as vivências emocionais das mães se complicaram ainda mais, quando o bebê não nasceu em boas condições físicas. Se o bebê tarda a chegar, a mãe sente-se impotente para ajudá-lo. Somente o médico com seus medicamentos e aparelhos pode ajudar. Pareceu-nos que mãe, neste caso, sentiu-se despossuída do recém nascido e

como que impotente para dar-lhe a vida, o que acarretou sentimentos intensos de desvalorização.

*-Passou dois dias da hora de nascer. O médico disse que o coração estava nas últimas e que ia fazer o possível. Já tinha fezes e urina no líquido. Foi cesareana, ele nasceu roco e com a respiração sufocante. Ai passei mal, vi tudo rodar. Só lembro dos médicos dizendo "corre que tem que ser agora". Ele nasceu roco, quase morto. Achei que tinha morrido. Quando acordei, fiquei sem vê-lo por três dias. Diziam que ele estava no balão de oxigênio, mas eu achava que ele tinha morrido. Ficava com aquela dúvida. Pedia para deixarem eu ir ver, não deixavam e eu passava mal e desmaiava. (Entrevista V)*

Para uma mãe carregada de sentimentos ambivalentes, não elaborados durante o período da gravidez, ter um bebê que nasce de um parto complicado e com risco de vida, é uma vivência terrível. Durante a espera pela evolução do estado clínico do bebê, a mãe experimenta concretamente a possibilidade de suas fantasias destrutivas terem tido êxito e de seus ataques fantasiados terem realmente lesado o bebê.

#### **4.4. O BEBÊ E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

O movimento depressivo que ocorre no pós-parto deve ser compreendido caso a caso. Percebemos que a constatação de seu surgimento pela mulher, depende de uma série de fatores, principalmente de sua capacidade de reconhecer, tolerar e verbalizar uma experiência depressiva.

*- Fiquei deprimida depois que o D. nasceu. Era chorona, ficava brava e triste. Fiz terapia por uns dois meses e aí abandonei (Entrevista IV)*

No material das entrevistas, exceto pelo relato acima, esta vivência não foi diretamente verbalizada pelas mães. Mas mesmo não nos falando de sentimentos de tristeza e depressão, ele se revelou, indiretamente, em todo o seu colorido.

*- Não conseguia nem ficar com ela no colo de tão fraca. Pegava-a só de vez em quando, não conseguia ficar com ela no colo, mas ela mamava só um pouquinho e logo largava. Eu tomava cortizona por causa da bronquite e aí o leite secou. (Entrevista VI)*

O estado depressivo das mães nem sempre foi percebido pelos médicos ou pelos serviços sociais. Aparecendo por entre queixas hipocondríacas e fadiga intensa.

*-O Bento era muito grande e gordo. Tinha os olhos fundos...Acho que eu devia estar muito fraca, porque pegava ele e já sentia dor nos braços. Amamentei só até os dois meses e meio. Meu leite acabou...Ele chupava, chupava e não saía nada. Ficava lá chorando e eu sem saber o que fazer. (Entrevista II)*

Ou ao contrário, aparecendo mascarado por uma atividade desordenada e uma retomada precoce do trabalho profissional.

*-Eu sei que meu filho sofreu demais. Eu sou muito nervosa. Quando quero uma coisa tem que ser na hora. Exijo muito. Eu queria que ele crescesse logo. Quando ele nasceu, eu trabalhava direto, até nos finais de semana (Entrevista III)*

Não há como negar que estamos diante de mães deprimidas, sem forças para cuidarem e assumirem as responsabilidades pelos seus bebês.

*-Minha filha levava a nenê no hospital para eu amamentar, mas eu não conseguia, pois doía demais a barriga. Tinha leite e precisei tomar injeção para secar. Neste tempo parece que desliquei de tudo na vida. Quem cuidava da Helena era minha filha mais velha, que tinha 16 anos. Fiquei muito nervosa, precisei tomar injeção. Via meus filhos e achava que nunca mais ia sarar para cuidar deles. Isto durou mais de quatro meses, depois devagar fui melhorando (Entrevista VIII)*

A Preocupação Materna Primária é um estado que pode ser atingido em uma gravidez e não em outra, não sendo facilmente recordado após a mulher ter se recuperado dele, uma vez que sua recordação tende a ser reprimida. Sabemos que ele pode ser

perturbado quando a mãe entra em depressão, como nos casos relatados acima, ou quando uma nova gravidez surge antes do tempo que a mãe considerava adequado, como na situação relatada à seguir:

*Voltei a trabalhar quando D. tinha 3 meses. Meu marido queria que eu pedisse demissão para cuidar do nenê, mas já estava grávida novamente e não podia pedir demissão. Ai nasceu a Elisa. Tinha então dois bebês um perto do outro. Não conseguia pensar direito. Minha mãe e minha avó me ajudavam, cuidavam, davam apoio. Meu marido colocou uma pessoa para me ajudar em casa. Não dava nem para pensar. Coloquei tudo que tinha em cuidar dos dois bebês. Minha bisavó é quem cuidou dele de verdade. Ele foi uma criança doente, tinha refluxo e eu vivia deprimida. Quem pegou e engordou ele foi a bisa (Entrevista IV)*

Em outras condições a Preocupação Materna Primária pode também ser perturbada: quando ocorre a morte do bebê, ou quando a mãe ao entrar em contato com seu bebê real, que vai manifestar suas características, suas potencialidades e sua constituição física e psíquica, tem dificuldades para se afastar do bebê criado em sua fantasia durante a gravidez e passar a amar, vincular-se e relacionar-se com o bebê real que tem em seus braços.

*- Foi difícil aceitá-lo, ele era muito diferente. Ficou uma semana no Hospital, dos outros foi mais rápido. Quando eles o trouxeram, ele estava irreconhecível. (Entrevista V)*

A sobrevivência do recém-nascido fora do corpo da mãe a confronta com uma série de dificuldades que não se deve minimizar. Para uma mãe insegura, ambivalente e deprimida fica muito mais difícil realizar um diálogo entre o bebê que ela amamenta e carrega nos braços e o bebê fantasiado, o que pode impedi-la de aceitar e amar seu bebê real, do jeito que ele é e sem restrições.

O bebê real leva à confrontação com o filho imaginário, do qual ele pode não ser mais do que uma cópia redutora. Para algumas mães, ele pode parecer demasiado infiel ou decepcionante.

*- Achei que tinham trocado. Era aquele esqueletinho. Era muito diferente da irmã, ela nasceu gordinha e bonita. Ele era cheio de bolhas. (Entrevista V)*

Vimos que algumas vezes a mãe não conseguiu fazer o trabalho de luto pelo filho imaginário e elaborou arranjos patológicos para lidar com sua decepção frente ao filho real. Sendo o medo da troca de crianças uma destes arranjos.

Em resumo:

Todos estes relatos apontando para dificuldades emocionais das mães, anteriores ou contemporâneas à gravidez, dificuldades familiares, conjugais e sócio-econômicas, dificuldades do parto e separações precoces da dupla mãe-bebê, nos remetem à possibilidade de desencontros na relação inicial desta dupla, uma vez que tais acontecimentos podem contribuir, como vimos, para perturbar a Preocupação Materna Primária e o processo de identificação e cuidado da mãe para com seu bebê. Mas isto não foi tudo, pois outras situações, especialmente a depressão pós-parto foram frequentemente relatadas pelas mães entrevistadas, o que também pode ter contribuído para dificultar e complicar esta relação inicial mãe-bebê.

Quando tais perturbações emocionais durante o período de Preocupação Materna Primária ocorrem, estas mulheres podem não conseguir reconhecer em si mesmas o sentido a ser dado aos gestos de seus filhos. Este estado de pouca responsividade pode ser momentâneo ou duradouro. Cada mãe individualmente é diferente de dia para dia, de hora para hora, de situação para situação e de filho para filho. E a própria personalidade individual do bebê vai chocar-se com este modo de ser da mãe, influenciando a gama de afetos da mãe, por seu comportamento e por suas atitudes (WILLIAMS, 1990).

O bebê durante as fases iniciais do desenvolvimento emocional é um ser imaturo, com necessidades as mais variadas, tanto instintivas quanto egóicas, estando

continuamente sujeito a sofrer angústias inimagináveis. Para que possa sobreviver, cumpre que a personalidade do bebê fique aos cuidados da mãe (ou seu substituto). Nos casos favoráveis, mãe e lactente se adaptam um ao outro. E é graças a esta adaptação que as angústias inimagináveis podem ser toleradas ou evitadas, uma vez que a dependência do bebê é reconhecida e as necessidades atendidas através de um cuidado ambiental especializado. Este cuidado é fornecido pela mãe, que devido a um alto grau de adaptação, alimenta repetidamente a onipotência do lactente, fornecendo um “setting” no qual a constituição do infante e suas tendências ao desenvolvimento podem começar a se revelar, permitindo ao bebê começar sua existência psíquica.

O que dificulta o início da vida de um bebê é ter uma mãe que não desenvolveu esta capacidade, o que a impede de fornecer um “holding”<sup>14</sup> adequado, tornando-a incapaz de ser compreensiva, e poder tolerar e transformar o intolerável.

Os relatos acima nos fazem suspeitar que estas mães não tiveram condições de fornecer este “holding” adequado para os seus bebês, não podendo atuar como um ego auxiliar, de forma a fortalecer o ego frágil do bebê, tornando-o forte.

Mas é importante assinalarmos que à medida em que o bebê vai crescendo, amadurecendo e tornando-se criança, adolescente e mesmo adulto e seu mundo vai ficando mais rico e complexo, o significado da função de “holding” também é ampliada, passando a incluir a sustentação egóica proporcionada pelo pai, pela família e pelo grupo social.

*“Na prática uma criança necessita sair do colo da mãe, mas não para ir para o espaço; ela sai para uma área de apoio mais ampla; alguma coisa que simboliza o colo de onde a criança saiu (WINNICOTT, 1960)*

Mas não é isto que ocorre com estas crianças com dificuldades emocionais. Pudemos observar que algumas características da falta de “holding” na relação inicial mãe-bebê, se mantêm na relação mãe-criança, especialmente na relação mãe-criança

---

<sup>14</sup> O holding representa a continuação, após o nascimento, de toda provisão característica de estado pré-natal que a mãe, até então proporcionava ao bebê em seu útero. O holding satisfatório não pode ser ensinado, uma vez que se assenta na capacidade da mãe se identificar com o bebê. (VALLER, 1989).

emocionalmente perturbada (como veremos no próximo capítulo) e se prolonga na relação criança-escola e criança-meio social (conforme relatado no capítulo anterior).

#### 4. 5. SOBRE A CAPACIDADE DE “HOLDING” DAS MÃES

*-Tinha por hábito criar filho sem colo. Só pegava para dar mamadeira, depois colocava no carrinho e quando maior no cercadinho. Deixava ele sempre perto de mim. Não criei filho nenhum com colo. Colo eu nunca dei. Não sei se ele gostava ou não. Era tão normal ele ficar lá... Para dormir dava a mamadeira e colocava no berço. Dava beijo, cobria, apagava a luz e saía. (Entrevista I)*

O “holding” inclui toda a provisão ambiental proporcionada pela mãe durante o estado de dependência absoluta e representa “tudo aquilo que, nesta ocasião, uma mãe é e faz” (WINNICOTT, 1966).

WINNICOTT considera o “holding”, especialmente o “holding” físico, como uma forma que a mãe dispõe para demonstrar o seu amor ao bebê. Se, por um lado, uma mãe pode não ter palavras para descrever o que sente por seu bebê, “por outro ela o aninha em seus braços sempre que o levanta,”(WINNICOTT, 1964), demonstrando sua confiabilidade e sua responsabilidade.

*-Eu sei que exigi demais do G., queria que ele crescesse logo... Para ter filho é preciso calma e tranquilidade. Eu não consigo, eu sou muito agitada. Não sou mãe como minha irmã que senta e fica brincando com as crianças... (Entrevista III)*

Numa experiência satisfatória mãe e bebê trabalham juntos para produzir um estado de bem estar que é uma experiência tanto física quanto psicológica. Assim as sensações corporais se transformam em experiências emocionais, através da atividade rítmica e recíproca entre mãe e bebê.

Uma ressalva deve, neste momento, ser feita.

**Quando tentamos compreender as interações mãe-bebê, nos defrontamos com processos extremamente complexos e o recorte de fragmentos de experiências de desencontros desta relação, como o que realizamos, não devem ser considerados como os únicos responsáveis pelas dificuldades destas crianças. Podemos, entretanto, considerar que um acúmulo de experiências traumáticas constituem parte integrante no processo de adoecer.**

*-Não me lembro do que ele brincava. Acho que nunca brincou. Não me lembro dele pedindo algum brinquedo. Ele sempre foi uma criança quieta. Assistia televisão direto. Acordava de manhã e ligava a TV. Ainda nem tinha entrado no ar e ficava lá sentado vendo aquelas listras (Entrevista I)*

Faz parte das funções maternas a apresentação continuamente dosada do mundo para a criança. Isto não é algo que possa ser feito racionalmente e nem pode ser manejado mecanicamente. A porção de realidade compartilhada que a mãe apresenta ao bebê deve satisfazer “a crescente capacidade da criança de usufruir do mundo”(WINNICOTT, 1949).

Uma mãe suficientemente boa sabe dosar estímulos, pois estímulo em excesso bombardeia a mente de um bebê. Pelo que esta mãe nos contou, este bebê foi criado por uma babá-eletrônica, a televisão. A mãe, preocupada com o desemprego do marido e a perda de sua mãe, não pôde funcionar para o seu bebê como um interlocutor vivo, que lhe permitisse a escuta como garantida. Este menino não pôde contar com uma imagem viva de mãe para apresentar e dar sentido ao mundo.

A criança quieta, que não incomoda está na verdade desinvestindo o mundo. A passividade desta criança, podemos conjecturar, atendia a necessidade de quietude, desta mãe deprimida e preocupada.

Quando uma criança chora, ela pode estar com fome, frio, sede, pode estar incomodada na cama, etc. O choro é uma descarga que fica a espera de uma resposta. Quando a mãe entende o choro como sendo um choro de fome, pelos gestos com os quais

ela dá à criança aquilo que pode saciar sua fome, há uma nomeação. Este é um ato de linguagem e constitui-se para o bebê um afeto.

O afeto, conceito limítrofe entre corpo e psiquê (MC DOUGALL,1983), se constitui pela nomeação e pela qualidade interna do gesto. Não são as palavras que importam, mas a maneira pela qual a mãe responde ao bebê.

*- Ele ficava lá chorando e eu sem saber o que fazer. (Entrevista II)*

*- Até um ano de idade ela só chorava...e eu ficava nervosa..(Entrevista VIII)*

O gesto da mãe pode ser mecânico, pode ser feito com o pensamento em outro lugar, pode ser muito adaptado e muito obsessivo. Ou pode ser um gesto que responda exatamente à demanda do bebê. Todas são “palavras” diferentes que a mãe pode utilizar.

*- Até o 5º, 6º mês ele não era de dar trabalho. Mamava direitinho, fazia xixi e cocô direitinho...Demorou muito para sentar, porque não foi acostumado. A minha sogra só deixava eu colocá-lo deitado ou no colo. E eu obedecia. Dizia que não podia colocá-lo apoiado porque senão ele ia ficar corcunda. Não podia colocá-lo em pé, senão ele ia ficar de pernas tortas. Fui colocá-lo sentado pela primeira vez quando ele tinha 8 meses. Foi quando eu mudei da casa da minha sogra e minha irmã arrumou um carrinho de bebê. Foi colocar e ele logo ficou sentado. (Entrevista II)*

O comportamento da mãe em relação ao seu bebê não consiste apenas de cuidados das necessidades fisiológicas, assim como também não se restringe a serviços emocionais que mantenham dentro de limites toleráveis as angústias que o lactente pode sentir. Como acentua BION(1962) a mãe também tem que pensar como pensa o bebê para poder ajudá-lo a pensar sobre si mesmo.

