

PSICOLOGIA CLÍNICA

Clínica da criança

32.1

PSICOLOGIA CLÍNICA

Clínica da criança

32.1

Janeiro–Abril de 2020

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

EDITORES RESPONSÁVEIS

Isabel Fortes

Esther Maria de M. Arantes

EDITORES ASSOCIADOS

Andrea Seixas Magalhães

Lidia Ley de Alvarenga

Luciana Fontes Pessoa

Thomas Eichenberg Krabe

Karla Patricia Holanda Martins

COMISSÃO EXECUTIVA

Isabel Fortes

J. Landeira-Fernandez

ASSISTENTE DE EDIÇÃO: *Ney Klier*

SECRETÁRIO EXECUTIVO: *Francisco Wellington Barreto*

SECRETÁRIA ADMINISTRATIVA: *Vera Lúcia L. da Silva*

REVISÃO: *Claudio R. C. Faria*

EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA: *Ingroup Tecnologia e Serviços Ltda.*

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Wagner, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Alberto Konicheckis, Université Paris Descartes – Paris V, Paris, França

Ana Maria Rudge, UVA, Rio de Janeiro, Brasil

Cleonice Alves Bosa, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Eduardo João Ribeiro dos Santos, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Fernando Urribarri, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Ilana Strozenberg, ECO/UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil

Jefferson Machado Pinto, UFMG, Belo Horizonte, Brasil

Jurandir Freire Costa, UERJ, Rio de Janeiro, Brasil

Luiz Augusto M. Celes, UnB, Brasília, Brasil

Luiz Eduardo Prado de Oliveira, Université de Bretagne Occidentale,

Brest, França

Maria Consuelo Passos, UNICAP, Recife, Brasil

Maria da Graça Bompassor Borges Dias, UFPE, Recife, Brasil

Marta Gerez Amertin, Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Argentina

Nelson da Silva Junior, USP, São Paulo, Brasil

Pierre Benghozi, Université Paris 8 – Vincennes St Denis, Paris, França

Renato Mezam, PUC-SP, São Paulo, Brasil

Roland Gori, Université de Provence Aix-Marseille I, Marseille, França

Silvia Helena Koller, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Silvia Maria Abu-Jamra Zornig, PUC-Rio, Rio de Janeiro, Brasil

Teresa Cristina Carreteiro, UFF, Niterói, Brasil

Apoio:



Departamento de Psicologia
PUC-Rio

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da PUC-Rio

PSICOLOGIA CLÍNICA. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. v. 32 nº 1, jan-abr/2020
CDD.157.9

ISSN: 0103-5665 (impresso)

ISSN: 1980-5438 (online)

MISSÃO DO PERIÓDICO

Divulgar trabalhos originais na área da Psicologia Clínica, contribuindo para a qualidade da pesquisa, para a produção de conhecimento e para a consolidação desse campo no Brasil.

LINHA EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* é uma publicação quadrimestral de trabalhos originais que se enquadrem em alguma das seguintes categorias: relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura, relatos de experiência profissional, notas técnicas e resenhas na área de psicologia clínica.

HOMEPAGE:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-5665

PERIÓDICO INDEXADO NAS BASES DE DADOS:

NACIONAIS:

INDEX PSI www.bvs-psi.org.br

LILACS/BIREME lilacs.bvsalud.org

QUALIS (A2) www.periodicos.capes.gov.br

INTERNACIONAIS:

CLASE dgb.unam.mx/index.php/catalogos/seriunam

Latindex www.latindex.unam.mx/latindex/ficha?folio=17689

PsycINFO www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/coverage.aspx#P

Redalyc www.redalyc.org/revista.oa?id=2910

EBSCO www.ebscohost.com/titleLists/foh-coverage.htm

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rua Marquês de São Vicente, 225 – Gávea
22453-900 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (55 21) 3527-2109
Fax: (55 21) 3527-1187
E-mail: psirevista@puc-rio.br

SUMÁRIO

SUMMARY

EDITORIAL 9

SEÇÃO TEMÁTICA – CLÍNICA DA CRIANÇA

THEMATIC SECTION – CHILDREN'S CLINIC

SECCIÓN TEMÁTICA – CLÍNICA DEL NIÑO

CUIDADO A CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS E QUEIXAS DE AGRESSIVIDADE:

UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO

*Care for children and their families and complaints of aggressiveness:
a clinical case study*

*Cuidado a niños y sus familias y quejas de agresividad: un estudio
de caso clínico*

Vania Bustamante 15

MUDANÇAS NA CAPACIDADE DE MENTALIZAÇÃO NA PSICOTERAPIA

PSICODINÂMICA DE CRIANÇAS

Changes in mentalization ability in child psychodynamic psychotherapy

*Cambios en la capacidad de mentalización en la psicoterapia
psicodinámica de niños*

Cibele Carvalho

Sonia Liane Reichert Rovinski

Guilherme Pacheco Fiorini

Vera Regina Röhnelt Ramires..... 35

OS EFEITOS DE SUBJETIVAÇÃO PRODUZIDOS NA EXPERIÊNCIA DA

REFEIÇÃO COMPARTILHADA NOS GRUPOS TERAPÊUTICOS DO CPPL

*The subjectivation effects produced by meal sharing experience in
therapeutic groups in CPPL*

*Los efectos de subjetivación producidos en la experiencia de la
comida compartida en los grupos terapéuticos del CPPL*

Maysa Marianne Silva Bezerra..... 59

LEITURA MATERNA SOBRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS: UM CASO DE PSICOTERAPIA MÃE-BEBÊ <i>Maternal perception about postpartum depression and psychofunctional symptoms: a case of mother-baby psychotherapy</i> <i>Comprensión materna sobre depresión postparto y síntomas psicofuncionales: un caso de psicoterapia madre-bebé</i> Elisa Cardoso Azevedo Giana Bitencourt Frizzo Milena da Rosa Silva Tagma Marina Schneider Donelli.....	79
ABUSO SEXUAL INFANTIL MASCULINO: SINTOMAS, NOTIFICAÇÃO E DENÚNCIA NO RESTABELECIMENTO DA PROTEÇÃO <i>Male child sexual abuse: symptoms, notification and reporting on restoration of protection</i> <i>Abuso sexual infantil masculino: síntomas, notificación y denuncia en el restablecimiento de la protección</i> Maria Inês Gandolfo Conceição Liana Fortunato Costa Maria Aparecida Penso Lucia Cavalcanti de Albuquerque Williams.....	101
CONFLUÊNCIAS DAS RELAÇÕES FAMILIARES E TRANSTORNOS ALIMENTARES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA <i>Confluences of family relationships and eating disorders: integrative literature review</i> <i>Convergencias de las relaciones familiares y trastornos alimentarios: revisión integrada de la literatura</i> Ana Beatriz Rossato Siqueira Manoel Antônio dos Santos Carolina Leonidas	123

REPRESENTAÇÃO DA INFÂNCIA E REPRESENTATIVIDADE INFANTE:
POSIÇÕES ÉTICO-POLÍTICAS

*Childhood representation and representativeness of children:
ethical-political stances*

*La representación de la niñez e la representatividad de los niños:
posiciones ético-políticas*

Eduardo de Carvalho Martins

Cassio Vinícius Afonso Viana..... 151

SEÇÃO LIVRE

FREE SECTION

SECCIÓN LIBRE

GENDER RELATIONS AND MODERNITY

Relações de gênero e modernidade

Relaciones de género y modernidad

Olivier Douville..... 175

AFFECT, EMOTION, PASSION: THE LACANIAN APPROACH

Afeto, Emoção, Paixão: a abordagem lacaniana

Afecto, Emoción, Pasión: el punto de vista lacaniano

Marcus André Vieira 185

EDITORIAL

O número 32.1 da revista *Psicologia Clínica* compreende duas seções. A seção temática aborda a “Clínica da criança” e reúne sete artigos, enquanto a seção livre traz outros dois.

O primeiro artigo da seção temática, *Cuidado a crianças e suas famílias e queixas de agressividade: um estudo de caso clínico*, da autora Vania Bustamante (Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador), aborda o cuidado em saúde mental oferecido a crianças com queixas de agressividade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, envolvendo uma criança e sua família atendidas durante alguns meses no projeto “Brincando em Família”. Os resultados revelam as expressões agressivas como parte de um processo de amadurecimento emocional, que leva à possibilidade da construção de uma relação de confiança. A inclusão da família propicia avanços na compreensão das necessidades emocionais da criança e no respeito às diferenças entre elas, fortalecendo a autonomia das famílias e indo assim na contramão da medicalização.

O artigo seguinte, *Mudanças na capacidade de mentalização na psicoterapia psicodinâmica de crianças*, dos autores Cibele Carvalho (Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, São Leopoldo, RS), Sonia Liane Reichert Rovinski (Universidade de Santiago de Compostela, Espanha, e Projecto Soluções em Psicologia, Porto Alegre), Guilherme Pacheco Fiorini (Unisinos, São Leopoldo, RS) e Vera Regina Röhnelt Ramires (Unisinos, São Leopoldo, RS), tem como objetivo analisar possíveis mudanças no funcionamento psíquico global e na capacidade de mentalização na psicoterapia psicodinâmica de crianças, de acordo com o Método de Rorschach. Foi realizado um estudo descritivo e longitudinal baseado no procedimento de Estudo de Caso Sistemático, com a participação de três crianças em idade escolar, as quais apresentaram *deficit* na capacidade de mentalização no início do tratamento, associado a prejuízos no funcionamento psíquico global. Ao final da psicoterapia, foram observadas mudanças na mentalização, em forma de avanços e retrocessos. O Método de Rorschach provou ser eficaz nesta investigação.

O terceiro artigo dessa seção, *Os efeitos de subjetivação produzidos na experiência da refeição compartilhada nos grupos terapêuticos do CPPL*, da autora Maysa Marianne Silva Bezerra (Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife), busca analisar o dispositivo de refeições nos grupos terapêuticos do CPPL como produtor de efeitos de subjetivação, em vista do sentido social e clínico em seu formato. Como referência, o lugar do comer juntos na história, em especial no

período da Grécia antiga, é comparado com a forma pela qual o elemento da comida se manifesta no campo da saúde mental, no cotidiano dos hospitais psiquiátricos, a exemplo do Colônia, em Barbacena. A partir das contribuições de Freud e Winnicott, investigam-se as transformações no psiquismo nesse espaço para compor todos os aportes dos autores das distintas áreas de conhecimento na apresentação final de um recorte clínico.

O próximo artigo, *Leitura materna sobre depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais: um caso de psicoterapia mãe-bebê*, das autoras Elisa Cardoso Azevedo, Giana Bitencourt Frizzo, Milena da Rosa Silva (as três da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre) e Tagma Marina Schneider Donelli (Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, São Leopoldo, RS), investiga as mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê num contexto de psicoterapia mãe-bebê em grupo. No caso, participaram uma díade mãe-bebê em que a mãe apresentava depressão pós-parto e o bebê sintomas psicofuncionais. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), vários tipos de entrevistas e o questionário *Symptom Check List* (SCL). Após análise qualitativa, relacionados os materiais clínicos das onze sessões de psicoterapia e a literatura, a partir de uma compreensão psicanalítica, os resultados revelaram a associação mútua entre os sintomas depressivos maternos e os sintomas psicofuncionais do bebê, bem como uma melhora dos sintomas em ambos após a psicoterapia.

O quinto artigo, *Abuso sexual infantil masculino: sintomas, notificação e denúncia no restabelecimento da proteção*, das autoras Maria Inês Gandolfo Conceição, Liana Fortunato Costa (ambas da Universidade de Brasília – UnB, Brasília), Maria Aparecida Penso (Universidade Católica de Brasília – UCB, Brasília) e Lucia Cavalcanti de Albuquerque Williams (Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP), tem como objetivo apontar, na proteção à criança vítima de abuso sexual, as três etapas necessárias: revelação, notificação e denúncia da violência, ligadas, respectivamente, ao surgimento de sintomas do problema, à publicização da ocorrência e à instauração de processo judicial para a responsabilização do agressor. Trata-se de pesquisa documental em prontuários de 35 meninos vítimas de abuso sexual, atendidos em instituição pública de saúde, com o objetivo de identificar o processo de restabelecimento da proteção à criança vitimizada. Os resultados apontam 64 diferentes manifestações de sintomas apresentados pelas vítimas, meninos, em sofrimento. Foram onze as instituições envolvidas no processo de notificação, com o Conselho Tutelar tendo o maior número de casos (45,7%), seguido da escola (28,6%). A notificação foi realizada em 51,2% dos casos e a denúncia em apenas dois casos, o que configura uma

violação de direitos dos meninos abusados. É necessário valorizar a presença dos dispositivos de proteção disponíveis na sociedade e apoiar iniciativas de qualificação do pessoal integrante das instituições.

O artigo seguinte, *Confluências das relações familiares e transtornos alimentares: revisão integrativa da literatura*, dos autores Ana Beatriz Rossato Siqueira (Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Uberaba, MG), Manoel Antônio dos Santos (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP) e Carolina Leonidas (UFTM, Uberaba, MG), tem como objetivo sintetizar e analisar a produção científica brasileira e estrangeira sobre relações familiares, focando no vínculo mãe e filha, no contexto dos Transtornos Alimentares (TAs), por meio de uma revisão integrativa da literatura a partir de buscas nas bases BVSI-Psi, PsycINFO e PubMed, delimitando o período de 2012 a 2018 e os idiomas português, inglês e espanhol. No total, 29 estudos foram selecionados para análise. Constatou-se que a etiologia dos TAs é multifatorial e que a relação mãe-filha é um dos aspectos mais proeminentes, parecendo atuar como fator precipitador e mantenedor dos sintomas nos quadros de anorexia nervosa. Padrões rígidos de interação familiar representam risco potencial para manutenção dos TAs. Devido à existência de uma estreita associação entre sintomas de TAs e os padrões de relacionamento estabelecidos nas famílias, a síntese dos resultados reforça a necessidade de inclusão dos familiares e de outras redes de apoio social no tratamento.