O crescimento mental é um processo longo e complexo que se estrutura a partir da digestão das vivências. Este processo se faz através de identificações projetivas e introjetivas por parte do bebê e da mãe. É utilizando-se deste modo primitivo de comunicação que a criança projeta na mãe a parte perturbada de sua personalidade, que ela

em seu inconsciente e em sua "revêrie"<sup>15</sup>, ordena. É graças a esta capacidade materna, que de algum modo o caos de pensamentos e sentimentos que o bebê projeta é devolvido reordenado e mais tolerável para ele. Através deste processo a mãe fornece significados e permite ao bebê introjetar o modelo de funcionamento de sua mente e um continente adequado para o crescimento mental.

Podemos pensar, que pelo relato desta mãe, não há lugar para a vida e para o crescimento. Não há registro emocional para o desenvolvimento. O movimento corporal, ser colocado em pé ou sentado é sentido como uma ameaça. Vida e crescimento sob este prisma, podem levar à deformidade.

*-Não lembro quando ele engatinhou. Só lembro que ele arrastava o bumbum. Não lembro quando andou segurando e nem quando começou a falar. Só lembro que foi andar sozinho com um ano e meio. O xixi e o cocô também não lembro. Acho que foi tudo bem...Para mim era tudo normal. Para mim estava tudo bem. (Entrevista II)*

Quando questionamos sobre o desenvolvimento neuro-psicomotor de uma criança, não estamos interessados no registro obsessivo de datas e fatos. Trata-se do registro emocional destas datas, marcantes enquanto indicativas de novas funções e novas habilidades adquiridas. Se considerarmos as dificuldades desta mãe em lidar com crescimento e desenvolvimento, talvez já poderíamos esperar que estas datas não tivessem um registro mental.

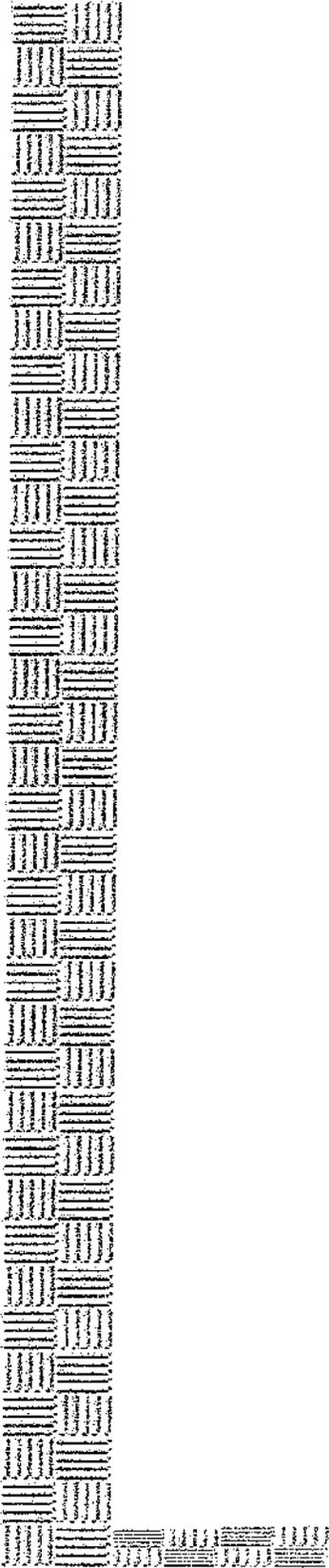
Resumindo:

De tudo o que foi exposto neste capítulo, podemos imaginar que devido a uma série de problemas, aqui relatados, estas mães em muitos momentos foram incapazes de em suas mentes sustentar, manejar, conter, dar significado e apresentar o mundo aos seus bebês. Com suas mentes repletas de outras preocupações estas mães não puderam se encontrar, verdadeira e completamente com os seus bebês.

---

<sup>15</sup> O termo "rêverie" foi usado por BION (1962) para referir-se a um estado de mente que o bebê exige da mãe. A mente da mãe precisa estar em um estado de calma receptividade para poder receber as identificações projetivas do bebê e dar-lhes significado.

Uma relação entre dois seres tão intimamente harmônicos entre si e unidos por tantas coisas tangíveis e intangíveis (SPITZ, 1965) acarreta a possibilidade de sérios distúrbios, caso haja uma quebra de sintonia entre ambos e dificuldades na comunicação primitiva mãe-bebê. As marcas deixadas no desenvolvimento destas crianças podem ser mais ou menos profundas e caracterizaram-se, principalmente, por dificuldades em entrar em contato e refletir sobre suas realidades psíquicas. Mas como veremos no próximo capítulo, esta também é uma dificuldade apresentada pelas mães ao se defrontarem com seus filhos doentes.



## **CAPÍTULO 5**

### ***O DAR-SE CONTA DAS DIFICULDADES EMOCIONAIS DA CRIANÇA***

O objetivo deste capítulo é descrever os “caminhos mentais” que foram percorridos pelas mães, durante o processo emocional que as conduziu a darem-se conta de que necessitavam procurar uma ajuda psicológica ou psiquiátrica para seus filhos. Como as mães foram percebendo as dificuldades emocionais de seus filhos, quais fantasias foram tendo a respeito das causas dos sintomas e comportamentos apresentados pela criança, como vivenciaram esta constatação, que defesas foram utilizadas para lidarem com suas angústias e dificuldades frente a este dar-se conta, serão questões igualmente abordadas aqui.

As entrevistas nos permitiram verificar que este dar-se conta provoca muita ansiedade e as mães lançam mão de uma série de mecanismos de defesa para fazerem face a estas angústias. Constatamos também, que nem sempre as mães conseguem ter uma percepção abrangente e realista das dificuldades de seus filhos. As características e graus desta percepção vão variar de mãe para mãe, bem como, numa mesma mãe vão apresentar flutuações de momento para momento durante as entrevistas. Pudemos associar estas variações na percepção das dificuldades emocionais da criança de acordo com as oscilações para lá e para cá das posições esquizo-paranóide e depressiva, descritas por M. Klein. Esta contribuição e a teoria de Bion sobre o Conhecimento formam os fios norteadores, por nós utilizados para organizarmos o material das entrevistas.

Klein conceitualiza o termo posição como uma constelação de ansiedades, defesas, relações objetais e impulsos, que vão caracterizar a postura que o ego de um indivíduo vai assumir no relacionamento com seus objetos (HINSHELWOOD, 1992).

Resumidamente, podemos definir a posição esquizo-paranóide como a conjunção de angústias, relações de objeto, fantasias, emoções e defesas que giram ao redor da angústia persecutória, isto é, do medo do ego frente ao ataque dos objetos maus externos e internos (KLEIN, 1946).

Nesta posição o relacionamento se dá com objetos parciais e o indivíduo se apoia, plenamente, como modos de defesa e formas de organizar a experiência na cisão, idealização, negação, projeção, introjeção, identificação projetiva e onipotência. A

somatização, a fragmentação ou as fantasias e atuações evacuativas são formas frequentemente utilizadas para dissipar e anular a dor psíquica.

Segundo OGDEN (1992, p.109) a posição esquizo-paranóide “... gera um estado a-histórico de ser, relativamente desprovido da experiência de um sujeito interpretante, mediando entre o sentido de si-mesmo e a própria experiência sensorial vivida...”

À medida que o desenvolvimento emocional progride os objetos parciais são integrados em um todo, e este processo caminha “pari passu” com a integração do próprio self.

A confluência de aspectos amados e odiados do objeto desencadeia sentimentos de angústia depressiva e culpa (KLEIN, 1940). Quando os objetos parciais (bons e maus) são reunidos num todo, eles ameaçam formar um objeto total contaminado, danificado ou morto, pois a vida de fantasia é assediada pela idéia de que o ódio do indivíduo causou dano real à pessoa amada.

Nos primeiros momentos da posição depressiva o sofrimento é particularmente intenso. A angústia do sujeito é pessoal, um terror pela própria sobrevivência dentro da mãe que o apóia e é também uma preocupação genuína por ela. Há uma interação complexa entre ansiedade percecutoria e ansiedade depressiva.

Com o decorrer do tempo e com um objeto interno consistentemente introjetado, uma certa confiança nas capacidades de reparação se desenvolve. O indivíduo é capaz de se preocupar com o outro, de sentir culpa e de desejar realizar reparações não mágicas, caso tenha realizado algum dano real ou imaginado aos objetos. A repressão e a identificação madura com o objeto são os mecanismos de defesa que, nesta posição, permitem o indivíduo suportar a angústia através do tempo. Quando o ego está mais integrado e o relacionamento com a realidade é mais seguro, os mecanismos neuróticos assumem o lugar dos mecanismos psicóticos. À medida em que os processos de integração prosseguem, a ansiedade diminui e a reparação, sublimação e a criatividade ganham força e

expressão e tendem a substituir os mecanismos de defesa, tanto psicóticos quanto neuróticos (SEGAL, 1975).

Existe um equilíbrio, ou co-existência dialética, entre as duas posições, em torno do qual ocorrem flutuações constantes durante toda a vida. A Posição Depressiva nunca supera completamente a Posição Esquizo-Paranóide. A integração do ego nunca é completa e as defesas contra o conflito depressivo podem provocar uma regressão aos mecanismos esquizo-paranóide, no sentido da onipotência e de uma perda irreal do sentimento de separação. O desenvolvimento e o amadurecimento ocorrem com uma nunca acabada busca de verdades, graças ao abandono da onipotência e o reconhecimento da realidade interna e externa (HINSHELWOOD, 1992).

## **5.1. OS CAMINHOS VIVENCIAIS QUE CONDUZEM AS MÃES A PROCURAREM AJUDA PARA SEUS FILHOS**

As entrevistas nos permitiram descrever dois caminhos vivenciais diferentes, que conduziram estas mães a darem-se conta de que precisavam procurar ajuda psicológica e/ou psiquiátrica para seus filhos. Num deles, mais rápido e menos freqüente, a mãe como que de um momento para o outro se vê frente a frente com uma criança muito doente. Não há como negar a percepção da doença. Os sintomas são exuberantes e perturbadores. A mãe se vê como que “atacada” pela constatação irrefutável da doença da criança. A ajuda deve ser procurada imediatamente. Mas, como veremos, esta procura de ajuda não deve ser confundida com uma real percepção de suas dificuldades emocionais.

*- Ele era uma criança normal até os 5 anos, aí teve uma crise (retira da bolsa um caderninho, parecido com um diário, recorrendo, frequentemente a ele enquanto fala, me explica: “quando entra data eu me confundo toda, por isso é que tenho esta agendinha”). Estava brincando com a irmã, tropeçou e caiu. Fomos socorrer, não tinha se machucado, mas entrou em casa fora de si. Dizia que tinha homens do bem e homens do mal. Depois dizia que tinha monstros no seu braço, que eram monstros do bem e*

*monstros do mal. Esticava o braço e olhava assustado para ele. Dizia que queria morrer. Nós o pegamos e o levamos para o Pronto-Socorro. Lá examinaram, passou por um Neurologista, pediram exames. Como tudo deu normal, disseram que precisávamos procurar um Psiquiatra e nós fomos (Entrevista I)*

A mãe descreve este período como se sentindo anestesiada. Não havia espaço mental para pensar sobre as causas ou conseqüências da doença.

*- Eu não sentia nada, mas também não parava para pensar. Ia para onde me mandavam. Não sabia o que pensar. Eu estava muito cansada, quase não dormíamos de noite. O André dormia meia hora e já acordava, gritando, a gente ia lá, acalmava. Ele dormia de novo, mas logo acordava. Era assim a noite inteira. Eu e meu marido nos rodiziávamos para ver quem ia acudir. Nós nem conversávamos. Isto durou dois anos. De repente, as alucinações passaram, mas ele nunca mais voltou a ser o mesmo (Entrevista I)*

Nestes fragmentos de entrevista, podemos constatar que mecanismos obsessivos foram utilizados na tentativa de colocar ordem na confusão mental que se instalou a partir da constatação da doença da criança. A todo custo a confusão e a perseguição devem ser mantidas afastadas, pois a mãe pressente o risco de se ver inundada e engolfada por objetos e sentimentos que a atacam e pelos quais não se sente responsável. O que a deixa confusa não são as datas, mas sim, a constatação das dificuldades desta criança. Apesar de ter procurado atendimento para seu filho, apesar de todos os detalhes de sua descrição da doença, a sensação contratransferencial é de que parece não haver na mente desta mãe um lugar onde as dificuldades deste menino possam ser pensadas e a qualidade psíquica de seus sintomas ser reconhecida. Pensar pode levá-la a entrar em contato com sua confusão e isto é evitado a todo custo. O Psiquiatra é procurado, entrevistas são realizadas, exames complementares são feitos, outros médicos e outros profissionais de saúde mental veem a criança. Seis anos se passaram entre o início dos sintomas e a chegada desta mãe ao Ambulatório do SSMI e ela ainda não consegue dar-se conta das características mentais da doença de seu filho.

O outro caminho que pudemos descrever é longo, tortuoso e igualmente doloroso. É também o mais frequente. Pudemos observar que, nestes casos, o processo mental que vai conduzir uma mãe a procurar ajuda para seu filho, inicia-se vagarosamente e caracteriza-se por movimentos de idas e vindas, movimentos de descobertas e movimentos de esconde-esconde. Surgem na mente das mães questionamentos a respeito de comportamentos e sintomas das crianças, mas perseguidas pela angústia e sofrimento mental geradas pela constatação desta problemática, estas mães se defendem e evitam o quanto podem, a percepção das dificuldades emocionais de seus filhos e delas mesmas. No entanto, surgem momentos de tomada de consciência e de movimentos à procura de ajuda.

Por não conseguirem abrir mão do já sabido e tolerar o não-saber que as conduziria a darem-se conta das dificuldades emocionais de seus filhos, estas mães utilizam-se, de mecanismos de defesa da posição esquizo-paranóide, principalmente a onipotência, a negação e a racionalização. Em algumas situações a recusa em conhecer a realidade nos defronta com um “pseudo-emburrecimento” ou estupidez. Segundo a descrição de BION (1963), um estado mental decorrente da patologia do conhecimento. Nestes momentos, os significados e as emoções são ativamente despojados de vitalidade e sentido, não havendo espaço para o descobrimento e o crescimento (GRINBERG et al, 1991).

*- Para mim era tudo normal. Para mim estava tudo bem. Foi só quando ele foi para a escola é que eu vi a diferença dele. Mas no começo (criança com 4 anos), até as manias e os tiques eu achava normal. Até comecei a observar que nenhuma criança apresentava aquilo. É até engraçado falar isso, eu tinha sido babá, antes de casar, cuidei de muita criança. Sabia o que era normal... (Entrevista II)*

*- No parquinho achava que era coisa de criança. Passou para o primeiro ano e achava que ele brincava muito, mas que ainda não tinha responsabilidade, mas aí foi para o 2o, 3o anos e ainda continuava assim (Entrevista III)*

*- Antes ele gritava muito, não sabia pedir as coisas pelo nome, só apontava. Mas eu pensava que era da idade e que isto tudo ia passar. Achava que tudo era coisa de moleque (Entrevista V)*

Mas chega um momento em que o pensamento onipotente, a “estupidez” e os outros mecanismos de defesa próprios da posição esquizo-paranóide não conseguem mais turvar a dura constatação da realidade. São momentos em que indícios de “depressão” aparecem e abrindo mão da onipotência e onisciência, estas mães começam a pensar sobre o que estaria acontecendo com seus filhos. Os mecanismos de defesa e o conjunto de ansiedades próprios da posição depressiva preponderam e fenomenologicamente podemos observar o surgimento de sentimentos de tristeza e impotência.

*- Foi só com 5 anos, quando foi para o pré-primário e me disseram que ele não acompanhava as outras crianças, é que fui me dar conta de que ele era diferente. Mas só me dei conta do problema, quando peguei a carteirinha de estudante, que as crianças usam para andar de ônibus e lá estava escrito que ele era deficiente mental... Até aí não pensava... (Entrevista II)*

Mesmo percebendo a dificuldade de aprendizagem de seu filho, esta mãe não se dá conta de outras dificuldades da criança, representadas pelos tiques e rituais obsessivos. E como ela já havia afirmado, ela tinha o conhecimento racional do desenvolvimento infantil, afinal tinha sido babá e cuidado de muitas outras crianças, inclusive de seus irmãos menores, sabendo, pois que tais sintomas não são tão comuns na infância, que possam ser desprezados.

*- A partir do 2º no comecei a achar que tinha que ter alguma coisa. Pensei que não era possível uma criança da idade dele não ter interesse em aprender, não ter zelo pelas coisas dele, não ter responsabilidade alguma. Fiquei pensando, será que ele é normal? A gente vê tanta coisa trabalhando em hospital... (Entrevista III)*

### 5.1.1. O Início das Entrevistas

O início das entrevistas com as mães foi marcado por relatos de sentimentos de impotência e de culpa persecutória. Contratransferencialmente, pareceu-nos que tinham medo de serem por nós julgadas, o que possivelmente refletia a intensidade de suas angústia persecutórias e de seus mecanismos internos.

Assustada esta mãe revela sua impotência:

*- Tentei corrigir, mas ele não me dá atenção. Ele continua fazendo isto (cuspiendo na camiseta). (Entrevista II)*

Já esta outra, tenta negar a existência das dificuldades do filho, mas não consegue e possivelmente recorra à fantasia de que talvez possa vir a derrotar esta “entidade” através de uma “onipotência educativa”.

*- Quero ir atrás para ver se é algum distúrbio ou se é normal. Sou rígida com ele, quando precisa bater eu bato, ponho de castigo, falo bastante com ele. Ele é muito irrequieto (Entrevista III)*

Neste outro fragmento de entrevista encontramos uma mãe que já perdeu as esperanças e nos defrontamos com um estado de características melancólicas.

*- Nem sei falar. Faço o que posso, mas não adianta. Não há meio dele aprender. A gente se esforça tanto para não dar nenhum resultado. (Entrevista VII)*

A sensação que ficamos é de que estas mães estão como se desculpando e se defendendo. Não foi por falta de corrigi-los, por descuido, por falta de empenho que eles ficaram assim.

*- Desde pequena ela deu muito trabalho para mim. Demorou para sentar, para engatinhar. Não foi por falta de médico que ela continua assim. Estou nessa até hoje. (Entrevista VIII)*

O início das entrevistas é tenso e difícil. Conhecer o que está se passando com seus filhos implica aceitar o aparecimento de feridas narcísicas e sentimentos de humilhação.

*- Não sei como dizer, a minha filha nunca repetiu de ano. O mais novo é amável e carinhoso. Ele não. Ele chega e já vem puzando e mordendo. (Entrevista V)*

É como se esta mãe nos dissesse, não me julgue por este meu filho, eu também tenho a capacidade de fazer filhos saudáveis, bons e obedientes.

### **5.1.2. Conhecer ou Não-Conhecer, esta é a questão**

Progressivamente, à medida que as entrevistas prosseguem e um clima de continência e respeito vai ficando mais claramente estabelecido, as mães começaram a se sentir mais livres para se expressarem, o que nos permitiu caracterizar alguns estados de mente e os mecanismos de defesa associados a eles.

BION (1963) afirma que os pensamentos estão sempre associados às emoções, devendo, pois existir na mente uma função vinculadora capaz de dar sentido e significado às experiências emocionais. A esta função ele nomeou “Vínculo K”. É graças a esta função, que um indivíduo busca conhecer um objeto e também busca conhecer a verdade acerca de si mesmo. É através da função conhecer que o indivíduo chega a ficar consciente da experiência emocional e com ela aprende.

As entrevistas nos permitiram verificar as dificuldades que estas mães têm para conter a dor mental associada ao ato de conhecer. Se por um lado, movidas pelo desespero e pela curiosidade elas chegam procurando ajuda, por outro, assustadas, pressentem e temem uma catástrofe psicológica, pois como já assinalamos, o ato de conhecer implica uma mudança catastrófica, uma vez que determina a desorganização de um sistema que estava construído antes da mudança. Durante o processo de “conhecer”, a mente permanece em um “estado de trânsito ou translação” (SOR et GAZZANO, 1985). Neste caminhar, a

mente perde a segurança do conhecimento que tem, e se defronta com a insegurança do que não tem.

As mudanças catastróficas acompanham todos os momentos da vida e incluem desde uma mudança de perspectiva de um problema dado, mudanças de um estado mental para outro, mudanças durante o ciclo vital, etc (SOR et GAZZANO, 1985) e nestas mães, devem acompanhar também o dar-se conta das dificuldades das crianças. Em algumas situações podem estar associadas a sensações catastróficas, medo de enlouquecer, sintomas hipocondríacos e de despersonalização, etc.

Observamos este fato, no fragmento de entrevista descrito abaixo, durante o qual, frente a um possível dar-se conta das dificuldades da filha, a mãe faz um sintoma psicossomático.

*- Tem esta coisa de não querer comer. Se vai comer, é ela quem quer pôr, aí põe 3 grãos de arroz, amassa, separa, põe um pano em cima e diz que já comeu. No almoço só toma água e diz que já está bom. Antes, aceitava tomar leite e vitamina de fruta, agora já está tomando menos. O pediatra disse que ela não pode emagrecer mais, pois já teve desnutrição de 3 grau, e já precisou colocar sonda para poder se alimentar. (Sua fala se torna mais difícil e ruidosa e ela me explica que tem tido freqüentes crises de asma brônquica). Pensava que ela ia morrer, porque do jeito que ela ficou...Prá mim é o problema do estômago dela. Ela teve aquela úlcera, pode ser que tenha voltado. Trouxe ela para ver porque ela está assim... Logo que ela começou a não comer e só vomitar (criança com 3 meses) achei que ela ia morrer... quero ver isso logo. (Entrevista VI)*

Observamos esta mãe desenvolver uma crise de asma ao começar a descrever as dificuldades de sua filha, especialmente, quando se defronta com a constatação de que os sintomas da menina (anorexia) podem levá-la à morte. Este conhecimento é insuportável e se dissipa com a somatização, pois logo ela já encontra uma explicação racional (“Prá mim é problema do estômago”).

A busca do conhecimento é dolorosa. Por esta razão, em graus variados e individuais, há uma tendência a evitar o sofrimento que acompanha a pulsão epistemofílica.

Se a procura da verdade ocorrer num meio K (vínculo Conhecimento), a catástrofe é apenas potencial e a mudança tem um sentido positivo de evolução, mas se a mudança ocorre em um meio menos K (-K), a mudança se aproxima de uma catástrofe real e iminente (GRINBERG, 1991). Entre outras funções, o Vínculo -K (não-conhecer) serve para evitar a dor de entrar em contato com verdades intoleráveis (como acontece com a mãe da entrevista relatada acima), ou para não enfrentar o medo do desconhecido.

Quando o ego não quer conhecer, ele constroi estruturas falsas, e a busca de K é substituída pela onisciência, pela onipotência e pela prepotência. O enfoque científico na aproximação da verdade é substituído pelo enfoque moral. O indivíduo tem diminuída sua capacidade para discriminar entre verdade, mentira e falsidades, havendo uma hipertrofia dos mecanismos de defesa associados à negação.

Para algumas destas mães, a tendência à onisciência, à onipotência do pensamento e o uso da negação persiste mesmo depois de procurarem ajuda, atrapalhando o reconhecimento real das dificuldades da criança. Abrir mão da onipotência, abrir mão do conhecimento que possuem, é cair numa realidade insuportável. Não há espaço mental para as dúvidas e incertezas. Estas situações nos sinalizam para a possibilidade de estarmos diante de manifestações de organizações mentais patológicas, nas quais as oscilações normais entre as posições esquizo-paranóide e depressiva estão prejudicadas (CASSORLA, 1993). Muitas vezes, os fatos só podem ser vistos a partir de um único ponto de vista e há uma teimosa recusa em se reconhecer a existência de outras perspectivas.

*- Até os 5 anos ele era uma criança normal... Só foi falar com 2 anos. O resto foi tudo normal. Falar ele custou, mas acho que era muita gente em casa. É que era todo mundo em volta dele. Talvez a gente o tenha paparicado demais. Tudo o que ele queria a gente dava. Não acho que falar com 2 anos tenha sido um problema. Ele não precisava falar. Foi preguiça. Ele sempre foi uma criança quieta. Assistia televisão direto. Nunca gostou de falar. Falava o estritamente necessário, era fechado. Não era de contar*

*coisas. Também não me lembro dele brincando. Às vezes, comprava um carrinho, um caminhãozinho e dava para ele, mas não lembro se ele brincava ou não. Mas acho que é porque ele preferia os desenhos da televisão. (Entrevista I)*

Fragmentos como este, nos levam a suspeitar que algumas destas mães, por períodos mais ou menos variados, utilizam-se do mecanismo que CASSORLA (1993) denominou “fazer vista grossa”, traduzindo o que STEINER chamou “turning a blind eye”.

Tal mecanismo, que é mais complexo que o recalque, a identificação projetiva e as cisões patológicas, possibilita que algo seja simultaneamente conhecido e desconhecido e objetiva evitar o contato com uma realidade terrível. O acesso à realidade existe, mas por conveniência, escolhe-se ignorá-la. Este mecanismo revela, no entender de CASSORLA (1993), “um respeito e um temor à verdade, sendo este temor que leva à coação e ao encobrimento”.

*Em 1989 ele adoeceu. Em março ele foi para a escola pela primeira vez, estava com 5 anos. Logo a professora chamou. Tive uma reunião com a psicóloga e a fono da escola. Disseram que o A. tinha atitudes estranhas. Ele não se sentava na classe. Ficava andando em círculos. Disseram que desconfiavam de autismo. Em casa não falava nada sobre o que acontecia na escola. A única atividade que ele parecia gostar era quando a professora contava histórias ou quando ela colocava música... Achei que devia ser alguma coisa, mas eu sou estranha, parece que nada me choca. O que tem de vir, vem... Tiramos ele da escola, pois achávamos que talvez no próximo ano, mais velho, ele reagiria diferente. Pensávamos... deficiente ele não é. (Entrevista I)*

Para esta mãe, o mecanismo de “fazer vista grossa” evita que ela entre em contato mais profundo com sua própria realidade psíquica e reconheça, de forma mais realista, as dificuldades emocionais de seu filho. Graças a este mecanismo, esta mulher tenta evitar experiências emocionais extremamente dolorosas.

Em um dado momento da entrevista esta mãe fala, sem demonstrar qualquer afeto:

*- Acho que a gente não olhou para ele quando ele precisou... (Entrevista I)*

A despeito de “saber” do que trata, ela abafa seus afetos e passa a impressão de que não ouviu o que disse, dando-nos indícios de que esta organização patológica funciona como uma defesa contra a dor psíquica que seria desencadeada por sentimentos depressivos e pela experiência de culpa. E “...por isso seu abandono não será fácil” (CASSORLA, 1993).

### 5.1.3. O Inquietante Estranho

Em momentos das entrevistas, nos quais a natureza irracional dos sintomas se revela, um sentimento de confusão e perplexidade passa a acompanhar os relatos de certas mães, sucistando nelas uma certa angústia.

*- Ele não pára quieto, mexe com todo mundo. Na escola, faz mil artes. É desobediente, não obedece a mim, nem ao meu atual marido, nem ao pai dele. No começo do ano vai bem na escola, mas no segundo semestre deixa de copiar as lições, não se interessa por aprender. Mas não é problema de inteligência, porque senão teria sempre dificuldades. Já chegou a pegar figurinhas dos colegas e dinheiro da minha bolsa. Isto é uma coisa que não entendo. Se queria, porque não pediu? Fui perguntar para ele e ele disse que não sabe responder. (Entrevista III)*

Ao nos descreverem os sintomas de seus filhos, algumas vezes, constatamos que certas mães começam a vagorosamente perceber seu caráter inexplicável, segundo a lógica do consciente. Surge nas entrevistas um clima que podemos associar à descrição que FREUD (1919) fez de um tipo particular de angústia frente ao que ele denominou como o “estranho” (“unheimlich”). E que ele descreve como um sentimento de inquietante estranheza, que surge quando alguma coisa nova, uma nova experiência, faz com que de

repente um segredo que deveria ser mantido escondido, ou dissimulado dos outros, é subitamente revelado. Ele escreve (1919, p.300):

*“ ... se a teoria psicanalítica está certa ao sustentar que todo afeto pertencente a um impulso emocional, qualquer que seja sua espécie, transforma-se, se reprimido, em ansiedade, então, entre os exemplos de coisas assustadoras, deve haver uma categoria em que o elemento que amedronta pode ser algo reprimido que retorna. Essa categoria de coisas assustadoras constituiria então o estranho... esse estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo da repressão.”*

Nestes momentos, nos quais o que deveria ter permanecido oculto, veio à luz, as mães veêm-se em contato com suas próprias angústias, pois tornam-se vagamente conscientes dessas forças remotas e irracionais que habitam seu próprio eu e de seu filho. O que nos permite acreditar que, ao menos inconscientemente, estas mães têm alguma percepção, compreensão ou intuição de que os sintomas de seus filhos têm outras significações além dos sentidos aparentes e lógicos. E a sensação de perplexidade viria justamente desta constatação, até então reprimida.

*- Agora não gosto de falar as coisas perto dela, porque ela entende mais. Antes podia falar que ela não entendia. Ela é nervosa demais. Agora até que melhorou. Antes, se ficava nervosa ela se beliscava toda, ficava roxa. A cada tempo pega uma mania diferente, aí larga e pega outra. Cada um que fala uma coisa ela pega. Agora está com esta de ficar repetindo as palavras. Se quer almoçar repete 2-3-4 vezes quero almoço, quero almoço...Fica o dia inteiro falando, não sei como ela não se cansa!*  
(Entrevista VIII)

Em alguns relatos, frente ao sentimento de perplexidade, estas mães tornam-se perseguidas e aparecem sentimentos de grande irritação e ódio em relação à sintomatologia da criança. Perseguidas, estas mães projetam seu ódio e passam a sentir o comportamento da criança como um ataque pessoal.