O último artigo da seção temática, *Representação da infância e representatividade infante: posições ético-políticas*, dos autores Eduardo de Carvalho Martins (Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, SP) e Cassio Vinícius Afonso Viana (Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, Santos, SP), visa a mapear, com base nas experiências do Instituto Camará Calunga, de São Vicente, SP, os fundamentos e efeitos do uso de metodologias participativas com crianças e adolescentes, considerando sua inserção nos dispositivos de produção e discussão no campo das políticas públicas. Em eventos destinados a debater os direitos da criança e do adolescente, tal como no processo de construção de um bloco carnavalesco em defesa desses direitos, foram identificados alguns fundamentos ligados às representações sobre a infância a partir de uma visão “adultocentrada”. Isso aponta para a importância da crítica aos espaços simbólicos e concretos que a infância vem ocupando quanto às formas de participação política. Essa evolução contribui para os novos modos de implicação dos sujeitos infantes.

A seção livre se inicia com o artigo *Gender Relations and Modernity*, do autor Olivier Douville (Université Paris-Nanterre, Université Paris-Diderot, France), sobre a atualidade da psicanálise no que concerne à exploração das im-

plicações subjetivas ligadas ao desvelamento do desejo e às incertezas identitárias resultantes da desconstrução dos interditos e das normas estabelecidas pela lei patriarcal. As soluções de identidade sexual, combinadas à bissexualidade psíquica e à diferença dos sexos, hoje em dia impelida por ideais sociais instáveis, implicam em relações de identificação e poder, o que impõe à clínica psicanalítica a revisão e reformulação de suas posições normativas vinculadas à idealização dos patriarcados, desconstruindo, ao invés de reforçar, as representações dominantes. É por conta de sua natureza conflituosa que a sexualidade se inscreve no âmago da vida psíquica.

A seção livre se encerra com o artigo *Affect, Emotion, Passion: the Lacanian approach*, do autor Marcus André Vieira (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, Rio de Janeiro), que introduz a leitura lacaniana das afirmações de Freud sobre o afeto, articulando-a à experiência clínica psicanalítica. Três fenômenos subjetivos são descritos e distinguidos: emoção, afeto e paixão. A abordagem fisiológica é posta de lado em benefício da abordagem retórica e finalmente é descrito de que modo as observações de Lacan, que acentuam o ponto de vista ético sobre a paixão, vão além das regras morais da própria sociedade e trazem um tipo de reflexão sobre a ação e sobre um evento subjetivo, que pode ser abordado pela poesia.

*Isabel Fortes
Esther Arantes*

SEÇÃO TEMÁTICA

Clínica da criança

Cuidado a crianças e suas famílias e queixas de agressividade: um estudo de caso clínico

Mudanças na capacidade de mentalização na psicoterapia psicodinâmica de crianças

Os efeitos de subjetivação produzidos na experiência da refeição compartilhada nos grupos terapêuticos do CPPL

Leitura materna sobre depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais: um caso de psicoterapia mãe-bebê

Abuso sexual infantil masculino: sintomas, notificação e denúncia no restabelecimento da proteção

Confluências das relações familiares e transtornos alimentares: revisão integrativa da literatura

Representação da infância e representatividade infante: posições ético-políticas

CUIDADO A CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS E QUEIXAS DE AGRESSIVIDADE: UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CARE FOR CHILDREN AND THEIR FAMILIES AND COMPLAINTS OF AGGRESSIVENESS: A CLINICAL CASE STUDY

CUIDADO A NIÑOS Y SUS FAMILIAS Y QUEJAS DE AGRESIVIDAD: UN ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

*Vania Bustamante **

RESUMO

Este artigo aborda o cuidado em saúde mental a crianças que chegam com queixas de agressividade. O estudo foi realizado no projeto “Brincando em Família”, em Salvador, Bahia, que presta atendimento a crianças acompanhadas de suas famílias. Trata-se de uma pesquisa qualitativa – um estudo de caso clínico, sob a abordagem psicanalítica, envolvendo uma criança e sua família atendidas durante alguns meses no projeto. Os resultados sinalizam que as expressões agressivas fazem parte de um processo de amadurecimento emocional, porquanto para a criança é importante manifestar agressividade, vivenciar a sobrevivência do ambiente e assim poder construir uma relação de confiança. Os aspectos socioculturais, que naturalizam a agressividade como característica do dispositivo masculino da eficácia, são apontados e destacados como uma dimensão que demanda novos estudos. Revela-se ainda a importância de incluir a família no cuidado ofertado, porque isto propicia avanços nas possibilidades de os familiares compreenderem e acolherem as necessidades emocionais da criança e ampliarem o respeito às diferenças entre eles. Argumenta-se que a oferta de cuidado aqui analisada atende às demandas que se diferenciam dos CAPSi, da atenção básica e dos ambulatórios, e tem potencial para fortalecer a autonomia das famílias, indo assim na contramão da medicalização.

Palavras-chave: crianças; família; agressividade; saúde mental; cuidado.

* Psicóloga, Doutora em Saúde Coletiva, Instituto de Psicologia e Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.
email: vaniabus@yahoo.com

Agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de Pós-Doutorado Sênior, processo 108601/2017-0; a Rosana Onocko-Campos, pelo acolhimento como supervisora no pós-doutorado na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; e às colegas do projeto Brincando em Família, pela parceria de sempre.

ABSTRACT

This article focuses on mental health care for children within the context of aggressiveness complaints. The study was carried out in the “Brincando em Família” (family playing) project in Salvador, Bahia, and assists children together with their families. This case study entailed the analysis of a clinical case consisting of a child and his family, assisted for a few months, analyzed from a psychoanalytic perspective. The results were that aggressive expression is part of a process of emotional maturation in which it is important for the child to express aggression, experience the survival of the environment and thus build a relationship based on trust. The socio-cultural aspects that naturalize aggressiveness as a characteristic of the male device of efficacy are pointed out and highlighted as a dimension that demands new studies. The importance of including the family in the proffered care is shown, since this allows family members to understand and welcome the child’s emotional needs and to increase respect for the differences between them. It is argued that the care offered here addresses demands that are different from CAPSi, basic care and outpatient care, and has the potential to strengthen the autonomy of families, thus counteracting medicalization.

Keywords: children; family; aggressiveness; mental health; care.

RESUMEN

Este artículo aborda el cuidado en salud mental a niños que llegan con quejas de agresividad. El estudio fue realizado en el proyecto “Brincando em Família” (jugando en familia), en Salvador, Bahía, asistiendo a niños acompañados por sus familias. El método involucró el análisis del caso clínico de un niño y su familia, atendido durante algunos meses, trabajado dentro del abordaje psicoanalítico. Como resultados encontramos que las expresiones agresivas constituyen un proceso de maduración emocional donde, para el niño, es importante manifestar agresividad, vivenciar la supervivencia del ambiente y así poder construir una relación de confianza. Los aspectos socioculturales que naturalizan la agresividad como característica del dispositivo masculino de la eficacia son señalados y destacados como una dimensión que demanda nuevos estudios. Se muestra la importancia de incluir a la familia en el cuidado ofrecido, dado que esto propició avances en las posibilidades de los familiares de comprender y acoger las necesidades emocionales del niño, ampliando el respeto a las diferencias. Argumentamos que la oferta de cuidado analizada atiende a demandas que se diferencian de los CAPSi, de la atención básica y de los ambulatorios, y tiene potencial para fortalecer la autonomía de las familias, yendo así en contra de la medicalización.

Palabras clave: niños; familia; agresividad; salud mental; cuidado.

Introdução

O presente trabalho aborda dois aspectos importantes no campo da saúde mental infantil: a oferta de cuidado à criança e sua família num mesmo espaço terapêutico e, paralelamente, o trabalho de acolher e construir novos sentidos para as queixas de agressividade em crianças. Para realizar esse propósito é necessária, inicialmente, uma contextualização histórica do campo da saúde mental infantil. Após, apresentam-se as contribuições psicanalíticas, seguidas do relato de um caso clínico.

A inclusão de crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira só foi formalmente iniciada em 2001, pouco depois da promulgação da Lei nº 10.216, que estabelece a saúde mental como política de governo. Na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), pela primeira vez foram produzidas formulações envolvendo crianças e adolescentes. Em 2002, foi publicada a Portaria nº 336 do Ministério da Saúde, contendo um capítulo específico que versa sobre a criação dos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi), que têm como características serem serviços ambulatoriais e também funcionarem como reguladores da porta de entrada da rede assistencial, assim como se responsabilizarem pela organização da demanda e da rede de cuidados no território (Brasil, 2002).

Em 2005, no documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil” (Brasil, 2005), produzido pelo Ministério da Saúde, são formulados como princípios para uma política nacional de saúde mental infantojuvenil: (1) Toda criança ou adolescente a cuidar é um sujeito. Isso implica a ideia de responsabilidade “pela sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma”, bem como se reporta a um sujeito de direitos, incluindo o direito a cuidado, enquanto sujeito singular; (2) Acolhimento universal para quem chega ao serviço, onde, após receber e ouvir a demanda, é preciso dar uma resposta; (3) Encaminhamento implicado; (4) Construção permanente da rede que inclui o trabalho com os demais serviços e equipamentos do território; (5) Trabalho no território, entendido como o lugar psicossocial do sujeito; (6) Intersetorialidade na ação do cuidado.

O papel estratégico do CAPSi junto aos diferentes serviços e setores é reforçado com a formulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria MS/GM nº 3.088 do Ministério da Saúde (Brasil, 2011) e, nesse sentido, “o trabalho em rede chama nossa atenção para construção de relações com os diferentes serviços, que são em si mesmas redes, uma vez que sustentam práticas.” (Bertoul, 2014, p. 51).

Ao refletir sobre o conceito de saúde mental, usando o referencial da clínica ampliada, Campos (2016) aponta que “saúde mental tem a ver com a liber-

dade e autonomia das pessoas, com a dificuldade do sujeito de lidar com a rede de dependência que toda existência engendra” (p. 33). Desse modo, a saúde mental ampliada como conjunto de práticas seria tanto terapêutica quanto preventiva, indo muito além de “uma prática centrada no alívio de sintomas incômodos ou no treinamento de comportamentos adequados ao meio social” (p. 33). O autor aponta que atribuir à estratégia de saúde da família a responsabilidade por cuidar de diversas “dificuldades de viver”, outras modalidades de sofrimento psíquico ou distúrbios intermediários constitui um encargo demasiado grande para a atenção básica. Isto se deve à necessidade do apoio matricial para a construção do cuidado em saúde mental e, de um modo amplo, refletir sobre a construção de diversas modalidades de cuidado.

Onocko-Campos (2012) aponta a existência de importantes falhas na atual política pública de saúde mental para crianças, pois as intervenções não observam o contexto, a cultura e as redes de atendimento ao sujeito. O efeito disso, muitas vezes, é a fragilização dos sujeitos em sua família. Em diálogo com a obra de Winnicott, essa autora argumenta que “não há como atendermos crianças gravemente perturbadas, ou em risco sério de sê-lo, sem acolhermos e trabalharmos também clinicamente com as suas mães, e com seu ambiente” (p. 143). Destarte, é preciso que os serviços de saúde mental, tais como o CAPSi, atentem para o fato que “o trabalho com a dupla mãe-filho faz parte das suas tarefas primárias e não é um acréscimo inesperado!” (p. 143).

As pesquisas que incluem a família no emergente campo da saúde mental infantojuvenil evidenciam a persistência de lacunas na assistência e no registro de informações e também apontam a necessidade de aprofundar estudos sobre essa temática. De um lado, encontram-se alguns dados quantitativos sobre as famílias em estudos de caracterização de usuários, que mostram serem as mulheres, majoritariamente, as responsáveis pelo cuidado das crianças (Muylaert, Delfini & Reis, 2015; Reis, Delfini, Dombi-Barbosa & Bertolini, 2010). Também existem estudos qualitativos que buscam compreender os sentimentos dos familiares e os itinerários terapêuticos percorridos (Delfini, Bastos & Reis, 2017). Outros pesquisadores, ao analisarem as condutas terapêuticas de atenção às famílias em CAPSi no estado de São Paulo, se deparam com a falta de registro nos prontuários e com evidências de escassas ofertas para as famílias. (Dombi-Barbosa, Bertolino, Fonseca, Tavares & Reis, 2009)

Dentre os estudos que abordam as experiências de cuidado incluindo os familiares, Paravidini e Chaves (2012) relatam a experiência de atendimentos ambulatoriais a crianças e seus pais – como parte de um projeto de pesquisa e extensão da Universidade Federal de Uberlândia – em que a psicoterapia é condu-

zida por uma dupla de terapeutas. Os autores apontam o grande potencial desse trabalho para fortalecer as relações entre pais e filhos.

O “Brincando em Família”, realizado em Salvador, BA, é um projeto de ensino, pesquisa e extensão, vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA), que oferta um serviço de promoção da saúde e cuidado à saúde mental e ao desenvolvimento de crianças e suas famílias. É uma proposta que preenche lacunas assistenciais deixadas pela especificidade da cobertura dos CAPSi, serviços centrados em casos considerados “graves”, e a atenção básica que deve se responsabilizar pelos casos “leves” e que frequentemente não consegue oferecer um acompanhamento processual. Outras características são a liberdade para frequentar o serviço, que habitualmente funciona em dois turnos por semana, e o fato de funcionar com as portas abertas, assim como não ser necessário que existam queixas para frequentar o espaço (Bustamante, Oliveira & Rodrigues, 2017).

A psicanálise proporciona suporte teórico e técnico ao projeto. Compreende-se a psicanálise como disciplina teórica, abordagem terapêutica e estratégia de pesquisa, onde alguns pressupostos técnicos, como o trabalho com a transferência, são fundamentais. Dialoga-se especialmente com a teoria geral do cuidado que, operando um atravessamento de paradigmas em psicanálise (Figueiredo, 2009), ressalta que o cuidado ocorre na integração de quatro matrizes de intersubjetividade: intersubjetividade trans-subjetiva, traumática, interpessoal e intrapsíquica (Coelho Junior & Figueiredo, 2004).