- Trouxe ele aqui por causa desta mania de cuspir. Olha só como ele fica. (Me mostra a camiseta toda molhada). Já dei uma toalha para ele, mas não, é na camiseta mesmo. Está assim há um ano! Fala que cospe, porque tem medo de pegar doença, de desmuciar feito o pai, de pegar AIDS (fala com uma certa perplexidade). Já não comê mais em casa, só leite com Nescau, que ele mesmo faz, ou bolacha, quando o pacote está fechado. Só come coisa em que eu não ponho a mão (neste momento sua irritação é grande e seu rosto revela muita raiva). Não senta na mesa ao lado do pai, com medo de alguma gota de saliva cair nele (Entrevista II)

- Ele é estranho (muito admirada, com uma cara de espanto) . Ele não aceita tomar banho, não aceita escovar os dentes, não aceita pentear o cabelo. Para comer, tenho que dar na boca, se não dou, não come, fica só pulando. Ele não tem parada, nem para assistir televisão. Acorda de noite, abre a geladeira e come tudo o que acha e depois estraga o que sobrou. Precisei colocar cadeado. Só fala que quer ir para a escola, mas quando vai, foge, ou logo o trazem de volta, de tanto que ele apronta. Estraga tudo o que encontra, quebra o brinquedo dele e o dos irmãos. Quase afogou o irmão menor na piscininha. Vive se escondendo, entra no guarda-roupa e fica lá dentro mastigando as roupas. Se dou uma distraída, foge de casa e fica andando pelo bairro. Ele não tem nenhuma idéia de perigo. Coloca prego em tomada, põe fogo em qualquer coisa que encontra. Vem bilhete da escola todo o dia. Que adianta eu fazer a minha parte, se ele não faz a parte dele? (Entrevista V)

Mais raramente, encontramos no nosso trabalho mães que, logo nos primeiros contatos, reconhecem-se incapazes de compreender a sintomatologia de seus filhos, e nos pedem ajuda no sentido de serem auxiliadas a encontrarem alguma compreensão para o que lhes parece incompreensível. Ao nosso ver, estas mães conseguem suportar o não-saber e abrindo mão da onipotência e da arrogância, parecem mais dispostas a olhar mais cuidadosa e pacientemente para o seu mundo mental e para o mundo mental de seus filhos.

*- Ele é nervoso e agitado. Não tem parada. Acaba apanhando, de tanto que apronta. Desde o momento em que acorda, não tem parada. Corre de um lado para o outro. Mesmo quando pára, fica resmungando, sei lá o que. Não sei a razão deste nervoso. A Sra. vê... fora este nervosismo ele me ajuda, pede para eu deixar ele me ajudar nas tarefas de casa. Faz coisas para mim. Mas, às vezes acorda e já diz que está nervoso, aí não adianta que não tem conversa... Mas fora o nervoso tem esta agitação. Ele está sempre agitado. Ele precisa se tratar para poder se acalmar. Isto não é normal*  
(Entrevista IV)

*- Não sei falar direito. Era para ele estar mais adiantado na escola, como a irmã dele que tem 10 anos e já está na 5ª série. Queria que ele estivesse mais adiantado, mas não tem jeito dele aprender. Em casa acho ele muito nervoso. Tem um irmão mais novo de 7 anos. Começam a brincar e de repente já brigam. Diz que vai bater no irmão. Tem hora que grita, que se irrita à toa. Fala que vai bater no irmão e às vezes chega a bater. Eu queria entender isto... (Entrevista VII)*

Nestes dois fragmentos as mães reconhecem suas dificuldades de compreensão dos sintomas. Não há perplexidade, há um pedido de ajuda no sentido da compreensão.

## **5.2. POSSÍVEIS CAUSAS PARA AS DIFICULDADES EMOCIONAIS DAS CRIANÇAS**

Assim como foi difícil para estas mães compreenderem emocionalmente seus bebês durante seus primeiros anos de vida (conforme relatado no capítulo anterior), grandes também são as dificuldades que estas mães têm para lidar, compreender e dar um significado emocional para os sintomas e as dificuldades de seus filhos doentes.

Ao serem questionadas sobre as causas das dificuldades emocionais de seus filhos, novamente nos defrontamos com as dificuldades destas mães, e de todos os seres humanos, em se acercarem das questões mentais. Grandes são seus temores frente a este mundo desconhecido e misterioso.

*- Não sei o que ela tem. Eu fico brava, digo que ela tem que comer. A gente quer que ela coma, mas ela não come. Agrado, mas também não come. Não sei... O médico diz que o problema dela é muito delicado. Diz que tem que ter paciência. Fico sem saber o que é. A gente não entende deste negócio de anorexia nervosa. Fico sem saber o que fazer. (Entrevista VI)*

*- Não sei como veio isto aí na menina. Ela é assim nervosa, faz birra. É atrás de mim direto, o dia inteiro. A senhora precisa ver. (Entrevista VIII)*

É angustiante lidar com a não compreensão e tolerar a dúvida, por isso muitas são as concepções às quais estas mães se apegam, na tentativa de controlarem suas angústias. Isto fica claro no fragmento de entrevista abaixo, quando a mãe, rapidamente, dá um significado ao que ela descreve como “acordar bravo”.

*- Floje (criança com 11 anos) de não conversa mais, mas sabe falar. Faz cocô na calça 5-6 vezes por dia e parece nem perceber. Fala agora algumas palavras quando quer pedir alguma coisa. Antes não pedia, só chorava e eu tinha que adivinhar. Não se dá conta do perigo, aceita ir com qualquer um. Só agora é que quando se machuca vem falando aí. Já chegou a quebrar o braço e não chorar e nem se queixar. Acho que ele tem melhorado. Só que às vezes acorda bravo, vai para cima do pai, parece que quer bater. Acho que é fome, pois eu dou o café da manhã e ele melhora. (Entrevista I)*

Curioso como esta mãe intui que o problema de seu filho tem a ver com a alimentação. Mas, não com a alimentação concreta e sim com a alimentação emocional.

Quando as angústias frente à não compreensão são muito intensas, imperam fantasias evacuativas como modo de dissipar e anular a dor psíquica. Os mecanismos esquizo-paranóides predominam e a fala não abre espaço para dúvidas ou questionamentos. Estamos frente a frente com a onisciência e a onipotência como uma tentativa de se livrar de um sofrimento intenso. A fala é incisiva e a sensação contra-transferencial é de que não há espaço para questionamentos, pelo menos neste momento.

- Acho que ele é assim por causa do parto. Passou dois dias da hora dele nascer. O médico disse que o coração dele estava nas últimas e que ia fazer o possível. Já tinha fezes e urina no líquido. É por isso que ele é assim. (Entrevista V)

- Foi só o psiquiatra medicar que ele já ficou nervoso. Acho que foram os remédios (fala de maneira incisiva). Tomava 2 Tegretol, 2 Anafranil e 1 Tryptanol, tudo à noite. Dentro de 70 dias ele ficou agressivo. Acredito que foram os remédios. Antes ele era bonzinho, compreensivo, não saía de casa. Quando começou a tomar o Anafranil, ficou nervoso. (Entrevista II)

Mas constatamos, também, que segundo as oscilações das posições esquizo-paranóide e depressiva, em alguns momentos, aparece espaço para um “não sei”. As reticências no discurso e as dúvidas relelam. De início tímidas, quase que escondidas atrás de mecanismos onipotentes.

- Não sei porque ela ficou assim... Ela sempre foi nervosa e foi crescendo deste jeito. Acho que é o espírito dela (Entrevista VIII)

Esta oscilação aparece de forma bastante clara nas seguintes sequências:

- Até os 5 anos ele era uma criança normal. Era quieto e só assistia televisão. Ai tivemos uma mudança de vida muito grande. Meu marido perdeu o emprego quando A. tinha 3 anos. Com o dinheiro abrimos uma loja de congelados. Eu e meu marido brigávamos muito, pois ele não aceitava ter perdido o emprego e o A. participava de tudo. Com 5 anos entrou para a escola e logo depois, num domingo, durante uma briga meu marido me deu um tapa no rosto. André viu, foi para a sala, se encolheu todo no chão e ficou assim até eu ir lá acalmá-lo e dizer que estava tudo bem e que já ia servir o almoço. Na hora do almoço, A. se queixou de dor de dente e no dia seguinte levei-o ao dentista. Ele não queria abrir a boca, ficava gritando. Eles o pegaram, seguraram e trataram o dente dele à força. Na quinta-feira ele foi brincar na calçada com a irmã, tropeçou e caiu. Entrou em casa fora de si. Dizia que tinha monstro no braço. Sai com ele para acalmar. Acalmava um pouco, mas de repente esticava o braço e começava a gritar. (Entrevista I)

Como que num relance, esta mãe parece perceber que esta seqüência, aparentemente tão lógica e clara, não é suficiente para explicar as dificuldades de seu filho e completa:

*-Não consigo lembrar de nada do que aconteceu depois na 2ª, 3ª e 4ª feiras. Já tentei lembrar, mas não lembro (ansiosa, folheia sua agendinha, como que procurando encontrar algo que lhe escapou até aquele momento). (Entrevista I)*

Esta mãe percebe que algo lhe escapa, que o seu conhecimento não consegue dar conta de explicar tudo o que se passou com seu filho. Não é da 2ª, 3ª e 4ª feiras após o incidente de domingo que esta mãe nos fala. É de toda a história de vida anterior ao aparecimento da sintomatologia exuberante de seu filho. E, podemos conjecturar que esta é uma das razões que a mobiliza a procurar ajuda e a faz estar ali conosco.

Nos momentos nos quais a dúvida aparece, há espaço para o pensar, há espaço para o novo. No discurso das mães aparecem perguntas e nós nos transformamos realmente em interlocutores.

*- Ele é muito nervoso, agitado. Não tem parada. Acaba apanhando, porque apronta muito. Desde o momento em que acorda, ele não pára. Mesmo quando parado, fica resmungando, sei lá o quê. Teve refluxo e gastrite nervosa quando nasceu. Até hoje tem problema de estômago. Nasceu assim com gastrite. Não sei se foi isto que deixou ele nervoso. O que a senhora acha? (Entrevista IV)*

*- Acho que pode ser um desvio mental. Fico pensando... o meu esposo tem um irmão com 35 anos que tem problema mental. Mas ele, quando jovem, mexeu com drogas e ficou passado. Será que tem a ver com isto? (Entrevista V)*

Nos momentos das entrevistas, em que os sentimentos persecutórios diminuem, começam a aparecer sentimentos de tristeza. Mas, ainda envolvidas pela ansiedade depressiva, estas mães lançam mão de uma série de defesas, todas elas relacionadas à qualidade psicótica da ansiedade. Sentem-se responsáveis, ainda que pela sua impotência e pelas suas limitações. A culpa é ainda experimentada como uma perseguição, o que

provoca um retorno a uma relação paranóide com o objeto. Para se libertarem estas mães saem projetando a responsabilidade pelas dificuldades de seus filhos em quem encontram pela frente. Lançando mão de uma série de bodes expiatórios

*-O pai acha que na família dele tem coisa parecida. Que é todo mundo igual a ele. Sabe, eu acho que é isto. São todos nervosos. Todos têm problemas. Ele diz que o avô, a avó e a tia têm problemas. ( Neste momento a criança interrompe a mãe e diz que o tio, irmão dela, também tem problemas. Mas ela contra-argumenta irritada: " não B., seu tio não é nervoso, ele só bebe. É diferente, seu problema vem do lado do seu pai").*  
(Entrevista II )

Ao atribuir as dificuldades de seu filho à herança paterna, esta mãe despreza qualquer participação sua e das vivências pessoais da criança como co-responsáveis pela patologia desta criança, livrando-se confortavelmente de um incômodo sentimento de culpa.

A responsabilidade é projetada de maneira indiscriminada no cônjuges, nos irmãos da criança, na escola.

*- Desde que ele começou a frequentar o pré-primário ficou assim... É rebelde, machuca os colegas, morde coisas, joga coisas em cima do telhado. Ele estava com 4 anos e meio... Na escola ele pintava, desenhava. Chegava em casa e contava o que tinha feito. Mas aí o expulsaram. Começou a me perguntar porque foi expulso, porque a professora gritava com ele. Aí piorou de comportamento. Ficou agressivo, machucava as crianças, brigava com os irmãos, mordida o gato e o cachorro. Coisas que antes ele não fazia... Parei de trabalhar para cuidar dele, e quando completou 7 anos, matriculei-o no 1º ano. Aí piorou de vez. Agora come os cadernos, bate nas crianças, foge da escola... Ele ficou assim por causa da escola. Tudo o que acontece lá eles colocam a culpa nele.*  
(Entrevista V)

Mais uma vez se percebe como é mais fácil lidar com a concretude, já que o contato com a vida emocional mais difícil.

- *Converso com eles. Falo vocês têm tudo. Têm pai, mãe, roupinha, material escolar, uma boa merenda, em casa não falta nada. Não pagamos aluguel, temos um carrinho, não é como no meu tempo que nem água tinha. A gente se esforça e não vê resultado. Meu marido traz a gente aqui, deixa de trabalhar...e nada dele resolver melhorar.*  
(Entrevista VII)

Mas aparecem também esboços de culpa reparatória, com a diminuição dos mecanismos de projeção.

- *Falo que devemos tratar mais o meu marido do que o André. Meu marido não se entrosa. Ele deve ter algum problema que carrega desde a infância... Acho que ele é doente e precisa de tratamento... Acho que não tem muita coisa a fazer pelo A. Acho que eu e o meu marido, mais ele é que precisamos de ajuda.* (Entrevista I)

- *No começo pensava que era porque eu não vivia com o pai dele. Criei ele sozinha, até ele ter 6 anos. No começo ele me cobrava muito, dizia que eu tinha que arranjar um pai para ele. Mas eu explicava, foi ele que foi embora, ele que não me quis mais.*  
(Entrevista III)

E mesmo no emaranhado de projeções aparecem esboços de auto-percepção dos conteúdos mentais da criança e da família.

- *Meu menino se envolveu com droga e a Fátima fica nervosa e preocupada com ele. Ela não dorme enquanto não entra todo mundo. Eu entro, coloco-a para dormir e se meu menino não chegou, quando são 2 horas da manhã saio atrás dele. Ela diz que não gosta de sexta-feira, pois é o dia em que ele sai e só volta de manhã. O Dr. T. falou que era para eu deixá-la por uns tempos na casa da avó, assim ela não presenciava meu filho chegar bebado e drogado. Mas se levo na avó, quando chega meia-noite começa a gritar e chorar com dor de estômago e eles a trazem de volta. Eu acho que precisaria resolver este problema do menino é isto que deixa ela assim... Será que não tinha um jeito de interná-lo?* (Entrevista VI)

Em meio às idas e vindas provocadas pela oscilação entre as posições esquizo-paranóide e depressiva, um novo avanço no sentido da posição depressiva pode ocorrer e os sentimentos associados a uma forma persecutória de culpa, podem começar a dar lugar a uma culpa que permite a reparação (HINSHELWOOD, 1992). Diminuem as cisões e as identificações projetivas.

*- Depois que tentei o suicídio (fala com tristeza, D. ficou distante, só queria o pai, dizia que não gostava mais de mim. Falava que se eu e o pai dele nos separarmos, ele vai querer morar com o pai ( Entrevista IV)*

E como afirma M.KLEIN(1937, p.93):

*"Fais sentimentos de culpa e sofrimento entram agora como elemento novo na emoção do amor. Tornam-se parte inerente do amor, influenciando-o profundamente quer em qualidade como em quantidade".*

*- Às vezes eu penso que ele é assim porque eu sou muito nervosa, ou porque eu trabalho muito. Trabalho, e sempre trabalhei o dia inteiro. Não sei se é esta a causa do distúrbio dele. Não sei se pela criação muito agitada... Ele não convive quase com o pai. Quando fiquei sozinha, às vezes chegava do trabalho à noite, pegava ele já dormindo. Sempre me preocupei em deixar ele com gente que dava carinho ( diz como se estivesse se desculpendo). Na escola sempre me perguntam se eu brincava com ele, se passeava. Para a gente que trabalha fora não dá para fazer tudo, eu confesso. Converso com ele, que eu tenho que trabalhar fora, senão a gente não come, não se veste. Eu nunca menti para ele. Ele podia ficar chorando, mas eu dizia que estava indo trabalhar. Podia sair escondida, ou dizer que logo voltava, mas não. ( Entrevista III )*

Mais próximas da posição depressiva, surgiram situações nas quais algumas mães puderam demonstrar algum grau de identificação com o problema da criança. No exemplo seguinte, após a mãe identificar-se projetivamente com a criança, sente-se responsável por ela, e caminha no sentido de se preocupar e cuidar de seu filho.

- *Eu era muito nervosa e agitada quando criança (exatamente como a mãe descreve o filho). Os antigos falavam que eu era brava. Acho que este nervoso dele agora, pode levar a consequências depois (mãe tem história de tentativa de suicídio recente). Por isso é que trouxe ele aqui. Quero muito que a senhora veja o que é isto que ele tem.*  
(Entrevista IV )

Como afirma M.KLEIN (1937,p.94):

*“Paralelamente aos impulsos destrutivos presentes na mente inconsciente tanto da criança como do adulto, existe um anseio profundo de sacrificar-se, no intuito de auxiliar e de reparar pessoas queridas que em fantasia foram danificadas ou destruídas. Nas profundezas da mente, o anseio intenso de fazer felizes as pessoas está associado a um intenso sentimento de responsabilidade e preocupação por elas, que se manifesta através de simpatia genuína para com outras pessoas e da habilidade em compreendê-las, tais como elas são e tais como elas sentem”.*

A identificação, base da empatia, refere-se a um relacionamento com um objeto com base em semelhanças percebidas pelo ego. É um fenômeno complexo, pois *“o reconhecimento de uma semelhança com algum outro objeto externo que é reconhecido como possuindo sua própria existência separada constitui uma realização sofisticada.”*(HINSHELWOOD,1992)

Como vimos, M.Klein quando se refere à capacidade de amar, associa-a à capacidade de identificação com o objeto. Ela escreve em 1937(p. 95)

*“Só seremos capazes de desconsiderar ou até certo ponto sacrificar nossos próprios sentimentos e desejos, e, portanto, e com isso de temporariamente colocar em primeiro plano os interesses e emoções da outra pessoa, se tivermos a capacidade de nos identificarmos com a pessoa amada”.*

É sobre sua a capacidade de identificação e portanto de seu amor, que nos fala esta mãe.

( Entrevista III) - *Ele tem esse instinto de inquietude. Eu era assim... Eu sou agitada. Eu entendo disso...*

### 5.3. APROXIMANDO-SE DO MUNDO MENTAL DE SEUS FILHOS

Algumas mães, em alguns momentos, mais identificadas com as dificuldades de seus filhos conseguem aproximar-se mais da percepção dos aspectos mentais dos sintomas da criança. Elas se aproximam do mundo mental delas mesmas e intuem a existência de uma outra dimensão que apela para a compreensão e sentido na sintomatologia da criança. À medida que passam a enxergar um pouco melhor, surgem pensamentos mais criativos.

*- Ela não é como os outros filhos que eu criei. Acho que é porque tem uma diferença muito grande entre ela e os outros. Tem nove anos de diferença entre ela e o irmão. Não é demais, é? Ela quer atenção só para ela. Depois que minha filha mais velha teve os dois filhos ela piorou muito. Criei 4 filhos ( Helena é a 5a). Ela é diferente em tudo. Não sei se sou só eu que acho... Não sei se é porque só tem ela pequena em casa... Antes eram 4 pequenos... (Entrevista VIII)*

A fala desta mãe indica que pelo menos, esta senhora já suspeita que não teve um espaço mental para esta menina. Para os outros ela teve, mas para Helena não.

*- Quando minha filha do meio casou, ela nem ligou, mas quando a mais velha (irmã que cuidou dela quando bebê, enquanto a mãe, muito deprimida, se recuperava de complicações da cesariana e laqueadura) casou, aí é que complicou. Não quer saber de dormir no quarto dela. Diz que tem medo. Antes tinha as irmãs. Nestes anos, desde que a T. casou, tem sido duro. A Helena ficou nervosa. Dizia que queria ir morar com a irmã. Brigava comigo, arrumava a mala e ia, mas começava a anoitecer já vinha voltando ( Entrevista VIII)*

Ao associar mais livremente, esta mãe começa a traçar conexões entre acontecimentos, ela começa a pensar e a exercitar sua capacidade de reflexão. Não há mais

a rigidez do pensamento unicausal. Ela já não mais afirma, “eu sei porque ela é assim e ponto”. Não há mais a projeção de sentimentos de culpa. Esta mãe começa a brincar (WINNICOTT, 1971). E percebe a importância emocional que sua filha mais velha teve para Helena, estando a um passo de se dar conta de que sua filha reviveu, com o casamento da irmã, uma separação anterior e mais importante, a separação inicial mãe-bebê. E com certeza, ela poderá com o tempo chegar lá.

Quando começam a ter um maior acesso a seus mundos internos, podemos imaginar que agora torna-se mais possível tentarem realizar reparações. Vejamos alguns exemplos:

*- Acho que o A. tem um problema psicológico. Fisicamente não encontraram nada, apesar de todos estes exames que já fez. Alguma coisa deve ter ficado no subconsciente. Tem alguma coisa que ficou engavetada, alguma coisa que deixou ele fechado para o mundo. Eu sempre achei isto. Queria os exames só para descartar... Quando desisti de tudo é que vi que o problema dele é mental, isto é, emocional, porque o tempo que ele ficou em casa, sem tratamento, ele só piorou. (Entrevista I)*

Esta mãe esboça um movimento depressivo quando diz:

*- O André é um doente criado em casa. Procuo trabalhar com isto. A gente não deu a cobertura necessária na época da virada toda. Estávamos tão ocupados, que não pudemos olhar para ele. Mas também procuro não encucar. Não leio nada. Procuo não pensar...senão... (Entrevista I)*

Senão... sentimentos de responsabilidade e depressão, que já existem, podem se tornar intoleráveis..

Algumas chegam a aproximarem-se mais da depressão e de uma verdadeira reparação:

*- Ele tinha crises de bronquite e precisou ficar internado várias vezes. No hospital pegou infecção hospitalar e catapora. Não peguei a fase dele engatinhar, dele falar papai-*

*mamãe. Eu vejo a diferença dele com os outros. Ele não teve abraço, não teve aquela coisa de ensinar a andar. Ele ficou doente no hospital e não teve aquele cuidado que os outros tiveram. Por isso ele não aceita os colegas, por isso ele não brinca (neste momento mãe se deprime e chora).* (Entrevista V)

A oscilação PS <-> D<sup>16</sup> continua a se manifestar. Após chorar e se deprimir, esta mãe recomeça a falar das dificuldades do filho, do parto difícil, de ter achado que ele tinha morrido no parto, de acreditar que ele tinha sido trocado, pois era um bebê feio e cheio de bolhas. Neste momento esta mãe se recorda o que chamamos de mecanismos da posição esquizo-paranóide, e finalmente ela conclui, como que negando a percepção que teve:

*- Ele deve ter um retardo, porque ele é muito diferente dos outros dois. Os outros são tudo quietinho, ele não, ele é tudo pulando.* (Entrevista V).

A entrevistadora pergunta:

- E o que será isto?

Mas nova oscilação ocorre e ela completa, movida por sentimentos depressivos:

*- Acho que o problema dele é de não ter convivido no começo, na fase de crescimento dele. Não conviveu conosco direito. Precisava de uma atenção especial. Ficou revoltado. Ele é revoltado devido eu ter deixado ele muito tempo no hospital. Ele fala muito que eu bato e brigo com ele, mas eu não faço isto. Eu não sou de bater. Eu sou de deixar de castigo, de falar para não fazer.* (Entrevista V)

- Revoltado? (pontua a entrevistadora)

E a perseguição face à depressão reaparece, mas a onipotência do pensamento já é menor. Há, agora, espaço para um talvez...

---

<sup>16</sup> Segundo BION (1963) o pensar criativo envolve o desmatelamento de opiniões e teorias anteriores. Ao mudarmos a nossa maneira de pensar, o continente tem de ser dissolvido antes de ser reformulado. Este é um movimento em direção à posição esquizo-paranóide (PS). A reformulação de um novo conjunto de teorias é um movimento sintetizador em direção à posição depressiva (D). O pensamento criativo caracteriza-se pois, por um movimento para lá e para cá entre as posições esquizo-paranóide e depressiva. Bion representou este processo pelo símbolo PS <-> D

- *Eu sei que meu filho tem algum probleminha. Mas é difícil saber se é só revolta ou é alguma deficiência. Às vezes fico pensando, será que uma tomografia resolvia o problema? Talvez este problema das bolhas tenha afetado ele. (Entrevista V)*

Outro exemplo de oscilação PS <-> D ocorre durante a entrevista III. A mãe começa dizendo:

- *Fico com medo, porque agora ele ainda é criança. Fico com medo de por algum descuido meu na infância ele vir a ter alguma coisa mais séria na adolescência. A gente vê tanta coisa... Não é possível a gente trabalhar num hospital e não cuidar do próprio filho... Exijo muito dele. Sei que sempre exigi demais dele. Queria que ele crescesse muito rápido, deixava ele sozinho em casa desde os 5 anos. Já me disseram que é carência o que ele sente, mas eu já disse que não posso ficar o tempo com ele. Ele aproveita o carinho e a confiança e já parte para a rebeldia. Eu não posso jogar uma partida de um jogo com ele, ele quer sempre mais. Quanto mais eu brinco, mais ele quer. (Entrevista III)*

Neste momento parece ficar irritada, sentindo-se acusada. Sem demora e sem deixar espaço para a fala da entrevistadora, ela afirma:

- *A psicóloga que examinou ele na neurologia disse que o problema dele não tinha nada a ver comigo, que era coisa dele. Disse que se tinha coisa que eu passava, era pouca (Entrevista III)*

Mais um exemplo ocorreu durante a Entrevista IV:

- *A gente também teve muito problema em casa. Meu marido e eu brigamos muito. Eu já falo faz tempo que quero me separar. A gente acha que pode ser isto também. Ele pode ser assim nervoso e agitado por presenciar as nossas discussões. As crianças ficam no meio, vendo e ouvindo tudo. É mais discussão de boca, a gente não se agride, a gente só briga, fala alto. D. é nervoso em qualquer lugar. Se está nervoso e achar que tem que agredir uma pessoa, ele agride. (Entrevista IV)*

Quando esta mãe diz “e as crianças no meio, vendo e ouvindo tudo” ela demonstra ter alguma percepção de que as discussões entre ela e seu marido trazem consequências para o mundo mental das crianças. Neste momento esboça-se um momento de depressão, aparecem lágrimas nos olhos, mas logo a seguir ela acrescenta:

*-Mas não é só isto não. D. é um menino que não engorda. Ele não come quase nada. Ele só gosta de mamadeira. Ele não se desenvolve no físico. Perto das crianças da classe dele, ele é dos menores meninos. (Entrevista IV)*

Certamente não são as discussões do casal as únicas responsáveis pela dificuldade deste menino, mas ao fazer esta associação, a mãe sente-se acusada e neste momento, volta-se para o bebê doente, para a situação oral e para a fantasia de que o problema do filho tem a ver com a gastrite e a regurgitação; assim ela escapa da depressão e da culpa. Certamente esta mãe voltará em outros momentos, se uma escuta continente for lhe proporcionada, a novamente se aproximar do mundo interno dela mesma e de seu filho.

#### 5.4. AS FANTASIAS DE TRATAMENTO

Muitas foram as dificuldades que estas mães tiveram para compreender as características específicas de um atendimento psicológico.

*-Eu não entendo como é este tratamento aqui. (Entrevista )*

Ao perceberem que o atendimento realizado não é um atendimento médico, segundo o modelo tradicional, as mães lançam mão de outros modelos conhecidos, recorrendo, frequentemente, ao modelo psicopedagógico e ao modelo de aconselhamento.

*-É muito difícil entender como vai ser o tratamento dele. Se fosse uma coisa de tomar remédio aí a gente entendia, mas eu já vi que remédio para ele, só piora. Acho que a senhora vai falar com ele, aconselhar. (Entrevista II)*

*- Acho que a senhora vai falar com ela, falar que ela tem de comer, que ficar assim sem comer não dá...quem sabe ela ouve (Entrevista VI)*

*- Acho que a senhora vai ver porque ele não consegue aprender e aí ensinar...dar um reforço nas matérias da escola(Entrevista VII)*

Algumas mães, encaram o atendimento como a procura de uma fórmula mágica, que o profissional de saúde detém e que ao ser ensinada para elas desencadeará as mudanças tão esperada em seus filhos.

*-Um outro médico me disse que ela precisa de amor, que precisa de muito amor. Eu tento dar todo amor que eu posso... Não sei, acho que a senhora vai me falar o que eu devo fazer. (Entrevista VIII)*

Outras aproximam-se da idéia de um atendimento de pais, mas no caso específico desta mãe revela-se sua pouca disponibilidade para este atendimento.

*-Uma vez, uma psicóloga disse que eu precisava demonstrar o quanto eu gosto dele, então, sempre que posso, pego ele no colo e digo "você é lindo, você é meu lindinho", só que eu sei que isto não é suficiente. Como eu já disse não sei se um dia a gente vai conseguir chegar no André. Acho que a gente é que precisa de ajuda, quer dizer mais o meu marido. Será que a senhora vai poder atendê-lo?(Entrevista I)*

Mas algumas podem chegar a perceber com mais clareza o meio através do qual uma criança pode ser auxiliada.

*- Eu acho que ele precisa se tratar para poder se acalmar. Quando a gente conversa com o D. ele atende (Entrevista IV)*

Esta mãe intui que o acesso ao mundo mental passa pela fala.

Resumindo:

1- Podemos perceber que os caminhos vivenciais que conduzem uma mãe a dar-se conta de que necessita procurar uma ajuda psiquiátrica e/ou psicológica para um filho é longo, tortuoso, sofrido e complexo. Mesmo diante de uma sintomatologia aguda e severa este dar-se conta nem sempre é completo, existindo aspectos da problemática da criança que continuam a ser negados e racionalizados, mesmo após um atendimento especializado.

2- Antes de procurarem ajuda, as mães utilizam-se dos mecanismos de onipotência, negação, racionalização e “pseudo-emburrecimento” para fazerem face à sintomatologia da criança, como acontece com a grande maioria das pessoas. Grande é a dificuldade que estas mães tem para conter a dor mental associada ao ato de conhecer e perceber as dificuldades emocionais de seus filhos. Constatamos que existem mães que utilizam-se do mecanismo de “fazer vista grossa” (CASSORLA, 1993) para evitar entrar em contato com a realidade do sofrimento emocional de seus filhos. A existência de tais mecanismos mentais pode levar-nos a pensar na possibilidade de estarmos diante de organizações mentais patológicas. Estes mecanismos são compreensíveis e protegem as mães de uma desestruturação. Felizmente estas mães tiveram recursos de vida suficientemente fortes para procurarem ajuda para seus filhos.

3- Ao descreverem a natureza irracional dos sintomas de seus filhos, algumas mães foram tomadas por um sentimento de confusão e perplexidade, que podemos relacionar com um sentimento angustiante que FREUD (1919) denominou “o inquietante estranho” e que ele associa com o levantamento de uma repressão. A nosso ver, estes sentimentos surgem, quando algumas mães começam a intuir que os sintomas têm outras significações, além dos sentidos aparentes e lógicos. Esta constatação as defronta com seu próprio funcionamento inconsciente, suscitando muita angústia.

Algumas destas mães, sentem-se perseguidas em face de tais sentimentos, voltando a se utilizar dos mecanismos de defesa da posição esquizo-paranóide.

4- Como seria de se esperar, em relação às possíveis causas para os distúrbios emocionais das crianças, verificamos que a aproximação das questões mentais é difícil e ansiogênica. Quando sob o domínio das ansiedades e dos mecanismos de defesa da posição esquizo-paranóide, as mães entrevistadas utilizaram-se da onipotência e da onisciência do pensar, negaram ou se “emburreceram”, evitando entrar em contato com o caráter mental dos sintomas.