Ao situar a teoria geral do cuidado, Figueiredo (2014) se coloca em sintonia com a preocupação de “[...] ampliar os dispositivos que podem ser acionados nas diversas situações em que o analista é chamado para atuar junto a outros profissionais” (p. 10). Nesses contextos, “[...] uma teoria geral do cuidado de orientação psicanalítica pode oferecer uma plataforma básica para todas as disciplinas e práticas envolvidas” (p. 10). Assim, a psicanálise se situa entre as práticas de cuidado e tais práticas se diferenciam em função dos dispositivos de cuidado que cada uma institui e sustenta. No caso da psicanálise, trata-se da situação analisante.

Para Figueiredo (2009), a figura de alteridade – o agente de cuidado – pode ser entendida a partir de duas categorias: *presença implicada* e *presença em reserva*. Exercer essas duas funções é fundamental para o cuidado integral, pois a primeira se refere ao “fazer coisas”, enquanto que a segunda requer neutralidade, silêncio. O agente de cuidado, em presença implicada, apresenta-se em três modalidades: *Sustentar e conter*; *Reconhecer*; *Interpelar e reclamar*. Cada modalidade está relacionada com a figura de alteridade. O autor aponta a complementaridade entre as três modalidades de cuidado e destaca que elas têm de estar em equilíbrio

para a instalação de uma “capacidade de fazer sentido no indivíduo” (Figueiredo, 2009, p. 140). Por outro lado, para além da presença implicada, o cuidado exige certo afastamento: a *presença em reserva* que, tal como o equilíbrio nas funções da *presença implicada*, requer ausência. O cuidado poderia ser pensado como estar presente e, ao mesmo tempo, fazer outras coisas. Quando o cuidador se permite estar em ausência, canaliza para o sujeito um espaço criativo, no qual ele poderá exercer sua capacidade para brincar, fantasiar, pensar e criar o mundo de acordo com suas possibilidades. Na presença em reserva, o agente de cuidado chama à ação.

Figueiredo (2009) ainda discute os *extravios e excessos nas funções de cuidado*, relativos aos *exageros da implicação*. As três *funções da presença implicada*, quando em excesso, sucessivamente: (1) sufocam e não dão sossego ao objeto de cuidado; (2) produzem uma especularidade narcísica, onde a dependência e alienação se estabelecem; (3) geram um traumatismo crônico devido ao outro que interpela e reclama em demasia enquanto o sujeito se vê impotente ou, ainda, se torna um sujeito com um superego severo. É preciso que o cuidador possa se desapegar, cuidar de si e deixar-se ser cuidado por um outro, por exemplo, permitindo a entrada de um terceiro na relação, ou ainda, percebendo que mesmo o objeto de cuidado pode cuidar do seu cuidador. A possibilidade de que quem recebe cuidado possa se tornar também um cuidador, e assim construir mutualidade no cuidado, é uma expressão de saúde (Figueiredo, 2014).

Com base nessa perspectiva, o projeto “Brincando em Família” é entendido como um espaço onde o cuidado não é tarefa exclusiva das terapeutas – psicólogas e estagiárias que se apresentam como “acolhedoras” –, mas é construído também a partir da oferta de um ambiente acolhedor onde crianças e adultos podem cuidar e ser cuidados ao ter experiências como brincar, conversar, até mesmo se desentender e brigar. Guiada por essa compreensão, a equipe permanece disponível e atenta aos momentos em que se faz necessária a presença implicada, onde é preciso sustentar (como escutar alguém que precisa muito falar), reconhecer (ao valorizar o esforço de uma mãe para trazer o filho ao projeto) e também interperlar e reclamar (quando é preciso expressar que os limites estão sendo testados ou quando é preciso convocar maior envolvimento das famílias no espaço).

Como parte de um estudo de caracterização dos usuários do projeto “Brincando em Família”, Rangel, Bustamante e Silva (2015) identificam que, entre as famílias que trouxeram queixas, a referida com mais frequência foi quanto a “problemas de comportamento”, predominantemente em meninos. As autoras mostram que esse achado está em consonância com os resultados de diversos estudos de caracterização de usuários, tanto de clínicas-escolas quanto de CAPSi

que atendem crianças e adolescentes. Não se trata de um diagnóstico, mas de uma queixa que aparece com muita constância e requer maiores reflexões para assim se pensar em políticas públicas que se desdobrem em ofertas de cuidado mais adequadas. Sob esse prisma, espera-se que este estudo possa trazer contribuições para os diferentes matizes de análises que o tema requer.

Existem diversos modos de compreender a agressividade e certamente se faz necessária uma abordagem interdisciplinar (Birman, 2006), o que não será possível realizar aqui, posto que apenas serão esboçadas algumas contribuições. Por um lado, a análise do comportamento, uma perspectiva teórica bastante presente na psicologia, aponta que os problemas externalizantes:

Em geral, são considerados indicadores iniciais do comportamento antissocial infantil e podem evoluir para transtornos mentais, como o Transtorno de Conduta, o Transtorno Desafiador Opositivo e o Transtorno de Personalidade Antissocial (APA, 2002). Tais problemas envolvem queixas de agressividade, impulsividade, problemas de atenção e delinquência. (Lins, Alvarenga, Paixão, Almeida & Costa, 2012)

Já na perspectiva psicanalítica, trata-se de refletir sobre os sentidos da agressividade para as crianças e suas famílias dentro do contexto em que vivem e de construir ofertas de cuidado que possam ir ao encontro das necessidades emocionais de crianças e adultos.

Segundo Birman (2006), a agressividade vem ganhando espaço nas teorias psicanalíticas e se “impõe hoje de maneira insistente e irrevogável” (p. 361), considerando as demandas das pessoas que chegam aos consultórios e outros espaços onde os psicanalistas trabalham:

as formas contemporâneas de mal-estar caracterizam-se pelo predomínio dos registros do *corpo*, da *ação* e das *intensidades* na enunciação das queixas dos pacientes, sejam esses frequentadores dos divãs dos analistas, sejam dos consultórios dos psiquiatras ou dos psicoterapeutas. Ao lado disso, os registros da linguagem e do pensamento se empobrecem vivamente nas formas de ser daqueles. (Birman, 2006, p. 361)

Num trabalho em que reflete sobre a agressividade em psicanálise, com ênfase nas obras de Freud, Lacan e Winnicott, Birman (2006) mostra que a agres-

sividade foi ganhando espaço na psicanálise. Enquanto na primeira teoria pulsional de Freud a agressividade “pendia ora para o polo da pulsão sexual, ora para o da pulsão do eu” (p. 363), na virada dos anos 20 “a oposição entre pulsão de vida e pulsão de morte ofereceu um outro quadrante teórico à agressividade” (p. 364), e nesse sentido:

[...] se, classicamente, a agressividade se restringia à relação do sujeito com o outro, na violência que o primeiro exercia sobre o segundo, no discurso freudiano após os anos 1920, a agressividade circula no campo do sujeito de diferentes maneiras: masoquismo e autodestrutividade, sadismo e destrutividade, e ainda nas relações agressivas estabelecidas entre as diferentes instâncias psíquicas (Birman, 2006, p. 365)

Winnicott, que não trabalha com a teoria pulsional freudiana, constrói uma teorização original sobre a agressividade, que considera central para a construção da relação com a realidade. Ele considera que a agressividade é inerente à natureza humana, pois faz parte do estar vivo, e não tem uma única raiz nem um significado unívoco (Dias, 2000). Assim:

Se o ambiente fornece cuidados satisfatórios e se mostra capaz de reconhecer, aceitar e integrar essa manifestação do humano, a fonte de agressividade – que, no início, é motilidade e parte do apetite – torna-se integrada à personalidade total do indivíduo e será elemento central em sua capacidade de relacionar-se com outros, de defender seu território, de brincar e de trabalhar. Se não for integrada, a agressividade terá que ser escondida (timidez, autocontrole) ou cindida, ou ainda poderá redundar em comportamento antissocial, violência ou compulsão à destruição (Dias, 2000, p. 13)

Segundo Winnicott, nos estágios iniciais do desenvolvimento, os afetos ainda não estão desenvolvidos e então a agressividade não ter a ver com amor ou ódio:

Amar e odiar são conquistas do amadurecimento que têm pré-requisitos. Se o indivíduo não se constituir como um EU, se ele não puder proceder à criação da externalidade pela destruição sem raiva, *no anger*, dos objetos subjetivos e não puder usar objetos que são in-

dependentes e externos ao si-mesmo, ele não poderá usar esses objetos para o amor, na genitalidade, por exemplo, nem poderá odiá-los. O ódio, diz Winnicott, é uma conquista da civilização (Dias, 2000, p. 13)

O desenvolvimento da capacidade de usar um objeto é, para Winnicott (1971/1975), um exemplo de como o amadurecimento depende de um ambiente facilitador. O uso de um objeto é posterior à relação de objeto, onde o momento intermediário é fundamental, o objeto é localizado fora da zona de controle onipotente, ou seja, é percebido como um fenômeno exterior e não como uma entidade projetada. Depois o sujeito destrói o objeto que se tornou exterior; então é possível que o objeto sobreviva à destruição. Nesse momento, o objeto ganha valor por ter sobrevivido; o sujeito pode amá-lo e utilizá-lo. Winnicott (1971/1975) destaca que “enquanto o sujeito não destrói o objeto subjetivo (material de projeção), a destruição aparece e se torna um objeto central, na medida em que o objeto é objetivamente percebido, tem autonomia e pertence à realidade ‘compartilhada’” (p. 123). A destruição tem um papel na construção da realidade, pois localiza o sujeito fora da pessoa. Esse modo de compreender o amadurecimento emocional e o lugar da agressividade se relaciona estreitamente com uma clínica com características diferentes da clínica clássica freudiana, onde é primordial a oferta de um ambiente que propicie a integração e o amadurecimento emocional:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é. (Winnicott, 1971/1975, p. 59)

Antes de empreender a apresentação e análise de um caso clínico, é preciso trazer como ressalva que a compreensão winnicottiana da agressividade e sua relação com o amadurecimento emocional não deve ser utilizada para atribuir uma origem infantil ao sofrimento do presente. Para Aiello-Vaisberg (2017), é preciso avançar em relação à ideia de que o sofrimento emocional e os sintomas atuais estão estreitamente relacionados com experiências da infância na relação com a figura materna. Nesse sentido, é preciso considerar o sofrimento social, gerado por fenômenos como o racismo, o sexismo e outras formas de discriminação, que podem levar a experiências de despersonalização.

Com base na argumentação apresentada, no presente estudo busca-se refletir sobre como se apresentam as queixas de agressividade em um serviço de saúde mental infantil, de orientação psicanalítica, que atende a criança e sua família, e sobre as possibilidades terapêuticas dessa modalidade assistencial. Isto será feito pela análise de um caso clínico, tal como o descrito a seguir.

Método

Esta é uma pesquisa qualitativa, um estudo de caso clínico sob orientação psicanalítica. Nesse sentido, vale recuperar aqui a perspectiva de Safra (2001), que, ao defender a utilização do método psicanalítico na produção de conhecimento dentro da Universidade, destaca que um princípio fundamental da investigação em psicanálise é ser “*um processo investigativo não conclusivo*” (p. 173). Franke e Silva (2012, p. 43) destacam que “os princípios norteadores da pesquisa em psicanálise não diferem daqueles que estabelecem seu exercício clínico, ou seja, são os mesmos que sustentam a prática”.

É no relato clínico que se fundamenta a construção teórica em psicanálise, na medida em que o caso, único, permanece como marca distintiva do método psicanalítico. A construção do caso inclui os dados da história do paciente e dos acontecimentos das sessões, e o trabalho de supervisão também faz parte. É preciso ainda que se coloque um enigma, uma interrogação à qual o analista tentará responder ao dialogar com a teoria psicanalítica (Franke & Silva, 2012). Com base na comparação entre um caso atendido em uma instituição e outro atendido em consultório individual, Zanetti e Kupfer (2006) inferem que caberá aos profissionais da instituição cuidar para que o acompanhamento seja sistemático e assim poder-se construir o caso clínico. Nesse sentido, considera-se que o projeto “Brincando em Família” tem condições propícias para desenvolver tal estudo, pois realiza reuniões semanais de estudo e supervisão, em que a equipe – formada por psicólogas e estudantes de psicologia – discute a compreensão e o manejo dos casos, ao mesmo tempo em que elabora um registro sistemático de todos os atendimentos.

Sob tais fundamentações, aborda-se aqui o trabalho desenvolvido com Pedro, um menino de 5 anos, e sua família, que inclui o pai Manoel, a madrasta Laura, o coirmão Lucas (de 9 anos) e a mãe Paula. A família esteve presente em 25 encontros ao longo de 9 meses no ano de 2017. Todos os atendimentos foram registrados em relatos, produzidos por vários membros da equipe – psicólogas e estudantes – que tiveram contato com a família. O caso foi discutido nas supervi-

sões semanais da equipe. Destarte, foi produzido um psicodiagnóstico interventivo (Barbieri, 2009) e realizada uma visita escolar. Todos esses registros foram incluídos na construção do caso clínico.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma unidade da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 120.687). Como parte dos cuidados éticos, e visando a garantir sigilo e anonimato, todos os nomes utilizados são fictícios e alguns dados dos participantes foram adaptados. Cabe mencionar que Manoel, como principal responsável por Pedro, aceitou participar do estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento foi discutido com detalhes na primeira visita da família, deixando claro que o acesso aos serviços não estava condicionado à assinatura do TCLE.

A construção de um caso clínico no cuidado a Pedro e sua família

No primeiro dia, Pedro veio junto com o pai Manoel e a madrasta Laura. Trata-se de um menino negro, com um olhar bastante expressivo que, nesse primeiro momento, se mostrou interessado em conhecer os diversos brinquedos e materiais disponíveis no espaço. Inicialmente teve dificuldade para escolher dentre tantas opções. Aos poucos foi brincando com diversos bonecos e mostrando-os ao pai e à madrasta. Desde o primeiro encontro, Pedro gostou especialmente de brincar com dois bonecos grandes (de aproximadamente 70 centímetros de altura) – o Super-homem e o Capitão América.