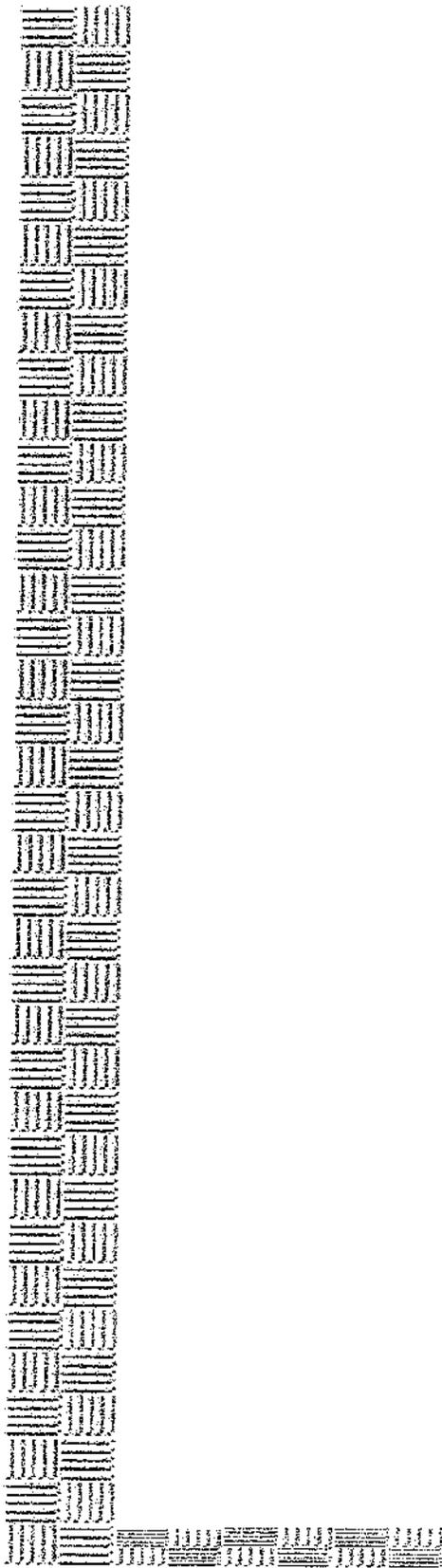
Quando um pouco mais próximas da posição depressiva, começaram a demonstrar culpa, mas esta por ter ainda características persecutórias foi projetada no mundo exterior e uma série de bodes expiatórios surgiu como responsáveis pelos distúrbios das crianças.

5- Menos perseguidas, e isto ocorreu ao encontrarem um interlocutor continente, puderam se deprimir e se aproximar do mundo mental de seus filhos. Nestes momentos, algumas mães puderam demonstrar algum grau de identificação com os problemas das crianças, sendo esta aquisição associada à capacidade de se empatizar, amar e se responsabilizar pelo danos reais ou imaginados causados ao objeto, assim como pelo desejo de realizar reparações verdadeiras.

6- Todos estes fenômenos psíquicos não seguem uma seqüência linear. Na verdade, eles se sucedem, num constante vai e vêm de acordo com as oscilações para lá e para cá das posições esquizo-paranóide e depressiva, descritas por M.KLEIN.

7- Quanto às fantasias acerca do tratamento realizado, verificamos que, como seria de se esperar, grandes são as dificuldades que estas mães têm para compreender as características de um atendimento psicoterapêutico. Para lidarem com o seu desconhecimento, utilizam-se de modelos que elas já conhecem e de alguma forma, dominam, e comparam o atendimento no Ambulatório do SSMI com um atendimento médico, psicopedagógico ou de aconselhamento. É certo que tais modalidades de atendimento fazem parte do trabalho em saúde mental, mas devemos considerar também, que as dificuldades que estas mães têm para se darem conta do caráter especificamente mental do atendimento se deva às suas próprias dificuldades em se aproximar do caráter

mental das dificuldades de seus filhos. Observamos que estas dificuldades são superadas, às vezes surpreendentemente, através do contato com um interlocutor aberto. Sendo este um dos objetivos do contato psicanalítico com pais.



## **CAPÍTULO 6**

### ***CONCLUSÕES***

*O que chamamos princípio é quase sempre o fim  
E alcançar um fim é alcançar um princípio.  
Fim é o lugar de onde partimos”.*

*( T.S.Eliot, 1981, p.233)*

## 6.1. SOBRE AS MÃES

Pudemos constatar que ser capaz de perceber o sofrimento emocional de um filho não é tarefa fácil. Esta percepção mexe com aspectos narcísicos, com culpa e com responsabilidade.

Este é um processo longo, que talvez nunca se dê, completamente, por concluído. Na verdade, é algo que se constrói. Talvez devêssemos esperar que para as mães que conseguiram chegar até um Hospital Quaternário, como o nosso, a percepção das dificuldades de seus filhos estivesse mais clara e fosse dada até como certa; afinal, a problemática destas crianças se arrasta por anos, estas mães há muito tempo decidiram-se por procurar uma ajuda especializada e trazem consigo uma longa trajetória dentro do sistema de saúde, tendo sido atendidas por uma série de profissionais. Porém, o que pudemos constatar, é que a percepção que estas mães têm das dificuldades de seus filhos, como algo da ordem do psíquico, é confusa e distante. Para algumas é, às vezes, uma percepção apenas fugidia e para outras, ainda nem existe. Mas que acreditamos, pode ser construída.

Associamos estas variações de acordo com as posições esquizo-paranóide e depressiva de M. Klein. Desta forma, quanto mais próximas da posição esquizo-paranóide, mais estas mães utilizaram-se da racionalização, da negação, do “pseudo-emburrecimento”, da onipotência e da onisciência, como mecanismos de defesa para evitarem entrar em contato com a dor mental desencadeada pela percepção das dificuldades emocionais de seus filhos. Em situações mais patológicas, observamos a utilização do mecanismo de “fazer vista grossa” CASSORLA (1993). Através do uso deste mecanismo, que é a somatória de várias defesas, o indivíduo escolhe, de uma forma vagamente consciente, não olhar para determinados fatos, mas sem se dar conta do que se está encobrendo com isso.

Por outro lado, quanto mais próximas da posição depressiva, mais capacidade demonstraram estas mães de se identificarem com seus filhos e se darem conta de suas dificuldades. Mas para que isto pudesse ocorrer, estas mães tiveram que ser capazes de

aceitar em si mesmas a existência de sentimentos ambivalentes em relação a seus filhos e suportar a culpa e a depressão pelos danos reais e/ou imaginados provocados no objeto.

A procura de um atendimento para seus filhos, dentro desta perspectiva, pode ser entendida como uma tentativa destas mães repararem<sup>17</sup> os danos (reais ou imaginados) causados aos filhos. Pois como afirma Klein (1957, p. 59):

*“ (Na posição depressiva), o ego mais integrado e fortalecido tem maior capacidade de suportar o sofrimento de culpa e de desenvolver defesas correspondentes, principalmente a tendência a efetuar reparação”.*

Mas, quando estes sentimentos de responsabilidade foram experimentados por um ego incapaz de suportá-lo, ele foi sentido como uma perseguição e o objeto que despertou a culpa transformou-se num perseguidor.

Muitas mães, incapazes de suportar o sofrimento de culpa pelas dificuldades de seus filhos, passaram a projetá-lo em objetos do mundo exterior (escola, cônjuge, na própria criança, etc).

Constatamos também, que os graus desta percepção não são fixos ou rígidos. As características, a clareza e a intensidade desta percepção sofreu variações em uma mesma mãe, de acordo com as oscilações para lá e para cá das posições esquizo-paranóide e depressiva, observadas durante o desenrolar das entrevistas. Neste sentido, as entrevistas e a postura não diretiva da entrevistadora, mostraram-se especialmente úteis, contribuindo para que algumas das mães pudessem se aproximar mais do mundo mental de seus filhos e delas mesmas.

O dar-se conta das dificuldades emocionais implica numa mudança catastrófica, requerendo um abandono de pré-concepções e daquilo que é dado como certo e já-sabido. Implica aceitar o vazio do não saber. Algumas das mães ao se aproximarem

---

<sup>17</sup> Segundo MELTZER(1990, p.72), *“a verdadeira reparação é algo que acontece quando a condição mental, a atmosfera mental, é propiciatória para os objetos repararem uns aos outros”.* Dai a necessidade de tentarmos diferenciar a reparação verdadeira de uma reparação maníaca. Esta última baseia-se, fundamentalmente, na onipotência.

deste momento, desenvolveram angústias muito intensas, das quais se defenderam utilizando-se da onipotência e da onisciência do pensar.

Devido a suas dificuldades humanas em se acercarem do mundo mental, as fantasias que as mães entrevistadas têm sobre as causas das desordens emocionais das crianças aproximam-se da concretude e do pensamento unicausal. Mas, a medida em que, durante o desenrolar das entrevistas, algumas mães conseguiram passar a associar mais livremente e se permitiram “brincar” com suas idéias e pensamentos, mais puderam se aproximar do mundo interno de seus filhos.

Quanto às fantasias acerca do tratamento realizado as mães entrevistadas lançaram mão de modelos de intervenção já conhecidos, como o modelo psicopedagógico, o modelo médico e o modelo de aconselhamento, sendo grandes as dificuldades que estas mães tiveram para compreender as características de um atendimento psicoterapêutico.

A partir destas constatações algumas reflexões podem ser feitas:

### **1- A questão das devolutivas de diagnóstico.**

Muito cuidado deve ser tomado com o que costumamos chamar entrevistas devolutivas, pois pelo que pudemos demonstrar, muitas das mães não têm condições mentais para conter e processar em suas mentes toda a carga de informações contidas numa tradicional devolutiva diagnóstica. Estas mães necessitam de tempo e continência para se tornarem capazes de elaborar e transformar uma série de emoções e informações surgidas durante o processo diagnóstico da criança.

As mães entrevistadas não nos pediram rótulos. Estas mães procuravam por alguém capaz de conter suas angústias e de ajudá-las a encontrar os sentidos para os distúrbios emocionais de seus filhos. Para isto, é necessário um trabalho visando construir um novo conhecimento. Implica aceitar mudanças catastróficas e implica ter capacidades para suportar a culpa e realizar reparações autênticas. E isto só é possível acontecer, se a mãe puder alcançar a configuração depressiva de Klein.

Nem sempre encontramos mães com recursos mentais suficientes para tal empreitada, mas tais recursos podem vir a ser construídos e é neste sentido que compreendemos o atendimento psicanalítico de pais.

## **2- O acompanhamento dos pais durante o atendimento de uma criança.**

Pensando nas necessidades destas mães fica claro que os pais antes de serem excluídos do atendimento de seus filhos, devem ser ajudados a participar desta caminhada no sentido do crescimento e do desenvolvimento não apenas do filho, mas também deles mesmos enquanto pais. E para que isto possa ocorrer não é possível fazermos uso da recomendação de MELTZER (1967), de manter o contato com os pais tão restrito quanto possível.

Ao evitarmos o contato com os pais estamos favorecendo o aparecimento de sentimentos de exclusão, abandono, desamparo, solidão e culpa. Tais sentimentos, se não puderem encontrar uma mente com condições de contê-los, constituem um caminho aberto para atuações e abandonos de tratamento. Pensamos que é da responsabilidade do profissional que atende a criança ajudar os pais, se necessário, a lidarem com estes sentimentos. E para isto, não basta, simplesmente, encaminhá-los para atendimento com outro profissional.

## **3- A questão das paratransferências e das identificações projetivas cruzadas.**

É preciso estarmos atentos para o fato de que no trabalho com crianças estamos diante de uma tríade: profissional de saúde - criança - pais. Há um grande interjogo de identificações projetivas (CASSORLA, 1997), pois os pais que as crianças nos trazem não são somente aqueles pais de seu mundo interno. Estamos constantemente tendo que nos haver com a presença dos pais reais. Presenças vivas e atuantes no campo transferencial, precisando de atenção e cuidado.

## 6.2. A RELAÇÃO INICIAL MÃE - BEBÊ

As entrevistas nos ajudaram a perceber, que as dificuldades que estas mães têm para se darem conta e compreenderem as dificuldades emocionais de seus filhos vem de há muito tempo, não sendo contemporâneas apenas do início da sintomatologia manifesta da criança. A história dos primeiros anos de vida destas crianças aponta para uma série de desencontros na relação inicial mãe-bebê.

Muitas são as referências, que estas mães fazem a fatos traumáticos significativos relativos às relações iniciais delas com suas próprias mães, ou a alguma situação externa que inflingiu uma ferida narcísica importante durante a gestação destes filhos. São histórias de dificuldades conjugais, familiares, sociais e econômicas, assim como uma significativa associação entre a morte de parente próximo e a gravidez da criança com distúrbios emocionais.

Verificamos que das oito mães entrevistadas, sete relataram sintomas depressivos durante a gravidez e/ou puerpério.

Isto nos possibilita pensar que, a fragilidade destas mães tenha de alguma forma influenciado a relação mãe-bebê, tendo-as dificultado de cumprir seu papel adulto para com seus bebês. Não terem tido condições de se encontrarem verdadeiramente com os seus bebês pode ainda estar se manifestando nas dificuldades destas mães em se identificarem com seus filhos doentes.

A questão dos distúrbios depressivos durante a gravidez, da depressão puerperal e das dificuldades iniciais da relação mãe-bebê nos remetem ao importantíssimo papel que o obstetra, o pediatra e os profissionais de saúde que trabalham com intervenção precoce da relação mãe-bebê têm a desempenhar em termos de profilaxia e de promoção de saúde mental infantil.

### 6.3. A TRAJETÓRIA DAS MÃES ATRAVÉS DO SISTEMA DE SAÚDE

Ao mesmo tempo que observamos as dificuldades internas das mães em perceberem e compreenderem a sintomatologia emocional de seus filhos e procurarem uma ajuda especializada, constatamos que, quando este movimento foi realizado ele não recebeu, segundo as vivências relatadas, o acolhimento esperado. Os pediatras foram os primeiros a receber as queixas e as dúvidas destas mães a respeito de seus filhos, mas constatamos que, segundo as mães, estas queixas foram constantemente minimizadas, quando não, completamente desprezadas pelos médicos consultados. Que características maternas podem ter contribuído para isto, não nos é possível negar. Acreditamos que o pediatra tem um papel fundamental na detecção e profilaxia das dificuldades emocionais na infância e adolescência, e pelo relato das mães, pareceu-nos que este papel não pôde ser cumprido.

Muitos anos se passaram entre as primeiras observações que estas mães fizeram aos médicos pediatras, neurologistas e outros especialistas, a respeito de sintomas ou comportamentos da criança que as preocupavam, e o encaminhamento destas para uma avaliação especializada. Poderíamos pensar que estes médicos estavam confiando nas capacidades de crescimento e desenvolvimento destas crianças. Mas a sintomatologia apresentada por elas era rígida e de longa duração, algumas apresentando comprometimentos importantes de certas funções egóicas, demonstrando já um certo grau de estruturação. Isto pode nos levar a pensar que, talvez, estes profissionais tenham um certo desconhecimento dos processos normais e patológicos do desenvolvimento emocional infantil. Além disso, muitos foram os desencontros na relação médico - paciente. As mães não se sentiram acolhidas, o que provocou muitos abandonos de tratamento e uma péssima resposta destas crianças ao uso de psicofármacos, mesmo quando adequadamente prescritos. Dificuldades de aprendizado, problemas escolares, de socialização e de controle de esfíncteres, problemas de fala, dificuldades próprias da adolescência, etc, são preocupações comuns trazidas pelos pais quando consultam um pediatra. E este médico, treinado e apto a cuidar das doenças do corpo vê-se na posição de

dar conselhos relativos ao cuidado das crianças, muito embora nem sempre esteja especificamente preparado a desempenhar tal papel.