Enquanto Pedro explorava o espaço, o casal relatou que vieram por indicação de um CAPSi, trazendo um encaminhamento por escrito, onde estava registrado “a família refere que a criança apresenta comportamento agressivo e impulsivo, apresentando dificuldade para acatar limites e regras” (Trecho do encaminhamento). Após uma entrevista de acolhimento, na qual se verificou que Pedro não apresenta “comprometimento cognitivo e ou psiquiátrico” (Trecho do encaminhamento) a profissional do CAPSi o encaminhou ao “Brincando em Família” “para avaliação e acompanhamento” (Trecho do encaminhamento).

O casal expressa que Pedro não consegue brincar com outras crianças sem bater ou causar tensões. É preciso prestar atenção nele o tempo todo para que não bata em outras crianças, que podem devolver a agressão, especialmente quando são crianças maiores. Este comportamento foi descrito pela escola e também visto no ambiente familiar.

Atualmente Pedro está morando com o pai, a madrasta e os dois filhos dela (de 9 e 14 anos). Trata-se de uma mudança recente, pois até há poucos meses a criança morava com a avó paterna. O casal considera que a mudança está sendo difícil para Pedro, pois a avó o criava sem regras nem limites, fazendo todas as suas vontades. Já na casa atual existem regras; Laura diz estimular a autonomia e responsabilidade de Pedro buscando conversar com ele e não utilizar castigo físico.

Outra fonte de conflitos na família é a relação com Paula, a mãe de Pedro. Segundo Manoel, ele e Paula tiveram um relacionamento conflituoso, e a gravidez de Pedro aconteceu muito rapidamente e sem ser planejada. Eles optaram por morar juntos, em uma casa próxima da mãe de Manoel. Pedro nasceu prematuro e teve problemas respiratórios desde pequeno. Quando estava com poucos dias de nascido, a avó materna o levou para a casa dela, oferecendo-se para cuidar dele. Paula e Manoel se separaram e Pedro “foi ficando” (expressão usada pelo pai) na casa da avó, tendo pouco contato com Paula.

Recentemente Paula moveu um processo judicial alegando que estava sendo impedida de ver o filho. O processo culminou na decisão de guarda compartilhada, pela qual Pedro mora com o pai e passa alguns momentos da semana com a mãe, assim como alguns finais de semana. Segundo Manoel e Laura, o contato é tenso, porque Paula não cumpre com os horários combinados de buscar o filho e o diálogo entre eles é difícil. O casal acredita que essa situação influencia o comportamento de Pedro. Já no primeiro encontro considerou-se que seria muito importante convidar Paula para vir ao projeto.

Paula então se apresentou, na quarta visita de Pedro ao projeto, dizendo que trará o filho ao projeto, pois Manoel trabalha regularmente como pedreiro; porém, considera que o filho não precisa de acompanhamento psicológico – “Meu filho não é louco. É agressivo como qualquer criança”. Menciona que Manoel informou-lhe que no projeto seriam dadas orientações sobre como tratar o filho. A acolhedora pergunta se ela achava necessário receber orientações – Paula responde que sim. A acolhedora responde que ela, como mãe de Pedro, sabe o que é melhor para o filho. Isto parece surpreender Paula, que gagueja e depois assente. Paula então comenta que pretende “pegar Pedro de volta para criar ele”, assim que puder construir uma moradia para ela, o atual companheiro e o filho de 8 anos, em uma laje recentemente adquirida.

Pedro se relaciona intensamente com o projeto, tanto com a equipe de acolhedores quanto com outras crianças e adultos. Faz contato com os diversos brinquedos e materiais disponíveis: pinta usando tintas, veste fantasias, brinca de comidinha, de faz de conta com bonecos, carrinhos e animais. Transita entre expressões de agressividade e desqualificação do outro, ao solicitar a presença dos

acolhedores fazendo elogios. O seguinte relato de um atendimento é ilustrativo do modo como Pedro se relaciona no projeto, especialmente nos primeiros meses:

Logo que Pedro chegou, já foi pegando brinquedo de outras crianças, dizendo que a brincadeira estava toda errada e que ia brincar sozinho. Ele dizia que era ele quem mandava. Gritava que era para eu sair de lá. Depois, ficava me delegando algumas funções. Às vezes eu não aceitava, dizia que não queria, que queria brincar junto, mas não ficar com ele me dando ordens sobre a brincadeira o tempo todo. Ele parece querer provocar. Diz que quem manda é ele.

Às vezes as expressões de agressividade tomam a forma de uma arma e Pedro aponta para uma acolhedora dizendo “vou atirar em você”, frequentemente diante do questionamento – “Pedro, por que você quer atirar em mim?” O revólver volta a sua forma original de secador de cabelo e Pedro brinca de pentear os cabelos da mesma acolhedora. As lutas entre amigos também são comuns: Pedro se aproxima com dois bonecos, Super-homem e Capitão América. Eles estavam em luta e Pedro batia em um e em outro. Não parecia estar com raiva, ao contrário, se divertia batendo nos bonecos. Pergunto se eles fizeram algo que deixou o outro irritado. Ele diz que os dois estavam brigando, porque se desentenderam, que o Super-homem havia batido no Capitão e ele estava revidando.

Pedro gosta de brincar de cozinhar e se mostra criativo ao preparar pratos. Também chama a atenção a tentativa de controle na brincadeira:

É Pedro quem precisa cozinhar e preparar tudo, escolher a receita, separar os ingredientes, prepará-los e servir. Fui tentando respeitar os movimentos dele, e também continuar participando da brincadeira. Ele disse que iria fazer um pirão para o pai e o acordou para servi-lo. Manoel ria e aceitava. Pedro dizia “come rapaz”. Ele é quem fazia tudo “Deixa que eu faço, você lava os pratos”. Eu disse a ele que queria ajudar com a receita, se não poderíamos dividir as tarefas, mas ele resistia. No fim, Pedro praticamente mandou que eu lavasse os pratos. Questionei o modo autoritário que ele se posicionou. Ele disse que já tinha feito tudo e que eu não tinha feito nada. Eu devolvi dizendo que tínhamos dividido as tarefas de cozinhar e que era ele quem queria fazer tudo sozinho. Ele ficou pensativo e, dessa vez, pediu que eu lavasse os pratos. (Relato de atendimento)

Em outros momentos, agressividade e necessidade de controle aparecem juntas:

Pedro me colocou de castigo. Estava bastante irritado e quando eu fiz menção de falar algo, ele ficou mais exaltado, agressivo/intimidador, e com a mão fechada e apenas o dedo indicador apontado para mim disse “calada!” Quando eu insisti mais um pouco que não queria ficar ali, não merecia o castigo, ele me bateu. Quando pontuei: “você me bateu Pedro”, ele pareceu voltar a si e constatar o que fez, se redimiou. Em outro momento Pedro fez questão de sentar no meu colo, e deitou em cima de mim e teve uma hora que ele me disse “De que você não gosta?” Eu disse, eu não gosto de apanhar, no que ele me respondeu, como se fosse um grande feito “Quando eu apanho fortão, eu não sinto dor”. (Relato de atendimento)

Os conflitos e desencontros com Paula foram relatados em vários momentos. No sexto encontro, Manoel relata que ficou combinado que, por ser o dia das mães, Paula passaria o domingo com Pedro. A criança passou o dia esperando e Paula não chegou. Nessa noite, muito chateado e triste, pergunta a Laura: – “você quer ser minha mãe?”. Laura responde que pode ser uma mãe emprestada. Pedro então comenta: “você é minha mãe consertada”.

Frequentemente escutamos queixas feitas por Manoel a respeito de Paula e vice-versa. A equipe se coloca disponível para escutar o que Paula e Manoel quiserem expressar, sem tomar partido e propiciando que ambos se coloquem no lugar de Pedro. Manoel relata que ela não cumpre os acordos, não cuida bem de dar a medicação que Pedro usa para controlar a asma. A acolhedora valida a perspectiva de Manoel e também pondera que parece ser mais difícil para Paula cuidar do Pedro, pois ela não tem apoio familiar e ainda tem outra filha. Já Manoel conta com o apoio da mãe dele, da esposa e dos filhos desta. Manoel fica reflexivo. Em outros momentos de diálogo com Paula, a equipe também acolhe a perspectiva de Paula, para quem o filho não precisa de psicólogo.

Em vários momentos Pedro manifesta o desejo de ter Paula como mãe; ao mesmo tempo, tenta lidar com o fato de não poder confiar na vinda da mãe nos horários pactuados: “sábado é dia da minha mãe Paula vir me buscar, se ela ligar, se ela vier”. Em outra ocasião, Pedro expressa: “sábado ela não vem me buscar”.

A transferência de Pedro com o projeto é bastante intensa. Pedro parece ter percebido que pode confiar no ambiente. Inclusive fala sobre o projeto em casa e

na escola: “Estou indo ao psicólogo brincar”. Assim, após um período de intensa agressividade, onde a equipe “sobrevive”, Pedro parece perceber a existência real dos acolhedores, que podia ser usada por ele. Os relatos de melhoras no comportamento de Pedro são trazidos por Manoel, que faz referência a estar recebendo elogios sobre Pedro na escola. Laura também relata melhoras em casa. O próprio Pedro procura mostrar seus avanços na escolaridade, como foi registrado no seguinte relato de atendimento:

Pedro me mostra como se escreve o nome dele. Letra por letra. Foi um momento muito legal. Ele escreveu o dele e eu o meu. Depois ele escreveu o meu, o de Manoel e o de Laura, se divertia e comemorava cada acerto.

Manoel explicita que tem observado o modo como a equipe conversa com Pedro, que está fazendo assim também e com isso a comunicação entre ambos tem melhorado. Este é um exemplo de um momento em que o sujeito de cuidado pode se tornar também cuidador, o que é expressão de saúde (Figueiredo, 2014).

A equipe pôde sustentar uma atitude de aceitação de Paula como mãe. Percebeu-se uma diminuição do movimento de se defender e fazer questão de se mostrar como uma mãe comprometida com o filho. Apesar da persistência de um comportamento sentido como apático por vários membros da equipe, houve momentos de aproximação entre mãe e filho, frequentemente propiciados por Pedro.

O projeto passou por mudanças importantes durante o período em que Pedro e sua família o frequentaram. A principal foi o fechamento do turno de atendimento frequentado por Pedro, quinta à tarde, ficando só na terça pela manhã. Pedro continuou frequentando durante algumas terças, pois, segundo Manoel e Laura, o projeto fazia muito bem a Pedro e a professora considerava que ele deveria frequentar quinzenalmente, mesmo perdendo aulas. Paula, mesmo mantendo suas ressalvas, se dispôs a trazer Pedro, pois o novo horário coincidia com o trabalho de Manoel.

Nesse período Pedro demonstrava interesse pelo personagem “Lobo mau”, tanto no sentido de brincar com outro menino, em que ambos eram lobos maus, quanto na procura de livros:

Pedro passou um tempo procurando uma história que tivesse o personagem “Lobo mau”. Ele encontrou a história do Chapeuzinho Vermelho. Li para Pedro, que ficou ao meu lado atento à história. Ao final da

história observei que ele foi mostrar o livro a sua mãe. E percebemos expressões de carinho entre mãe e filho. (Relato de atendimento)

Os livros de “Lobo Mau” parecem ser o espaço onde Pedro pode simbolizar a própria agressividade:

Outro dia Pedro começa a procurar livros e dizer que quer um que tem Lobo mau. Pegamos um de Chapeuzinho Vermelho. A partir dos desenhos, Pedro narra a história mais de uma vez. No livro é contado que o lobo fugiu após a chegada do caçador. Pedro fala que o caçador tinha matado o lobo, eu falo que não, que o caçador chegou e o lobo tinha ficado com medo, mas ele diz que seria para matá-lo, pois o lobo queria matar a vovozinha. Depois ele me conta que uma vez chegou um lobo lá na casa dele, quando ele estava dormindo. Pergunto o que ele fez e ele disse que matou o lobo e que nunca mais ele apareceu. (Relato de atendimento)

Discussão

Com base nesse relato de caso, pode-se compreender a agressividade como expressão de necessidades de Pedro. Estas fazem parte de um processo singular de amadurecimento emocional. Pedro, ao vivenciar a sobrevivência dos acolhedores a seus movimentos agressivos, passa a senti-los como objetos reais e a poder usá-los. Por outro lado, a agressividade faz parte de processos intersubjetivos, onde existe sofrimento social, especialmente práticas sexistas.

O comportamento de Pedro foi entendido como demanda ao ambiente. Pedro pode ter experiências de integração, a partir da sobrevivência do objeto a seus ataques agressivos, em que o ódio pôde ser sentido pela equipe, porém não atuado. O registro contratransferencial de uma acolhedora é ilustrativo: “A relação com Pedro eu descrevo como uma relação de amor e ódio, pois, ao mesmo tempo que é uma criança carismática e conquistadora, ele também se mostra irritante e autoritário” (Relato de atendimento). É preciso que o cuidador esteja em contato com o próprio ódio contratransferencial, que possa reconhecer o sentimento em si mesmo, para se manter consciente diante da “carga emocional” trazida por seus pacientes, de modo a não interferir na postura e nas condutas adotadas pelos profissionais e compreender o que o sujeito comunica (Winnicott, 1947/1993),

a fim de ajudá-los a constituir experiências emocionais positivas. Para isso, foi fundamental o trabalho em equipe – um revezamento entre os acolhedores em momentos em que alguém da equipe sentia dificuldades para estar com Pedro. A supervisão semanal e o suporte teórico são centrais na construção do cuidado.