Mas isto não é tudo, pois sabemos que mesmo quando adequadamente capacitados a lidar com aspectos emocionais, o médico vê-se, por questões institucionais e do sistema de saúde, impossibilitado e sem condições para realizar o seu trabalho da forma mais adequada possível. Não há para onde encaminhar, faltam profissionais e instituições especializadas no atendimento de crianças com problemas emocionais, etc.

#### **6.4. O PAPEL DA ESCOLA**

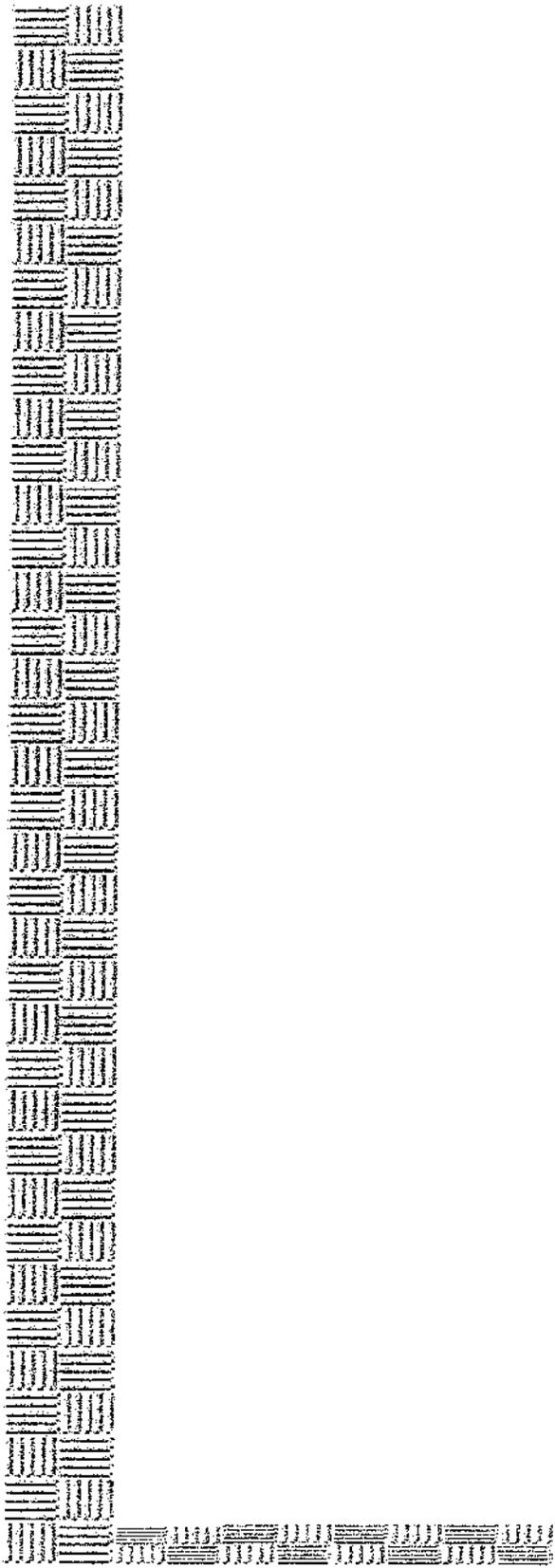
Assim como os médicos, a escola e os seus professores tem uma função central na identificação, encaminhamento e auxílio às crianças com dificuldades emocionais. Tendo um papel importantíssimo a nível de prevenção em saúde mental infantil.

Outra constatação importante, refere-se à falta de escolas especializadas no atendimento de crianças com distúrbios emocionais sérios. As escolas sentindo-se incapazes de acolher estas crianças acabam por encaminhá-las para as APAES e outras escolas especializadas no atendimento de deficientes, o que acaba por equiparar dois tipos de população muito diferentes em termos de necessidades e habilidades.

Para finalizar:

Deveríamos ter condições de refletir sempre que um tratamento é interrompido.

Uma avaliação ética pode ser dolorosa para o nosso narcisismo, mas será sempre enriquecedora. Quem sabe assim, poderemos aprender com a experiência e talvez recorrer menos à acusação invariavelmente feita aos pais de responsáveis únicos pelo abandono de um tratamento.



## ***SUMMARY***

## **“MOTHERS OF MENTALLY DISORDERED CHILDREN - A PSYCHOLOGICAL STUDY”.**

The child mental health assistance is not restricted to the child, since his economical, social and emocional dependence is brought for evaluation and treatment by the parents. Taking that into account this work aims to describe and understand:

- 1- the mothers' perceptions of the emotional suffering of their children;
- 2- the mental processes that are used by mothres to deal whith and to understand the children's suffering;
- 3- the fantasies that they have about the causes of the disease of their children;
- 4- mothers' experience of the routes followed by the mother-child couple through the Health System.

A semi - structured interview was carried out on 8 mothers at their first consultation in the out-patient clinic of the Child Mental Health Service of the State University of Campinas, Campinas, Brazil.

We kept our analysis on the difficulties that the mothers have to feel and understand the emotional symptoms of their children and to look for an early and effective help. We describe the mental paths that were passed through by these mothers, during the emotional process that made them able to face the need for psychological and/or psychiatric help for their children. Departing from the flutuations of the schizoid-paranoid and depressive positions described by Klein as well as the Bion's contributions about the knowledge and its pathologies, we related the dialetics between the fight for do not know and the suffering for feeling the emotional difficulties of the child. Comprehensive considerations about the role of the peditrician, obstetrician, as well as the role of teachers and schools are made, relating them to the prophylaxis and early deteccion of the emotional difficulties in childhood.



## ***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

- ALMEIDA FILHO, N. - *Epidemiologia das desordens mentais da infância no Brasil*. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1985.
- ARRUDA, S.L.S - *Grupo de encontro de mães: vivências clínicas do funcionamento em um ambulatório de saúde mental infantil*. Campinas, 1989. Dissertação-mestrado. Universidade Estadual de Campinas.
- ARRUDA, S.L.S - *Vivências clínicas de um grupo de mães, cujos filhos estão em ludoterapia*. Campinas, 1991. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas.
- BALINT, M. - *The doctor, his patient and the illness*. 2nd ed. New York. Int. Universities, 1973.
- BARANGER, M.- A Mente do Analista: da escuta à interpretação. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 26 (4): 573-86, 1992.
- BION, W.R. - *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1962
- BION, W.R. - *Elementos em psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 1963.
- BLÉANDONU, G. - *Wilfred R. Bion (1897-1979) - A vida e a obra*. Rio de Janeiro, Imago, 1993.
- BOLWBY, J. (1953) - *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. 2.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1988
- BRUGGER, W. - *Dicionário de Filosofia*. 4.ed. São Paulo. EPU - Ed. Pedagógica e Universitária Ltda, 1987.
- BLEGER, J. - *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo, Martins Fontes, 1980.
- BOTEGA, N.J. - *No hospital geral: lidando com o psíquico, encaminhando para o psiquiatra*. Campinas, 1989. Tese-doutoramento. Universidade Estadual de Campinas.

- CASSORLA, R.M.S. - *Jovens que tentam o suicídio*. Campinas, 1981. Tese-doutoramento, Universidade Estadual de Campinas.
- CASSORLA, R.M.S. - Complexo de Édipo, vista grossa, curiosidade e catástrofe psicológica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 27 (4): 607-26, 1993.
- CASSORLA, R.M.S. - No emaranhado de identificações projetivas cruzadas com adolescentes e seus pais. *Apresentado no XVI Congresso Brasileiro de Psicanálise*. Gramado, 1997.
- COSTELO, E.J. et al. - Who gets treated? factors associated with referral in children with psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 81: 523-529, 1990.
- DEL VALLE, E. - *La Obra de Melanie Klein*, Vol. I e II. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1986.
- ELIOT, T.S. - *Poesia*. 6. ed., São Paulo, Nova fronteira, 1981.
- FERREIRA, A.B.H. - *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2.ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- FERRO, A. - *A técnica na Psicanálise Infantil - A criança e o analista: da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro, Imago, 1995
- FRANÇA, M.O.A.F. e SILVA, M.C.P. - Psicanálise de Crianças: O Trabalho com os Pais. *In: OUTEIRAL, J.O et al. -Psicanálise Brasileira - Brasileiros Pensando A Psicanálise*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. p.262-268.
- FRANÇOSO, M.F.C. - *Histórias de viver o serviço social*. Campinas, 1996. Tese-doutoramento. Universidade Estadual de Campinas.
- FREUD, A. - *Infância Normal e Patológica - Determinantes do Desenvolvimento*. 3.ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1980.

- FREUD, S. (1914) - Recordar, repetir, elaborar. *In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1976. vol 12, p.191-206.
- FREUD, S. (1914) - Introdução ao narcisismo. *In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1976. vol.14, p.85-119.
- FREUD, S. (1919) - O estranho. *In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1976. vol 17, p. 273-318.
- GARMA, B. - *Niños en Análisis*. Buenos Aires, Kargieman, 1992.
- GARRALDA, M.E. and BAILEY, D. - Child and family associated with referral to child psychiatrists, *British Journal of Psychiatry*, 153: 81-89, 1988.
- GATH, D. - Psychiatric services for children. *In: MANDELBROTE, B.M. et GELDER, M. G. - Psychiatric aspects of medical practice*. London, Staple Press, 1972.
- GODFREY, J.M. - Pathways to a child mental health service. *Child: care, health and development*, 21(4): 223-232, 1995
- GRINBERG, L. et al. - *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Madrid, Tecnipublicaciones, S.A., 1991.
- GRINZBURG, C. - *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo, Editora Schwarcz Ltda, 1990.
- HINSHELWOOD, R.D. - *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- HUBERMAN, A. - La Transferencia de los padres en psicoanálisis de niños. *Psicoanálisis*, XI (3): 501-18, 1989.
- JASPERS, K. - *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1979.

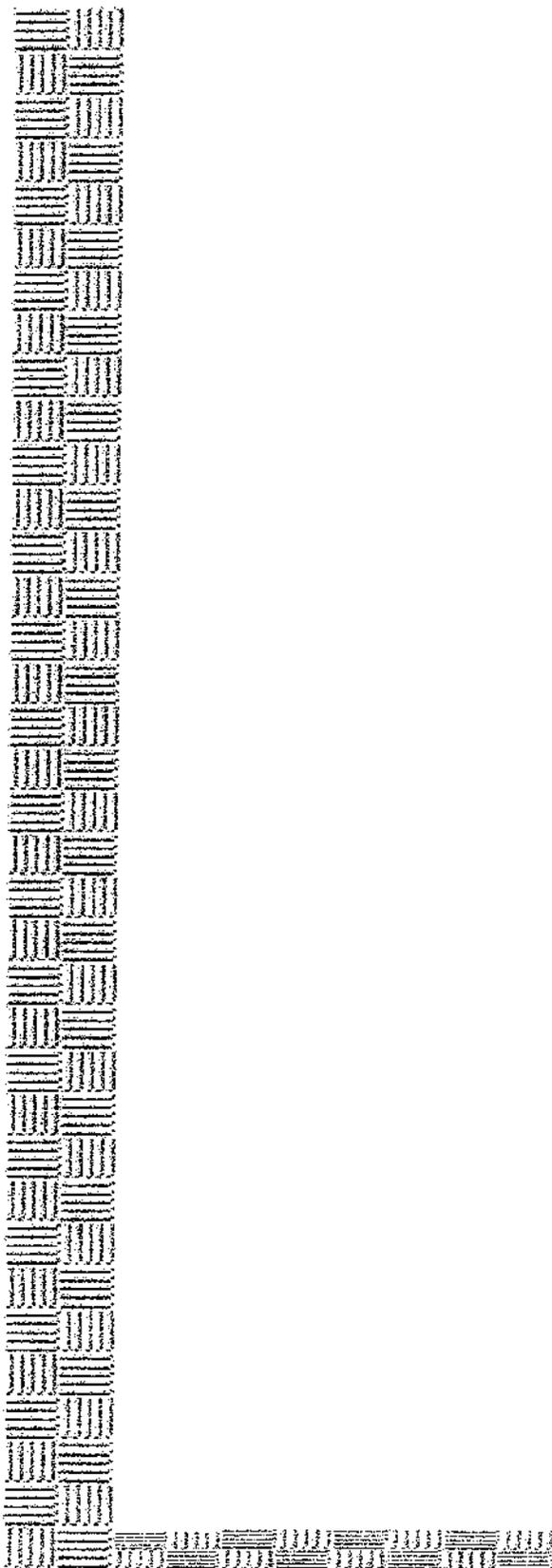
- KANCYPER, L.- *Ressentimento e remorso - estudo psicanalítico*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.
- KLEIN, M. (1930) - A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. *In: Contribuições à psicanálise*. 2.ed. São Paulo, Mestre Jou, 1981. p. 295-313.
- KLEIN, M. (1932) - *Psicanálise da Criança*. 3.ed. São Paulo, Mestre Jou, 1981.
- KLEIN, M. (1937) - Amor, culpa e reparação. *In: KLEIN, M. et RIVIERE, J. - Amor, ódio e reparação: as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico*. 2.ed. Rio de Janeiro, Imago, EDUSP, 1975. p. 79-162.
- KLEIN, M.(1940) - O luto e sua relação com os estados maniaco-depressivos. *In: Contribuições à psicanálise*. 2 ed. São Paulo, Mestre Jou, 1981, p.391-424.
- KLEIN, M. - Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *In: Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro, Imago, 1991, p.17-43.
- KLEIN, M. (1947) - *Contribuições à psicanálise*. 2.ed. São Paulo, Mestre Jou, 1981.
- KLEIN, M. (1952) - Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. *In: Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro, Imago, 1991. p. 85-118.
- KNOBEL, M. - *Psiquiatria infantil psicodinâmica*. Buenos Aires, Paidós, 1977.
- LADRIÈRE, J. - *A articulação do sentido*. São Paulo, EPU, Ed. da Universidade de São Paulo, 1977.
- LAGACHE, D. - *La unidad de la psicología*. Barcelona, Paidós-Ibérica, 1985.
- LAPLANCHE, J. et. PONTALIS, J.-B - *Vocabulário da psicanálise*. 7 ed. São Paulo, Martins Fontes, 1983.

- LECOURT, M.P. - L'enfant soigné en psychiatrie et sa fratrie. *La Psychiatrie de L'Enfant*, XIV (1): 83-124, 1971.
- LISONDO, A.B.D. - O processo de avaliação na psicanálise de crianças e adolescentes. *II Congresso Latino-Americano de Psicanálise de Crianças e Adolescentes*. São Paulo, 3-6 abril, 1996. (texto datilografado).
- LISONDO, A.B.D. et al. - Psicanálise de crianças: um terreno minado? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 30 (1): 9-26, 1996.
- LOWENKRON, A.M. - Sobre o início da análise de criança: algumas particularidades. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 30 (1): 27-34, 1996
- MARKS, F.M. et al. - Primary care workers' perception of disturbed children and the agencies they use to help these children. *Child: Care, Health and Development*, 7: 217-228, 1981.
- MCDUGAL, J. - *Em defesa de uma certa anormalidade - teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
- MELTZER, D. - *O processo psicanalítico - da criança ao adulto*. Rio de Janeiro, Imago, 1967.
- MINAYO, M.C.S. - *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed., São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec -Abrasco, 1993.
- MIOTO, R.C.T. - *Famílias de jovens que tentam suicídio*. Campinas, 1994. Tese-doutoramento. Universidade Estadual de Campinas.
- MORIN - *El metodo I : la naturaleza de la naturaleza*. Madrid, Ed Catedra, 1981.
- OCAMPO, M.L.S. et. col. - *O processo diagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo, Martins Fontes, 1981.