Ao poder usar os objetos, Pedro também consegue lidar de modo mais integrado com a própria agressividade. O interesse pelos livros de histórias e, especialmente, histórias de “Lobo Mau” é significativo. A agressividade é projetada em um símbolo disponível na cultura. Nas histórias, o “Lobo Mau” é sempre punido; assim, a agressividade pode ser mais simbolizada e menos atuada nas interações cotidianas. Acredita-se que, para Pedro, os livros de “Lobo Mau” funcionam como objeto transformacional derivado, um objeto que exerce funções básicas de cuidado, e que, como obra de arte, amplia as capacidades vitais somáticas e psíquicas (Figueiredo, 2014).

O cuidado foi ofertado a Pedro e aos membros da família que vieram ao serviço. A equipe permaneceu disponível para acolher e validar as perspectivas de todos, mostrando a potência de diferentes modos de lidar. Isto foi reconhecido por Manoel, quando disse que percebia o modo como a equipe dialogava com Pedro. E o fato de Paula continuar frequentando, apesar da manifesta discordância, mostra que algo a aproximava do projeto, provavelmente por sentir que não seria julgada.

Para compreender o cuidado oferecido a Pedro dentro da família, também é preciso refletir sobre aspectos socioculturais. Pedro chama Paula de “mãe Paula”, e chama a avó de “mãe Lu”. Os termos “mãe emprestada” ou “mãe consertada” fazem parte da possibilidade de uma criança ter várias mães, o que é característico quando se trata do fenômeno da circulação de crianças, expressão de dinâmicas familiares alternativas muito presentes no Brasil, embora com pouca visibilidade (Fonseca, 2002). Além disso, o fato de ter três mães é entendido aqui como expressão da autonomia das crianças na construção de relações de parentesco (Bustamante, 2013), evitando desenvolver exigências dirigidas a uma única pessoa com base na naturalização do laço biológico.

Quando Pedro diz “eu apanho fortão, não choro” e relata ser normal bater em amigos, pode-se pensar na presença do dispositivo masculino da eficácia, conceito descrito por Zanello (2018). A citada autora aponta que, em culturas sexistas, como a brasileira, “tornar-se pessoa é acoplado com tornar-se homem ou mulher e, portanto, implica em pedagogias afetivas (e performativas) distintas” (p. 57), onde os caminhos de subjetivação são criados e mantidos pelos “dispositivos” que implicam sempre “[...] um processo de subjetivação, ou seja devem produzir o seu sujeito” (Zanello, 2018, p. 55).

Zanello formula como dispositivos privilegiados dos processos de subjetivação no momento histórico atual, para as mulheres, os dispositivos amoroso e materno e, para os homens, o dispositivo da eficácia, baseado na virilidade sexual e laborativa. Tais processos de subjetivação criam também “[...] vulnerabilidades identitárias específicas e diferenciadas para homens e mulheres as quais se evidenciam no sofrimento psíquico” (p. 58). Sob esse enfoque: “observa-se que mulheres tendem, pelo próprio processo gendrado de subjetivação, à internalização: deprimem e choram, implodem; já homens, expressam-se pela externalização: majoritariamente, bebem/consomem drogas ou apresentam comportamentos de espectro antissocial” (Zanello, 2018, p. 272).

Acredita-se que é urgente desenvolver um olhar profissional sensível às questões de gênero, algo que já vem sendo feito no cotidiano do processo de supervisão e estudo do projeto “Brincando em Família”. Ampliar a reflexão sobre o caráter gendrado do sofrimento é uma tarefa urgente que certamente demandará novos estudos.

No serviço estudado é a família que escolhe em que momento deixa de frequentar e, ao mesmo tempo, sabe que pode retornar assim que quiser. No caso de Pedro, acredita-se que o deixar de frequentar teve relação com alguns fatores: o fechamento do turno de quinta-feira, a percepção de melhoras em Pedro e a confiança dos adultos de que contavam com mais recursos para lidar com suas dificuldades. Trata-se de um caso que se pode considerar “leve” e, ao mesmo tempo, “complexo”, pois não existem problemas graves de saúde mental. Contudo, há necessidade de um cuidado que se adapte às necessidades de Pedro e sua família.

Considerações finais

O presente estudo mostra a importância da oferta de cuidado, que se diferencia do CAPSi e também da atenção básica. Nesse sentido, preenche lacunas assistenciais. O espaço se manteve disponível para que a criança e sua família pudessem escolher o modo de frequentá-lo. Acredita-se que esta oferta de cuidado constitui uma alternativa a práticas medicalizantes e psicologizantes, pois visa compreender o sentido relacional das queixas, fortalecer a todos os membros da família sem a prescrição de um tratamento a ser seguido.

Este estudo evidencia ainda a importância e a potência de realizar um trabalho psicanalítico, construído no caso a caso, dentro de um contexto institucional, porém sem deixar de dialogar com questões sociais mais amplas, como o sofrimento social, os dispositivos de gênero e as dinâmicas alternativas de parentesco.

Como limitação desta pesquisa, é preciso lembrar que resultados obtidos em estudos de caso qualitativos não podem ser generalizados e que alguns aspectos teóricos presentes no caso clínico não puderam ser desenvolvidos em profundidade. Por outro lado, a importância deste trabalho reside nas perguntas e reflexões levantadas, que deverão ser mais aprofundados em novos estudos, inclusive no marco do mesmo projeto.

Referências

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2017). Estilo clínico ser e fazer: Resposta crítico-propositiva a despersonalização e sofrimento social. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, 37(92), 41-62.
- Barbieri, V. (2009). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: Fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia*, 59(131), 209-222.
- Bertoul, C. (2014). Os principais dispositivos e arranjos para a organização da Rede de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: Brasil (2014). *Saúde mental na infância e adolescência*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Birman, J. (2006). Arquivo da agressividade em psicanálise. *Natureza humana*, 8(2), 357-379.
- Brasil (2002). *Portaria MS/GM nº 336*, de 19/02/2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2005). *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil*. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2011). *Portaria MS/GM nº 3.088*, de 23/12/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bustamante, V. (2013). Cuidado e desenvolvimento em crianças escolares de Salvador. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 30(4), 507-515.
- Bustamante, V.; Oliveira, R.; Rodrigues, N. B. (2017). Acolhida e cuidado a crianças e famílias em um serviço de saúde mental infantil. *Psicologia Clínica*, 29(3), 429-447.
- Campos, G. W. de S. (2016). Saúde mental e atenção primária: Apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In: Nunes, M.; Landim, F. L. P. (org.). *Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano*, p. 29-46. Salvador: Edufba.
- Coelho Junior, N. E.; Figueiredo, L. C. (2004). Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: Dimensões da alteridade. *Interações*, 9(17), 9-28.
- Delfini, P. S. de S.; Bastos, I. T.; Reis, A. O. A. (2017). Peregrinação familiar: A busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(12), e00145816.
- Dias, E. O. (2000). Winnicott: Agressividade e teoria do amadurecimento. *Natureza humana*, 2(1), 9-48.

- Dombi-Barbosa, C.; Bertolino Neto, M. M.; Fonseca, F. L.; Tavares, C. M.; Reis, A. O. A. (2009). Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infantojuvenil (CAPSi) do estado de São Paulo. *Journal of Human Growth and Development*, 19(2), 262-268.
- Figueiredo, L. C. (2009). *As diversas faces do cuidar*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2014). *Cuidado, saúde e cultura: Trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante*. São Paulo: Escuta.
- Fonseca, C. (2002). Mãe é Uma Só?: Reflexões em torno de alguns casos brasileiros. *Psicologia USP*, 13(2), 49-68.
- Franke, D.; Silva, J. C. da (2012). Da escuta à escrita: A construção do caso clínico em psicanálise. *Psicanálise & Barroco em revista*, 10(2), 42-61.
- Lins, T.; Alvarenga, P.; Paixão, C.; Almeida, E.; Costa, H. (2012). Problemas externalizantes e agressividade infantil: Uma revisão de estudos brasileiros. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(3), 59-75.
- Muylaert, C. J.; Delfini, P. S. de S.; Reis, A. O. A. (2015). Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. *Physis*, 25(1), 41-58.
- Onocko-Campos, R. T. (2012). *Psicanálise e saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Paravidini, J. L. L.; Chaves, L. de S. (2012). Atendimento psicanalítico conjunto pais-crianças: Uma investigação teórica, técnica e metodológica. *Rev. SPAGESP*, 13(2), 4-11.
- Rangel, L. C. C.; Bustamante, V.; Silva, G. B. (2015). Caracterização da população de um serviço de saúde mental infantil em Salvador. *Psicologia em estudo*, 20(2), 273-284.
- Reis, A. O. A.; Delfini, P. S. S.; Dombi-Barbosa, C.; Bertolino Neto, M. M. (2010). Breve história da saúde mental infanto-juvenil. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O. Y. (org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec.
- Safra, G. (2001). Investigação em psicanálise na universidade. *Psicologia USP*, 12(2), 171-175.
- Winnicott, D. W. (1947/1993). O ódio na contratransferência. In: *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1947).
- Winnicott, D. W. (1971/1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.
- Zanetti, S. A. S.; Kupfer, M. C. M. (2006). O relato de casos clínicos em psicanálise: Um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, 11(21), 170-185.

Recebido em 05 de setembro de 2018

Aceito para publicação em 28 de novembro de 2018

MUDANÇAS NA CAPACIDADE DE MENTALIZAÇÃO NA PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA DE CRIANÇAS

*CHANGES IN MENTALIZATION ABILITY IN
CHILD PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY*

*CAMBIOS EN LA CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN
EN LA PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA DE NIÑOS*

*Cibele Carvalho **

*Sonia Liane Reichert Rovinski ***

*Guilherme Pacheco Fiorini ****

*Vera Regina Röhmelt Ramires *****

RESUMO

A mentalização tem sido considerada um elemento importante no processo de mudança na psicoterapia psicodinâmica. No entanto, há uma escassez de instrumentos disponíveis para avaliar o constructo com a população infantil. O Método de Rorschach tem sido sugerido como um procedimento capaz de avaliar a mentalização. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar possíveis mudanças no funcionamento psíquico global e na capacidade de mentalização na

* Psicóloga, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil.

email: cibele.carvalho8@gmail.com

** Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade de Santiago de Compostela, Espanha; Coordenadora do Curso de Especialização em Psicologia Jurídica da Projecto Soluções em Psicologia, Porto Alegre, RS, Brasil.

email: soniarovinski@gmail.com

*** Psicólogo, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil.

email: guilherme.fiorini@outlook.com

**** Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil.

email: vramires@unisinos.br

Os autores agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento do projeto de pesquisa e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de Doutorado da primeira autora e pela bolsa de Mestrado do terceiro autor.

psicoterapia psicodinâmica de crianças, de acordo com o Método de Rorschach (Sistema Exner). Foi realizado um estudo descritivo e longitudinal baseado no procedimento de Estudo de Caso Sistemático, do qual participaram três crianças em idade escolar. O Método de Rorschach foi aplicado no início e ao final do tratamento. As crianças apresentaram *deficit* na capacidade de mentalização no início do tratamento, associado a prejuízos no funcionamento psíquico global. Foi possível identificar mudanças na mentalização, ao final da psicoterapia, que se caracterizaram por avanços e retrocessos. O Método de Rorschach provou ser capaz de identificar mudanças na capacidade de mentalização das crianças analisadas.

Palavras-chave: psicoterapia psicodinâmica; mentalização; pesquisa de resultado; crianças; Rorschach.

ABSTRACT

Mentalization has been considered an important element in the process of change in psychodynamic psychotherapy. However, there is a shortage of available instruments to assess the construct in children. The Rorschach Method has been suggested as a procedure capable of evaluating mentalization. Thus, the aim of this study was to analyze possible changes in the global psychic functioning and in mentalization ability in child psychodynamic psychotherapy, according to the Rorschach Method (Exner System). A descriptive and longitudinal study based on the Systematic Case Study procedure was performed, in which three school-age children took part. The Rorschach Method was applied at the beginning and at the end of the treatment. The children presented impairments in their ability to mentalize at the beginning of the treatment, and it was possible to identify changes in this ability at the end of the psychotherapy. In addition, there was an association between deficits in mentalization and impairments in global psychic functioning. The changes in psychotherapy did not show a steady progress, but were marked by advances and setbacks. The Rorschach Method proved able to detect changes in the mentalization ability of the children.

Keywords: psychodynamic psychotherapy; mentalization; outcome research; children; Rorschach.

RESUMEN

La mentalización ha sido considerada un elemento importante en el proceso de cambio en la psicoterapia psicodinámica. Sin embargo, hay una escasez de instrumentos disponibles para evaluar el constructo con la población infantil. El método de Rorschach ha sido sugerido como un procedimiento capaz de evaluar

la mentalización. Así, el objetivo de este estudio fue analizar posibles cambios en el funcionamiento psíquico global y en la capacidad de mentalización en la psicoterapia psicodinámica de niños, de acuerdo con el Método de Rorschach (Sistema Exner). Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal basado en el procedimiento de Estudio de Caso Sistemático, en el que participaron tres niños en edad escolar. El método de Rorschach se aplicó al principio y al final del tratamiento. Los niños presentaron déficit en la capacidad de mentalización al inicio del tratamiento, que estuvieron asociados a pérdidas en el funcionamiento psíquico global. Fue posible identificar cambios en la mentalización, al final de la psicoterapia, que se caracterizaron por avances y retrocesos. El Método de Rorschach demostró ser capaz de identificar cambios en la capacidad de mentalización de los niños analizados.

Palabras clave: psicoterapia psicodinámica; mentalización; búsqueda de resultados; niños; Rorschach.

Introdução

A compreensão da própria mente e da dos outros, ou mentalização, tem sido considerada um elemento importante no processo da psicoterapia psicodinâmica e também um resultado possível após uma intervenção terapêutica. A mentalização é definida como a capacidade de compreender e interpretar o próprio comportamento e o dos outros, em termos de estados mentais subjacentes (sentimentos, crenças, intenções, desejos) (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012; Steele, Murphy & Steele, 2015). Trata-se de uma habilidade para construir modelos realistas de por que as pessoas se comportam, pensam e sentem da maneira que o fazem (Steele et al., 2015). Não é uma propriedade fixa da mente mas um processo, uma capacidade ou habilidade, a qual pode estar presente ou ausente em maior ou menor grau (Fonagy et al., 2012).

Peter Fonagy e colegas propuseram uma teoria para o desenvolvimento da mentalização (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002) que integra ideias da psicanálise, da teoria da mente, da psicologia do desenvolvimento e da neurociência cognitiva (Fonagy et al., 2012). Do ponto de vista conceitual, trata-se de um constructo multidimensional, que pode ser descrito em torno de quatro dimensões ou polaridades. A primeira, relacionada a dois modos de funcionamento, automático (implícito) e controlado (explícito); a segunda, relacionada a dois recursos, interno e externo; a terceira, relacionada a dois objetos, eu e o outro; e a quarta, relacionada a duas dimensões, cognitiva e afetiva, no que diz respeito a seu conteúdo e processo (Fonagy et al., 2012).

A mentalização explícita refere-se a um processo relativamente lento, tipicamente verbal e requer reflexão, atenção, intenção, consciência e esforço, pois envolve a atividade de pensar reflexivamente sobre as próprias ações e as dos outros (Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy et al., 2012). A mentalização implícita envolve um processo rápido, reflexivo e requer pouca ou nenhuma atenção, intenção, consciência e esforço (Fonagy et al., 2012). Os recursos internos dizem respeito a processos mentais interiores, de si mesmo e dos outros (pensamentos, sentimentos, experiências) e implicam processos mais ativos e controlados. Já os recursos externos referem-se a processos mentais que dependem de características físicas e visíveis das ações de si e dos outros (expressões faciais, postura corporal). Implicam processos menos controlados e reflexivos (Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy et al., 2012). Fundamentalmente, os dois objetos, o eu e o outro, mentalizam de forma interativa. O processo de imaginar os próprios pensamentos e sentimentos potencialmente determina a ideia de que eles estão em outra mente e vice-versa. Assim, o entendimento do interior mental dos outros implica o reconhecimento de que os outros têm mentes com desejos, pensamentos e sentimentos que podem ser diferentes dos próprios (Fonagy et al., 2012).

Com relação aos aspectos cognitivos e afetivos, a capacidade de mentalização requer uma variedade de habilidades cognitivas intactas que permitam aos indivíduos imaginar e raciocinar sobre os estados mentais com plausibilidade, flexibilidade e complexidade. Isso acontece por meio de processos mais controlados (cognitivos), mas de forma otimizada essa esfera cognitiva deve se integrar com a emoção, que compõe a base afetiva de tais raciocínios (Fonagy et al., 2012).

A integração de todas essas dimensões é compreendida como mentalização completa. Fonagy et al. (2012) sugeriram que diferentes formas de psicopatologia podem ser distinguidas em termos de inibição, desativação ou, simplesmente, disfunção de um ou de ambos os polos da mentalização, em uma ou várias das dimensões descritas.

Trata-se de uma capacidade desenvolvida nos primeiros anos de vida da criança e depende da qualidade da interação emocional estabelecida com os cuidadores, no contexto dos relacionamentos de apego. Seu desenvolvimento é crucial para a autorregulação, a regulação do afeto e o funcionamento interpessoal (Bateman & Fonagy, 2006).

Diversos estudos com a população adulta já evidenciaram a relação entre *deficits* na mentalização e diferentes desordens emocionais (Fonagy, Bateman & Bateman, 2011), como transtornos alimentares, depressão, ansiedade e transtornos de personalidade (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 2007). Na infância, embora em menor número, alguns estudos já demonstraram uma

capacidade de mentalizar prejudicada em crianças com transtorno do espectro autista (Goodman, Reed & Athey-Lloyd, 2015), depressão (Ramires, Schwan & Midgley, 2012) e que vivenciaram traumas (Ensink et al., 2014; Ramires & Godinho, 2011).

A mentalização também tem sido considerada um fator importante para entendimento do processo e resultado das psicoterapias, independente da abordagem teórica (Bateman & Fonagy, 2004; Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Bateman e Fonagy (2004) sugeriram que “a eficácia potencial de todos os tratamentos não depende tanto da sua estrutura, mas da sua capacidade de aumentar a capacidade de um paciente para mentalizar” (p. 46). Allen et al. (2008) conceitualizaram o processo de mudança terapêutica como o desenvolvimento da capacidade de refletir conscientemente sobre o funcionamento da própria mente, em toda a sua complexidade, pensando seriamente sobre a própria experiência e a dos outros. Melhoras na capacidade de mentalização foram relacionadas aos pacientes conseguirem observar as suas próprias emoções, identificar e compreender seus estados emocionais e os do outro e entender o aspecto consciente e inconsciente das relações entre seu comportamento e seus estados internos.

As pesquisas avaliando a mentalização na população infantil são, ainda, muito raras. No contexto brasileiro, alguns estudos evidenciaram mudanças nessa capacidade, com crianças que sofreram maus tratos (Ramires et al., 2012; Ramires & Godinho, 2011). Os estudos revelaram que baixos níveis de mentalização foram encontrados no início do tratamento e, após seis meses de psicoterapia, foram identificadas mudanças importantes na capacidade de mentalização e nos sintomas clínicos das crianças avaliadas. Em parte, o baixo número de estudos com esse foco reflete a escassez de instrumentos, adaptados e validados para a população brasileira, que possibilitem a avaliação do constructo.

Há algumas décadas, o Método de Rorschach tem sido utilizado para avaliar mudanças na psicoterapia (Exner & Andronikof-Sanglade, 1992; Nygren, 2004) e, recentemente, foi apontado como um instrumento capacitado para pesquisar e avaliar clinicamente uma série de processos psicológicos que envolvem a mentalização (Conklin, Malone & Fowler, 2012; Zevalkink, 2008). Zevalkink (2008), ao abordar teoricamente o tema da avaliação da capacidade de mentalização na infância, sugere o Método de Rorschach como um instrumento capaz de avaliar o constructo com essa população. Conklin et al. (2012) realizaram uma extensa revisão da literatura e propuseram, conceitualmente, que as variáveis de textura (T) poderiam refletir a capacidade de um indivíduo para estabelecer vínculos de apego com outras pessoas; respostas de movimento humano (M) estariam relacionadas com a capacidade empática; e a qualidade da resposta humana

(GHR vs. PHR) poderia ser ligada à relação com a precisão das percepções sobre as pessoas, o que se relaciona ao constructo da mentalização.

A partir disso, Conklin et al. (2012) propuseram três perfis que descrevem níveis diferentes da capacidade de mentalizar, cada um deles baseados em combinações específicas de resultados das variáveis do Rorschach. O perfil 1 ($T = 1$, $M+ \geq 3$, $M- \leq 1$, $GHR-PhR \geq 1$ com $H \geq 3$) descreve um sujeito com capacidade de mentalização adequada. Evidencia uma percepção acurada de si mesmo e do outro, com capacidade empática, e exibe habilidade para compreender e refletir sobre seus próprios estados mentais e os dos outros. O perfil 2 ($T > 1$, $M- > 1$ ou $M+ < 3$, $GHR-PhR < 1$ com $H \geq 3$) descreve um sujeito com falhas na mentalização. Apresenta capacidade empática deficiente e representações de si e do outro distorcidas e negativas, o que indica prejuízos significativos na habilidade de compreender e refletir sobre os próprios estados mentais e os dos outros. O perfil 3 ($T = 0$, $M- > 1$ ou $M+ < 3$, $H < 2$ ou $GHR-PhR < 1$) descreve um sujeito com capacidade de mentalização comprometida, caracterizada por uma forte evitação de compreender a própria mente e a dos outros, com limitado interesse nas pessoas e restrita capacidade empática.

Os perfis elaborados por Conklin et al. (2012) fornecem um ponto de partida para a utilização do Método de Rorschach para avaliar a mentalização. No entanto, até o momento, nenhum estudo empírico foi realizado para avaliar o constructo, tanto em adultos quanto em crianças. Estudos já questionaram o significado da variável T no contexto do apego, evidenciando resultados discrepantes dos sugeridos por Conklin et al. (2012) (Cassella & Viglione, 2009; Weber, Meloy & Gacono, 1992). Além disso, é necessário cautela com relação à utilização dos valores sugeridos nas variáveis em cada perfil, levando em consideração o contexto cultural, os níveis de desenvolvimento e os dados normativos para cada população, que têm se mostrado diversos em diferentes nacionalidades (Conklin et al., 2012).

Tendo em vista a importância da capacidade de mentalização para o desenvolvimento infantil, sua relação com as psicopatologias e sua possível contribuição para o processo psicoterapêutico, são necessárias pesquisas que focalizem possíveis mudanças na habilidade de mentalizar em crianças como resultado da psicoterapia, e o quanto essas mudanças podem estar relacionadas a melhoras no quadro geral desses pacientes. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo avaliar mudanças no funcionamento psíquico global e na capacidade de mentalização na psicoterapia psicodinâmica de três crianças em idade escolar, utilizando o Método de Rorschach.

Método

Delineamento

Foi realizado um estudo descritivo, longitudinal, com uso de medidas repetidas, que adotou o procedimento de Estudo de Caso Sistemático (Edwards, 2007), que se caracteriza por ser um estudo idiográfico, longitudinal e intensivo.

Participantes

Participaram deste estudo três crianças em idade escolar (dois meninos e uma menina, com idades de sete a oito anos no início das psicoterapias) e suas terapeutas. Os tratamentos foram buscados pelos pais das crianças e ocorreram em consultórios particulares. Uma breve apresentação de cada caso será realizada em seguida.

Pacientes¹

Walter — sete anos de idade. Os pais procuraram atendimento devido às suas dificuldades de relacionamento na escola. O menino era filho único e, segundo os pais, não tinha amigos. Os colegas debochavam e implicavam com ele. Walter foi diagnosticado com Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, segundo o DSM-5 (APA, 2013). O tratamento teve duração de 44 meses. A psicoterapia começou com sessões semanais, que depois foram aumentadas para duas vezes por semana durante dois anos e meio.

No início do processo psicoterápico, Walter exibia comportamentos dependentes em suas sessões, associados a comportamentos dominantes em direção à terapeuta. Tentava dar ordens e fazia uma série de demandas. Ao longo da psicoterapia, costumava expressar fortes sentimentos de irritação, comportamentos agressivos e explosões de raiva. Atirava objetos e brinquedos no consultório e mostrava resistência quando a terapeuta tentava explorar sua raiva e sentimentos de irritação. Ao longo do processo, Walter mudou de escola, teve acompanhamento psicopedagógico e psiquiátrico. O término do tratamento foi trabalhado a partir do consenso entre a terapeuta, o paciente e seus pais, com base no alcance dos objetivos do tratamento e na evolução significativa de Walter ao longo do processo.

Pedro — oito anos de idade. Os pais buscaram atendimento, pois Pedro não realizava as atividades escolares e também demonstrava sinais de ansiedade. Pedro era filho único, não tinha amigos e evidenciava um medo significativo quando os pais não estavam junto dele, acreditava que algo muito ruim poderia acontecer com os pais nessas ocasiões. O casal havia se separado recentemente, e os sintomas de Pedro foram notados nessa época. Foi diagnosticado com Síndrome de Asperger, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000) e posteriormente com Transtorno do Espectro Autista, nível 1, sem prejuízo da linguagem e intelectual concomitantes, segundo o DSM-5 (APA, 2013). A psicoterapia teve duração de 43 meses. O tratamento se iniciou com sessões semanais, que foram aumentadas para duas vezes por semana durante um ano e meio.

No início da psicoterapia, Pedro mostrava-se bastante retraído e contido. Escolhia jogar sempre o mesmo jogo, e jogava da mesma maneira. A interação com a terapeuta era muito pobre, respondendo às suas intervenções sempre com um “*não sei*”. Ao longo do processo, Pedro foi lentamente se abrindo para a experiência da terapia, passando a identificar e expressar sentimentos, desde os de desconfiança, frustração, medo, até sentimentos de alegria, satisfação e confiança. O término da psicoterapia foi trabalhado após Pedro começar a evidenciar o desejo de encerrar o tratamento.

Alice — oito anos de idade. A mãe buscou atendimento, encaminhada pela neuropediatra da filha, por Alice estar apresentando dores de cabeça e estômago sem causas orgânicas identificadas. O pai da menina faleceu de modo repentino meses antes, a família estava enfrentando dificuldades financeiras e, em função disso, a menina necessitou mudar de escola. Alice não conseguia se adaptar à nova escola. A mãe e a professora descreveram a menina como uma criança carinhosa, perfeccionista e que não tolerava errar, ficava ansiosa quando chamavam sua atenção. Foi diagnosticada com Transtorno de Adaptação, segundo o DSM-5 (APA, 2013). A psicoterapia teve duração de 15 meses.

Desde o início do tratamento, Alice demonstrava capacidade de reflexão e criatividade nas brincadeiras, usando o jogo simbólico. O tratamento teve diversas interrupções em função de férias e da licença maternidade da terapeuta, que totalizaram 4 meses. Durante a licença maternidade, a família passou a enfrentar novas dificuldades financeiras, a avó que cuidava de Alice adoeceu e o transporte da paciente para os atendimentos ficou impossibilitado. O desejo de encerrar a psicoterapia partiu da mãe da menina, motivada por questões financeiras.

Terapeutas

Participaram do estudo três psicoterapeutas do sexo feminino. A terapeuta de Walter tinha formação em psicoterapia psicanalítica e mestrado em psicologia clínica, com 23 anos de experiência no início do tratamento. A terapeuta de Alice tinha formação em psicoterapia psicanalítica, mestrado e doutorado na área clínica, com 10 anos de experiência no início do atendimento. A terapeuta de Pedro tinha mestrado em psicologia clínica e um ano de experiência no início do tratamento. Todas as terapeutas realizaram supervisão dos casos atendidos com uma psicóloga, especialista em psicoterapia psicanalítica, com mais de 30 anos de experiência clínica.