- OFFORD, D.R. - Child psychiatric epidemiology: current status and future prospects. *Can J Psychiatry*, Vol. 40, 1995 p.284-88.
- OGDEN, T. H. - El sujeto dialécticamente constituido / descentrado del psicoanálisis. II. las contribuciones de Klein y Winnicott. *Libro Anual de Psicoanálisis*. São Paulo, Escuta, 1992. p.109-122.
- REZENDE, A.M. - Psicanálise e filosofia das ciências: a questão da verdade. *Ide*, 14: 21-24, 1987.
- SEGAL, H. - *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- SHEPARD, M. et al. - Childhood behavior disorders and the child guidance clinic: an epidemiological study. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 7: 36-52, 1966.
- SOULÉ, M. - O Filho da Cabeça, o Filho Imaginário. In: BRAZELTON, T.B. et al. - *A Dinâmica do Bebê*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987. p.132-170.
- SOR, D. et GAZZANO, M.R.S. - *Cambio catastrófico: psicoanálisis del darse cuenta*. Buenos Aires, Ediciones Kargieman, 1988.
- SOUZA, C.B. - *Recortes da psicanálise - sobre o desejo de ser analista e outras questões - a partir de depoimentos de psicanalistas*. Campinas, 1995. Tese-doutoramento. Universidade Estadual de Campinas.
- SPITZ, R. (1965) - *O primeiro ano de vida*. 2ed. São Paulo, Martins Fontes, 1980
- STEINHAEUER, P.D. et al. - Child and Adult Psychiatry: Comparison and Contrast. *Can J. Psychiatry*, 37: 440-49, aug, 1992.
- STRAUS, L. - *Síndrome hipercinética infantil: constante ou orgânica e situacional ou psicogênica*. Campinas, 1985. Tese-doutoramento. Universidade Estadual de Campinas.

- TRINCA, W. , ed. - *Diagnóstico psicológico: prática clínica*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1984.
- TURATO, E.R. - *Infarto do miocárdio: histórias de vida e opiniões de pacientes*. Campinas, 1988. Tese-doutoramento. Universidade Estadual de Campinas.
- VALLER, E.H.R. - O setor de saúde mental infantil do departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-UNICAMP - uma visão de seu funcionamento assistencial. *XI Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil*. Blumenau, 1991.
- VALLER, E.H.R. - *A mãe devotada e o seu bebê - a teoria do desenvolvimento emocional de D.W. Winnicott*. Campinas, 1989. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas.
- WILLIAMS, G.P. - Observação de bebês: sua influência na formação de terapeutas e profissionais que trabalham com educação e saúde mental. *Publicações do centro de estudos das relações mãe - bebê - família*. 2(1): 1-16, 1990.
- WINNICOTT, D.W. (1931) - Notas sobre normalidade e ansiedade. *In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988. p. 69-95.
- WINNICOTT, D.W. (1948) - Pediatria e psiquiatria. *In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988. p.287-311.
- WINNICOTT, D.W. (1949) - O bebê como organização em marcha. *In: A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro, Zahar editores, 1982, p.26-30.
- WINNICOTT, D. W. (1952) - Ansiedade associada à insegurança. *In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988. p. 205-210.
- WINNICOTT, D. W. ( 1952) - Psicose e cuidados maternos. *In: Textos selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988. p. 375-387.

- WINNICOTT, D.W. (1956) - Preocupação materna primária. *In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988. p. 491-98.
- WINNICOTT, D.W. (1958) - Definição teórica do campo da psiquiatria infantil. *In: A Família e o Desenvolvimento Individual*, São Paulo, Martins Fontes, 1993. p.141-52.
- WINNICOTT, D. W. (1959) - Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança. *In:A família e o desenvolvimento individual*, São Paulo, Martins Fontes, 1993. p.101-114.
- WINNICOTT, D.W. (1960) - Teoria do relacionamento paterno-infantil. *In: O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983. p.38-54.
- WINNICOTT, D.W. (1964) - O recém-nascido e sua mãe. *In: Os bebês e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes, 1988, 29-42.
- WINNICOTT. D.W. (1966)- A mãe dedicada comum. *In: Os bebês e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes, 1988, p.1-12.
- WINNICOTT, D.W. (1971) - O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (self). *In: O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975. p.79-94.



***ANEXO I***  
***AS HISTÓRIAS***  
***CLÍNICAS***

As sinopses das histórias clínicas descritas a seguir objetivam traçar um perfil da problemática das crianças que fazem parte deste estudo. Transcrevemos também a hipótese diagnóstica realizada após as entrevistas e a conduta adotada.

## 1. ANDRÉ - ENTREVISTA I

André, com 11 anos, é o filho mais novo de um casal que tem mais 4 filhas, com idades entre 25 e 13 anos.

Aos 5 anos de idade A. apresentou um quadro psicótico com duração de 2 anos, onde predominavam delírios persecutórios e alucinações visuais. Erguia o braço dizendo que tinha homens do bem e homens do mal, depois passou a dizer que eram monstros do bem e monstros do mal. Gritava horas seguidas e dizia que queria morrer. Parecia acalmar-se, mas logo voltava a gritar.

Atualmente sua fala é ecológica, ou fala algumas palavras (água, bife, batata) quando quer pedir algo. Geralmente aponta o que quer. Tem encoprese. Não reconhece perigo. Parece aceitar acompanhar qualquer pessoa.

Mãe descreve seu filho como tendo sido uma criança normal até os 5 anos, porém muito quieto. Começou a falar com 2 anos, mas segundo a mãe “porque era super-papricado”.

A. nunca brincou. Até os 5 anos assistia televisão desde a hora em que acordava. Quando o menino tinha 3 anos, a família que morava em São Paulo mudou-se para Campinas e avó materna, a quem ele era muito ligado, faleceu. Poucos meses após, o pai foi despedido e não mais conseguiu se empregar, o que passou a motivar muitas das brigas do casal.

Hipótese Diagnóstica: Psicose Infantil.

Conduta: Atendimento psicanalítico com pais, pois M. já encontra-se em ludoterapia.

## 2. BENTO - ENTREVISTA II

B., 11 anos, é o mais velho de dois irmãos.

Mãe procura atendimento para o filho devido ao que ela descreve como “uma mania de cuspir”, que iniciou-se há aproximadamente 6 meses. Esta mania foi precedida de muitas outras (gestos de mão, arrancar cabelos, ajoelhar no chão e fazer o sinal da cruz, etc), que se apareceram pela primeira vez quando B. tinha 4 anos.

Atualmente, B. diz que precisa cuspir porque tem medo de pegar doença, de desmaiar como o pai epilético e de pegar AIDS. Já não come nada que é preparado pela mãe e nem se senta na mesa de refeições quando o pai está.

Mãe conta que ela também é uma pessoa muito medrosa, que tem medo dos desmaios do marido e que se soubesse da epilepsia, não teria se casado.

Até os 8 meses de idade B. nunca foi colocado sentado ou em pé, pois segundo a avó paterna, com quem o casal morava, B. poderia ficar corcunda ou com as pernas tortas.

A criança foi colocada na escola com 5 anos e como não conseguisse acompanhar, foi colocado em classe especial. Tem uma carterinha de estudante onde consta que é “deficiente mental”.

Hipótese Diagnóstica: Neurose Obsessivo-Compulsiva.

Conduta: Psicofarmacologia e Atendimento de pais.

## 3. CÉSAR - ENTREVISTA III

A pedido da escola, mãe traz C. com 9 anos e meio para saber se ele tem algum problema. Considera-o desobediente e malcriado. Não tem responsabilidade, não se

interessa por aprender. É chamada frequentemente na escola devido a brigas com colegas e recusa em copiar as lições. Relata também alguns episódios de mentira e furto.

Gravidez não planejada e não desejada, mãe precisava trabalhar para poder sustentar o filho, uma vez que o pai não quis assumir a criança. Foi cuidado até os 4 anos por uma senhora, juntamente com outras 9 crianças. Muitas vezes a mãe o deixava pela manhã e voltava para pegá-lo à noite quando M. já estava dormindo. Entre os 4 e 5 anos ficou sob os cuidados de uma prima, que batia muito dele, pois era muito agitado e desobediente. Aos 5 anos passou a frequentar a escola e permanecia meio período em casa sózinho esperando a mãe voltar do trabalho.

Há 3 anos a mãe casou-se e tem uma menina de 1 ano.

C. tem pouco contato com o pai, que tem agora uma família e filhos.

Hipótese Diagnóstica: Processo com desvio do desenvolvimento, com predomínio de sintomas anti-sociais.

Conduta: Ludoterapia.

#### **4. DIOGO - ENTREVISTA IV**

D. tem 6 anos e é trazido pela mãe para ser consultado juntamente com sua irmã um ano e meio mais nova.

De acordo com a mãe, D. é muito nervoso e agitado, inclusive durante o sono. Não para nem para comer ou para ver televisão. Na escola é considerado um dos melhores alunos, com um bom relacionamento com os colegas e a professora. Quando bebê D. chorava e se mexia demais. Só foi melhorar aos dois meses de idade, quando foi diagnosticado um refluxo gástrico e esofagite, mas continuou nervoso.

Ainda usa chupeta, mamadeira e um paninho, que o acalma quando está muito agitado.

Devido ao ciúmes do marido o casal briga demais, o que motivou há um ano atrás uma séria tentativa de suicídio da mãe. Esta ficou internada por dois dias e recebeu alta a pedido do marido, pois as crianças, que nunca tinham ficado longe da mãe, estavam muito assustadas. Após o episódio, que foi explicado às crianças como uma doença da mãe, D. tornou-se distante e mais apegado ao pai.

Atualmente, as brigas do casal diminuíram, mas só porque a mãe ainda está em tratamento, pois segundo ela o comportamento do marido voltará a ser como antes tão logo ela receba alta da psicoterapia que vem realizando desde a tentativa de suicídio.

Hipótese diagnóstica: hipercinesia psicogênica.

Conduta: criança encaminhada para atendimento em ludoterapia de grupo.

## **5. EVANDRO - ENTREVISTA V**

E. tem 7 anos e é o filho do meio de um casal com mais dois filhos, uma menina com 10 anos e um menino com 4. Antes do nascimento da primeira filha ocorreram 2 abortos.

Foi encaminhado para atendimento pela escola, pois não consegue permanecer dentro da sala de aulas. Segundo a mãe, aos 4 anos e meio, quando começou a frequentar o Pré-primário, E. tornou-se rebelde, passou a machucar os colegas, a morder coisas, jogar o material em cima do telhado da escola. Devido a estes comportamentos E. foi expulso da escola e a mãe teve que parar de trabalhar para cuidar dele. Desde então, E. tornou-se muito agressivo, machuca os irmãos, morde o cachorro e o gato, foge de casa e fica andando pela rua. Com 7 anos o menino foi novamente matriculado na escola. Agora, além dos comportamentos descritos, E. come o material escolar, foge da classe, pega o material

da professora e rabisca ou rasga. Em casa, dorme muito pouco, fica andando pela casa, come tudo o que encontra e estraga o que não consegue comer.

E. nasceu com sinais de sofrimento fetal. Foi internado por três vezes a partir do 7º mes de vida devido a crises de bronquite. No hospital teve catapora e infecção hospitalar. Começou a falar com 2 anos e meio, antes apontava ou gritava quando queria algo.

Hipótese Diagnóstica: Estado psicótico.

Conduta: ludoterapia com a criança e trabalho psicanalítico com pais.

## **6. FÁTIMA - ENTREVISTA VI**

Fátima é acompanhada pelo Ambulatório de Gastropediatria desde 1 ano e 11 meses, tendo sido encaminhada com 3 anos e 7 meses para avaliação ao o Ambulatório do SSMI.

Desde o nascimento F. apresentou episódios de estomatites, diarreia e distensão abdominal. Aos 3 meses de vida, por não estar ganhando peso segundo o esperado, foi introduzido leite artificial para complementar a amamentação. A criança passou em seguida, a vomitar. Teve uma desidratação e precisou ser hospitalizada. A mãe, que já estava encontrando dificuldades com a amamentação, não mais conseguiu amamentar seu bebê. Várias tentativas, com tipos diferentes de leite foram feitas, mas F. continuava a vomitar e a ter diarreia. Até os 3 anos, F. permaneceu grande parte de sua vida internada, pois não conseguia ganhar peso. Com 3 anos e meio passou a usar uma sonda enteral para poder se alimentar.

Mãe de F. está no segundo casamento, tendo 4 filhos com o primeiro marido. Após o quarto parto mãe acreditava ter sido laqueada, sendo se dado conta de estar grávida

pela quinta vez, quando começou a ter hemorragia e abortou. Colocou DIU, mas um mes após engravidou de F.

F. nasceu de cesareana e foi amamentada somente 24 horas após ter nascido, pois sua mãe teve uma séria hemorragia pós-parto. F. era um bebê que sugava devagar e com muitas pausas e cochilos, porisso o pediatra orientou a mãe a amamentá-la a cada três horas.

Apesar das internações, sempre acompanhada pela mãe, o DNPM de F. foi normal, exceto pela fala, que iniciou-se aos 3 anos, com muitas trocas e supressões.

Hipótese Diagnóstica: Anorexia.

Conduta: Ludoterapia.

## **7. GUSTAVO - ENTREVISTA VII**

G. tem 9 anos e está há três anos frequentando o primeiro ano do curso primário. G. reconhece letras, mas não consegue reuni-las para formar palavras. Copia o que a professora coloca na lousa, mas não sabe o que está escrevendo. Não sabe ler. Escreve e reconhece números até 20.

Na escola tem bom comportamento e boa socialização. Em casa é considerado muito nervoso, irritando-se facilmente com o irmão menor (7 anos).

O irmão de 11 anos teve problema semelhante. Frequentou classe especial e após um atendimento em psicopedagogia e psicologia melhorou muito, estando atualmente frequentando classe normal.

DNPM normal.

Aos 5 anos teve uma queimadura importante no braço, precisando ficar internado, juntamente com a mãe, por 10 dias.

Hipótese Diagnóstica: Neurose Infantil.

Conduta: Criança encaminhada para ludoterapia de grupo.

## **8. HELENA - ENTREVISTA VIII**

H. tem 11 anos e sua mãe procurou o SSMI depois de muitos outros atendimentos e a uma série de exames complementares , inclusive tomografia, já realizados. H. é considerada pela mãe como uma criança muito nervosa e hiperativa. Tem crises de birra toda vez que é frustrada, inclusive com autoagressões.

H. nasceu de uma gravidez não planejada, mas desejada. Após a cesareana e laqueadura mãe teve uma séria infecção hospitalar, necessitando ser re-operada. Nesta época, precisou interromper a amamentação e sua filha mais velha passou a cuidar do bebê. H. chorava muito, mãe ficava muito nervosa e a levava ao pediatra, mas este não encontrava nenhum problema físico.

Seu DNPM foi mais lento que o normal, começando a falar com 3 anos. Seu comportamento piorou muito após o casamento da irmã que cuidava dela, tornando-se mais birrenta, hiperativa e apegada à mãe. Atualmente frequenta APAE na sua cidade, mas a mãe gostaria que ela pudesse frequentar uma escola normal, pois considera que quando H. está com crianças normais ela parece brincar melhor.

Hipótese Diagnóstica: Hipercinesia.

Conduta: Trabalho de orientação com a mãe.