Instrumento

Método de Rorschach – instrumento projetivo composto de um conjunto de 10 lâminas contendo manchas de tinta. Para cada lâmina é solicitado que o participante descreva o que vê nas manchas. Foi aplicado, codificado e interpretado com base no Sistema Compreensivo de Exner (2003). Estudos brasileiros desenvolvidos com a finalidade de verificar a validade e precisão entre avaliadores encontraram que a maioria das variáveis apresentou valores de *Kappa* que indicam precisão substancial ou excelente, com índices entre 0,70 e 0,90 (Duarte, 2000; Santoantonio, 2001).

Procedimentos

Os pais das crianças buscaram atendimento e foi iniciado o processo de avaliação psicológica. O diagnóstico foi baseado em entrevistas com as crianças e seus pais, no Método de Rorschach, Sistema Compreensivo (Exner, 2003), e no *Child Behavior Checklist – CBCL* (Achenbach, 1991), respondidos pelas mães, pelos pais e pelos professores. As entrevistas e o CBCL foram utilizados apenas na fase de avaliação psicológica, para auxiliar no psicodiagnóstico das crianças. A avaliação das mudanças no funcionamento psíquico e na capacidade de mentalização foi realizada com base no Método de Rorschach.

Confirmadas a necessidade e o desejo de iniciar a psicoterapia, as terapeutas informaram aos pais e às crianças sobre a pesquisa, convidando-os a

participar. Todas as recomendações éticas para a participação na pesquisa foram seguidas. Ao concordarem, os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo faz parte de um projeto maior, cujo objetivo é analisar as características do processo terapêutico e os resultados de psicoterapias psicodinâmicas com crianças. Antes da pesquisa começar, o projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade à qual as autoras estão vinculadas.

As sessões com as crianças foram semanais, com duração de 50 minutos cada. Nos casos de Walter e Pedro, houve um período do tratamento em que as sessões foram duas vezes por semana. Nenhuma das crianças acompanhadas fez uso de medicação psiquiátrica ao longo do processo terapêutico. As três psicoterapeutas utilizaram a abordagem psicodinâmica, mais especificamente, a teoria das relações objetais, com foco em autores pós-kleinianos ou neo-kleinianos e teóricos da vertente psicanalítica da teoria do apego. As psicoterapias não tiveram limitação de tempo, e os terminos foram determinados com base no progresso em direção aos objetivos terapêuticos para cada caso, mudanças de vida e decisões das famílias dos pacientes. O Rorschach foi aplicado no início e ao término dos tratamentos pela mesma psicóloga, treinada para a aplicação do procedimento. Os protocolos foram codificados por dois juízes independentes e posteriormente comparados. O coeficiente de correlação intraclasse variou entre 0,977 e 0,997 (média 0,989). Após a codificação independente, os juízes discutiram as discordâncias e geraram uma classificação final. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o SPSS 23.0.

Para a análise da significância das mudanças, foi utilizado um dos critérios propostos por Jacobson e Truax (1991). De acordo com os autores, dois critérios devem ser considerados para a definição de uma mudança clinicamente significativa: (1) o paciente deve passar de um funcionamento correspondente a uma população teoricamente disfuncional ao de uma população funcional; (2) a mudança deve ser suficientemente grande para ser atribuída a uma mudança “real” e não a erros de medida. Neste estudo, foi utilizado o primeiro critério, de acordo com a proposta de Nietzel e Trull, 1988 (conforme citado por Ogles, Lambert & Masters, 1996), segundo a qual se deve adotar como ponto de corte um desvio padrão acima da média de uma amostra considerada funcional. Foram utilizados os dados normativos publicados por Ribeiro, Semer e Yazigi (2012), com amostra de crianças brasileiras, para interpretação das variáveis.

Resultados

Os resultados das avaliações do funcionamento psíquico global e da mentalização no início e ao final do tratamento, dos três casos, com base no Rorschach, estão sintetizados na tabela 1, 2 e 3. Os casos serão descritos no contexto da dinâmica particular de cada caso.

Tabela 1 — Funcionamento psíquico e capacidade de mentalização das crianças no início e ao final da psicoterapia, de acordo com variáveis de desempenho, autopercepção e relacionamento interpessoal do Rorschach.

Variáveis Rorschach	Walter		Pedro		Alice	
	IP	FP	IP	FP	IP	FP
Desempenho						
R	16	24↑	17	14	16	54↑
Lambda	7↑	2.66	2.4	0.78	0.23↓	2
Autopercepção						
3r + (2) / R	0.37	0.5↑	0.25↑	0.07	0.5↑	0.48
Fr + rF	0	0	0	0	0	0
M	1	8↑	1	0	3↑	0
H:(H) + Hd + (Hd)	1:3↑	4↑:6↑	1:5↑	1:1	1:2	3↑:8↑
FD	1↑	0	0	0	0	0
An + Xy	4↑	2↑	0	0	1	5↑
MOR	2↑	1↑	0	0	1	1↑
V	0	0	0	0	0	0
Relacionamento interpessoal						
CDI	5	4	5	4	4	4
Fd	1↑	1↑	1↑	0	0	2↑
Conteúdo Humano	4	10↑	6↑	2	3	11↑
H Puro	1	4↑	1	1	1	3↑
COP	0	0	0	0	1↑	1
AG	0	0	0	0	0	0
T	0	0	0	0	0	2↑
Y	0	0	0	0	0	0
PER	0	0	0	0	0	0
Isolamento	0	0.04	0	0.07	0.18	0.14

IP Início da Psicoterapia

FP Final da Psicoterapia

↑ resultado aumentado em comparação com a média e um desvio padrão da faixa etária

↓ resultado diminuído em comparação com a média e um desvio padrão da faixa etária

Tabela 2 — Funcionamento psíquico e capacidade de mentalização das crianças no início e ao final da psicoterapia, de acordo com variáveis de afeto e controle e tolerância ao estresse do Rorschach.

Variáveis Rorschach	Walter		Pedro		Alice	
	IP	FP	IP	FP	IP	FP
Afeto						
DEPI	3	3	2	3	2	3
EB	1:0	8:0	1:1	0:4,5	3↑:0	0:4
FC:CF+C	0:0	0:0	0:1	1:2	0:0	3:2
Afr	0.14↓	0.33	0.55	0.4	0.33↓	0.68
Mistas	0	0.04	0.07	0.07	0	0.05
C Pura	0	0	0	2↑	0	0
SumC': WSumC	0:0	0:0	1↑:1	0:4.5↑	1:0	2↑:4↑
S	3	0↓	2	1	0	0
Controle e tolerância ao estresse						
EA	1	8↑	2	4.5	3	4
Es	0	2	1↓	0↓	10	16↑
D Ajustada	0	2↑	0	1↑	-2	-3↓

IP *Início da Psicoterapia*

FP *Final da Psicoterapia*

↑ *resultado aumentado em comparação com a média e um desvio padrão da faixa etária*

↓ *resultado diminuído em comparação com a média e um desvio padrão da faixa etária*

Tabela 3 — Funcionamento psíquico e capacidade de mentalização das crianças no início e ao final da psicoterapia, de acordo com variáveis de processamento da informação, mediação cognitiva e ideação do Rorschach.

Variáveis Rorschach	Walter		Pedro		Alice	
	IP	FP	IP	FP	IP	FP
Processamento da informação						
W:D:Dd	7:7:2	4:17:3	7:7:0	4:10:0	6:7:3	8:28:18
W:M	7:1	4:8	7:1	4:0	6:3	8:0
DQ+	0	6↑	0↓	0↓	7↑	12↑
DQv	0	0	1	4↑	1	4↑
Zd	-3.5↓	-1.5	0.5	-3↓	-5↓	-2
Zf	9	8	7	3↓	11↑	12↑
PSV	0	0	0	0	0	0
Mediação cognitiva						
WDA%	0.57	0.80	0.57	0.92↑	0.57	0.93↑
XA%	0.62	0.79	0.57	0.92↑	0.57	0.78
X-%	0.37	0.20	0.43	0.07↓	0.25	0.51↑
S-	0	0↓	1	0↓	0	0
P	3	4	3	6↑	5↑	8↑
X+%	0.37	0.37	0.43	0.64↑	0.5	0.27↓
Xu%	0.25	0.41↑	0.14	0.14	0.25	0.20
FQ-	6	5	6	1↓	4	28↓

Continua

Continuação

Variáveis Rorschach	Walter		Pedro		Alice	
	IP	FP	IP	FP	IP	FP
Ideação						
EBPer	0	0	0	0	0	0
FM	0	1	0↓	0↓	8↑	8↑
2AB+(Art+Ay)	0	0	0	0	0	1
Sum6	1	6↑	1	3↑	4↑	0
Lvl-2	0	0	0	0	0	1↑
M+	0	0	0	0	0	0
Mo	0	2↑	0	0	1	0
Mu	1↑	6↑	0	0	2↑	0
M-	0	0	1↑	0	0	0
M none	0	0	0	0	0	0

IP Início da Psicoterapia

FP Final da Psicoterapia

↑ resultado aumentado em comparação com a média e um desvio padrão da faixa etária

↓ resultado diminuído em comparação com a média e um desvio padrão da faixa etária

Walter

No início do tratamento, Walter exibia recursos internos limitados para lidar com estressores cotidianos, pouca sensibilidade às suas próprias necessidades e limitações para identificar a tensão interna, indicando dificuldades de autocontrole (EA, es, CDI, D Ajustada). Tais prejuízos manifestavam-se, principalmente, na esfera interpessoal, na dificuldade em estabelecer vínculos positivos, em relacionar-se de modo superficial, dependente e menos sensível às necessidades e interesses do outro, tornando-o vulnerável à rejeição por parte das pessoas com as quais convivía (CDI, Fd, M, COP, Conteúdo Humano).

Exibia falta de confiança em si mesmo, associado a uma imagem pessoal claramente desvalorizada e uma importante distorção na sua imagem corporal [3r+(2)/R, H:(H)+Hd+(Hd), An+Xy, MOR, FQ-]. Na esfera afetiva, Walter demonstrava uma forte negação dos afetos, associado a comportamentos hostis, com oposição e negativismo acentuados (EB, FM, V, T, Y, FC:CF+C, FD, Afr).

Havia uma tendência à simplificação perceptiva, que indicava um estilo defensivo, produzindo dificuldades no manejo da estimulação emocional complexa e levando a atuações (*acting-out*) bruscas, não moduladas e desconectadas do resto do seu funcionamento. Walter não apresentava prejuízos na esfera cognitiva; no entanto, não exibia maiores esforços criativos e evitava atividades cognitivas mais complexas (Lambda, Mistas, WDA%, XA%, X+%, X-%, Xu%, DQ+, Zd).

A integração das variáveis do Sistema Compreensivo do Rorschach permitiu identificar prejuízos importantes na capacidade de mentalizar de Walter, no início do tratamento. O menino evidenciou uma capacidade empática comprometida e representações de si mesmo e do outro confusas e distorcidas. Tais prejuízos indicavam limitações significativas na habilidade de compreender e refletir acuradamente sobre o próprio funcionamento mental e o do outro, principalmente no que diz respeito à integração dos processos cognitivos à base afetiva das experiências, dificultando a compreensão das nuances dos relacionamentos próximos, para além dos comportamentos explícitos [Lambda, H:(H)+Hd+(Hd), M, GHR, PHR].

Ao final do tratamento, Walter exibiu maior abertura para a experiência, associado ao aumento de esforços criativos e uma atividade cognitiva que envolvia maior complexidade ao processar as informações (R, Lambda, Mistas, WDA%, XA%, X+%, X-%, Xu%, DQ+, Zd). Houve um aumento significativo em seus recursos internos, que revelavam melhores condições para enfrentar situações estressantes de modo adaptativo (EA, es, CDI, D Ajustada).

A percepção de si mesmo era mais valorizada e menos distorcida, refletindo maior autoconfiança e um aumento de interesse pelo mundo externo. As habilidades empáticas aumentaram e houve melhora na qualidade de seus relacionamentos interpessoais, embora ainda evidenciasse um *deficit* relacional (R, Lambda, An+Xy, MOR, CDI). Na esfera afetiva, Walter ainda evidenciava controle das emoções, mas demonstrou melhora no processamento da estimulação emocional, integrando-a mais adequadamente aos processos cognitivos, refletindo respostas afetivas mais moduladas e uma diminuição da imprevisibilidade da sua conduta (Afr, FC: C+CF, WSumC, Lambda).

Ao final do tratamento houve melhoras na capacidade de mentalização. Walter exibiu um aumento significativo em sua capacidade empática e uma visão mais precisa de si mesmo e do outro. Tais mudanças refletiram melhores condições internas para compreender e refletir sobre o próprio funcionamento mental e o do outro, revelando maior compreensão das nuances dos seus relacionamentos interpessoais [Lambda, H:(H)+Hd+(Hd), M, GHR, PHR].

Pedro

No início da psicoterapia, Pedro era um menino retraído e resistente. Tinha à simplificação perceptiva e uso extensivo do controle intelectual (R, Lambda). Exibia limitados recursos internos para identificar as próprias necessidades

e compreender de modo adequado as informações sobre a realidade externa, resultando em dificuldades para lidar com situações estressantes (EA, es, WDA%, XA%, X-%, X+% , Xu% , FM).

Apresentava uma visão distorcida de si mesmo e do ambiente social, bem como dificuldades com os processos de identificação. Era cauteloso e reservado, exibia um autocentramento maior que o habitual e um interesse reduzido no mundo externo, com dificuldades para perceber as situações a partir de outras óticas e, também, para se colocar no lugar do outro [3r+(2)/R, M, H:(H)+Hd+(Hd)]. Suas dificuldades de autopercepção estavam intimamente relacionadas a prejuízos no processamento afetivo, que indicavam limitações significativas para reconhecer e expressar suas emoções, interiorizando excessivamente seus afetos, o que aumentava a sua tensão interna e o fazia retrair-se emocional e socialmente (SumC':WSumC, FC:CF+C). Tais prejuízos manifestavam-se nas posturas imaturas e regressivas em seus relacionamentos, evidenciando limitações para estabelecer vínculos positivos [H:(H)+Hd+(Hd), CDI, COP].

Neste caso, foi possível identificar falhas significativas na capacidade de mentalização, no início do tratamento. Pedro demonstrou um interesse restrito nas pessoas, com uma forte evitação para compreender o próprio comportamento e o do outro, e uma capacidade empática comprometida. Apresentou representações de si mesmo e do outro distorcidas, confusas e negativas e uma ausência de interesse em entender a mente humana de modo geral, levando a um retraimento afetivo e social [Lambda, H:(H)+Hd+(Hd), GHR, PHR, M].

Ao final do tratamento, Pedro exibiu maior abertura para a experiência e passou a integrar as emoções ao processamento cognitivo (R, Lambda). Demonstrou maior capacidade para identificar e expressar seus sentimentos, o que resultou no aumento de trocas afetivas e na diminuição da tensão interna (SumC':WSumC, FC:CF+C, EB). Melhorou sua capacidade de controle e tolerância ao estresse, embora ainda exibisse uma deficiência para perceber as suas necessidades (EA, es, D ajustada, FM).

Nessa etapa, Pedro demonstrou uma visão mais real e integrada de si mesmo e do outro, associada a um maior interesse pelo mundo externo e o estabelecimento de relações mais próximas e menos superficiais [3r+(2)/R, M, H:(H)+Hd+(Hd), GHR, CDI]. Houve melhoras no ajustamento perceptivo da realidade, indicando a busca de uma percepção mais convencional e o aumento da habilidade de discriminar o mundo interno do externo (WDA%, XA%, X-%, P). No entanto, tendia a processar as informações sem maiores esforços criativos e reflexões cognitivas mais complexas (DQ+, DQv, Zd, Zf).

Em síntese, ao final do tratamento, houve melhoras na capacidade de mentalização de Pedro. O menino exibiu maior abertura e interesse em compreender a própria mente e a do outro, demonstrou uma percepção de si mesmo e do outro mais integrada, com representações de objeto mais reais e positivas. No entanto, ainda apresentava uma capacidade empática limitada. Exibiu mais capacidade para refletir sobre as próprias experiências, integrando os processos cognitivos à base afetiva destas [Lambda, H:(H)+Hd+(Hd), M, GHR, PHR].

Alice

No início do tratamento, Alice exibia um desajuste perceptivo, com dificuldades para discriminar entre informação importante e acessória, deixando-se invadir facilmente pela estimulação emocional (R, Lambda). Demonstrava um trabalho cognitivo sofisticado e complexo, associado a um autoexigência excessiva, características perfeccionistas e um alto grau de convencionalidade (WDA%, XA%, X-%, X+%, Xu%, DQ+, Zf, Zd, P). Tais características refletiam dificuldades da menina de identificar as próprias necessidades e, também, funcionavam como um mecanismo de defesa para lidar com o temor de se desorganizar e um grande desconforto e tensão interna (FM, EA, es, D ajustada).

Esse funcionamento era reforçado pelas limitações no processamento emocional, com capacidade limitada para identificar e lidar com os afetos, exibindo um importante controle destes, o que resultava em um estado de sobrecarga emocional, compatível com as queixas psicossomáticas apresentadas por Alice (FC:CF+C; Afr; SumC':WsumC). Além disso, tendia a um maior autocentramento, com um interesse reduzido pelo mundo exterior e pelo contato com o outro [3r+(2)/R, H:(H)+Hd+(Hd), H Puro].

Nesse caso, foi possível identificar que Alice, no início do tratamento, exibiu capacidade para compreender e refletir sobre o seu funcionamento mental e o do outro. No entanto, tendia a focar exclusivamente no conteúdo cognitivo dos estados mentais, sem associar o afeto a tal raciocínio. Tal funcionamento evidenciou prejuízos importantes na dimensão afetiva da capacidade de mentalização, resultando em um contato pobre da menina com o núcleo afetivo das suas experiências, o que implicava dificuldades na compreensão destas de modo mais acurado [Lambda, H:(H)+Hd+(Hd), GHR, PHR, M].

Ao final do tratamento, Alice exibiu melhoras na capacidade de identificar e expressar seus sentimentos, revelando maior contato com o núcleo afetivo de suas experiências (FC:CF+C; Afr; SumC':WsumC). Tal mudança contribuiu,

possivelmente, para que a menina aumentasse sua habilidade para postergar respostas, passando a considerar mais os estímulos do ambiente antes de responder a eles, o que indica um processamento melhor da emoção aos processos cognitivos (Zd, EB, Afr). No entanto, Alice ainda apresentava características autoexigentes, perfeccionistas e hipermaduras, condizentes com uma conduta mais obsessiva. Associado a isso, evidenciou elementos importantes de sobrecarga emocional e uma tendência a perceber as situações de modo menos convencional, o que, possivelmente, a fazia recorrer a um estilo evitativo em situações emocionalmente intensas (R, Lambda, An+Xy, P, WDA%, XA%, X+%, X-%, FM). Tal funcionamento implicava em dificuldades relacionais que permaneceram ao final do tratamento [H:(H)+Hd+(Hd), PHR].

Em síntese, ao final da psicoterapia, Alice exibiu melhoras na dimensão afetiva da capacidade de mentalização, integrando melhor o afeto aos processos cognitivos ao refletir sobre suas experiências, embora ainda predominasse uma reflexão mais intelectualizada. No entanto, a menina evidenciou uma tendência a perceber o outro de modo mais distorcido e negativo, mostrando, ainda, dificuldades na compreensão das nuances dos relacionamentos próximos [Lambda, H:(H)+Hd+(Hd), GHR, PHR, M].

Discussão

Este estudo, até onde pudemos identificar, foi o primeiro a utilizar o Método de Rorschach para analisar mudanças na capacidade de mentalização em crianças, no decorrer da psicoterapia psicodinâmica. Os resultados evidenciaram que houve melhoras clinicamente significativas nos casos de Walter e Pedro. No caso de Alice houve avanços e retrocessos. Além disso, mudanças na habilidade de mentalizar estiveram associadas a mudanças no funcionamento psíquico global dos pacientes.

Walter e Pedro apresentaram melhoras significativas na capacidade de mentalização. Tais mudanças indicavam um aumento de recursos internos para compreender e refletir sobre as situações, cognitivamente e de modo integrado ao núcleo afetivo das experiências, com representações de si e do outro mais diferenciadas e integradas. Associado a isso, ao final da psicoterapia, ambos tornaram-se mais capazes de expressar seus sentimentos, pensamentos, desejos, e possuíam uma autoimagem mais integrada e positiva e melhora na qualidade dos seus relacionamentos interpessoais. No caso de Pedro, salienta-se, também, a abertura para o mundo externo, caracterizado por um maior interesse e busca de maior proximidade com o outro.

Alice exibiu melhoras na dimensão afetiva da capacidade de mentalização, no que diz respeito à maior integração do afeto ao processamento cognitivo. No entanto, ao final da psicoterapia, evidenciou a permanência de características de uma criança hipermadura, com funcionamento obsessivo, com uma percepção mais distorcida e negativa do outro, o que estava associado à permanência das suas dificuldades interpessoais.

Os resultados evidenciaram que Walter e Pedro, que exibiam os maiores *deficits* na capacidade de mentalização, no início do tratamento, apresentaram melhoras clinicamente mais significativas ao final. Crianças com problemas externalizantes como Walter possuem dificuldades em regular suas respostas afetivas a estímulos negativos, como resultado de falhas na regulação implícita da emoção (Hoffman, Rice & Prout, 2016) e exibem falhas no funcionamento reflexivo, em maior grau, nos seus aspectos afetivos. Crianças com transtorno do espectro autista como Pedro tendem a apresentar mentes fechadas, impenetráveis e refratárias, e não evidenciam consciência dos seus sentimentos, nem os dos outros, apresentando prejuízos significativos na capacidade de mentalizar, o que foi confirmado neste caso (Pozzi, 2003).

Desse modo, é possível afirmar que a psicoterapia possibilitou a Walter e Pedro um espaço no qual puderam explorar seu mundo interno, compreender e distinguir os estados mentais e as emoções que os habitavam, e desenvolver uma percepção de si e uma identidade mais coerentes (Fonagy, Gergely & Target, 2007). Esse dado indica que a psicoterapia psicodinâmica pode ser indicada para pacientes mais comprometidos psiquicamente e mudanças nos estados da mente são fatores inerentes a esses tratamentos (Verheugt-Pleiter, Zevalkink & Schmeets, 2008).

Por outro lado, crianças com problemas internalizantes tendem a mentalizar de modo hipervigilante, com maior ênfase na compreensão cognitiva das experiências e sem conexão com seu núcleo afetivo. Desse modo, é comum atribuírem inadequadamente avaliações negativas e ameaçadoras a eventos sociais (Banerjee, 2008), o que toma maiores proporções quando estão inseridas em contextos altamente conflitivos, como foi identificado no caso de Alice. Nesse sentido, é possível afirmar que a melhora que Alice exibiu na dimensão afetiva da mentalização pode ser considerado uma mudança clinicamente significativa.

No entanto, para analisar mudanças na psicoterapia de crianças, é necessário considerar o ambiente familiar, escolar, social em que elas estão inseridas, pois contribuem para produzir efeitos, nos dois sentidos. Isso tem especial relevância ao avaliar a mentalização, por tratar-se de um processo e não uma propriedade fixa da mente (Fonagy et al., 2012; Steele et al., 2015). Desse modo, a criança

estar inserida em um contexto seguro, sensível e que atenda às suas necessidades é fundamental, tanto para que ela desenvolva essa capacidade, como para que consiga mantê-la.

Ao enfrentar situações emocionalmente estressantes e perturbadoras, é possível não conseguir manter a capacidade de mentalizar, ou até causar um verdadeiro colapso, mesmo que momentaneamente (Bateman & Fonagy, 2006). Embora todos os casos estivessem inseridos em ambientes altamente conflitivos, no início do tratamento, Alice teve essa realidade intensificada ao longo do processo. Houve o adoecimento da avó, a sobrecarga emocional e financeira da mãe e o aumento de problemas financeiros na família. Tais fatores estiveram relacionados ao pedido de alta para a menina e à necessidade de interrupção do tratamento e, conseqüentemente, o rompimento do vínculo com a terapeuta. Essa situação pode ter contribuído para acentuar um funcionamento mais obsessivo da menina, como forma de lidar com esse contexto emocionalmente conflituoso. Esse contexto também pode ter favorecido uma maior indisponibilidade emocional da mãe e da avó para atender às necessidades da menina, influenciando a percepção mais distorcida e negativa que ela demonstrava em relação aos outros. Além disso, também é possível supor que esse resultado pode ser um efeito do processo terapêutico, ao propiciar um maior contato com a realidade afetiva das suas experiências e das suas relações que, nesse momento, tinham características mais negativas do que positivas. Esse maior contato com a realidade, de modo integrado, pode ter despertado, num primeiro momento, uma percepção mais negativa do ambiente externo.

A literatura sobre tratamentos psicodinâmicos de longo prazo sustenta que são esperadas alterações frequentes ou exacerbações de sintomas antes do início da melhora (Tang, Luborsky & Andrusyna, 2002). Nesse sentido, é possível que a psicoterapia estivesse auxiliando Alice a enfrentar a realidade complexa em que ela estava inserida. Contudo, a necessidade de interrupção do tratamento deixou lacunas em aberto.

O presente estudo evidenciou que a mentalização forneceu um enquadramento útil para a compreensão de mudanças na psicoterapia psicodinâmica (Sharp, 2008). Além disso, falhas nessa capacidade foram associadas a prejuízos no funcionamento psíquico global, principalmente a problemas de autorregulação, regulação emocional e dificuldades interpessoais (Fonagy & Target, 2006). Nesse sentido, a conscientização sobre o mundo interno e o quanto isso contribui para a percepção das experiências, as emoções, a autopercepção e a capacidade de se relacionar com outras pessoas foi sugerido como um mecanismo potencial de mudança em psicoterapia (Allen et al., 2008).

Conclusão

Este estudo corroborou a hipótese de que a mentalização pode ser um elemento importante para a compreensão de mudanças na psicoterapia psicodinâmica com crianças. *Deficits* nessa capacidade são subjacentes a prejuízos na percepção e no processamento das experiências, na autoimagem, no afeto e nas relações interpessoais e em dificuldades para lidar com situações emocionalmente intensas, enquanto melhoras na mentalização estão associadas a melhoras no funcionamento psíquico global.

O delineamento longitudinal e o procedimento de estudos de caso sistemáticos são ideais para o estudo do processo psicodinâmico em profundidade e possibilitaram, neste estudo, a análise de três casos heterogêneos e com diferentes evoluções ao longo da psicoterapia, sem intenção de compará-los ou generalizar os resultados encontrados. As diferentes psicopatologias contempladas, associado aos distintos tempos de tratamento e aos níveis de experiência clínica diferentes de cada terapeuta demonstraram a complexidade e a não linearidade dos tratamentos estudados, evidenciando a trajetória única de cada díade. Embora esse tipo de delineamento seja limitado em sua validade interna, ele se beneficia de uma validade externa substancial, pois reflete com mais precisão a realidade do trabalho clínico com crianças. No entanto, sugere-se que futuros estudos contemplem, além da avaliação dos resultados dos tratamentos, a análise das características dos processos psicoterápicos, com diferentes díades, aprofundando a contribuição das psicopatologias, o papel do terapeuta e da relação terapêutica para o processo terapêutico.

O Método de Rorschach mostrou-se adequado para avaliar a capacidade de mentalização de uma perspectiva implícita, assim como mudanças nessa capacidade, ao longo da psicoterapia. Futuros estudos podem associar a utilização do Método de Rorschach a outros instrumentos desenvolvidos para avaliar a mentalização e, desse modo, validá-lo para tal finalidade.

Pode ser considerada uma limitação do estudo a utilização do mesmo instrumento para avaliar tanto mudanças na capacidade de mentalização como no funcionamento psíquico global dos pacientes. Outra limitação refere-se à utilização da média normativa para a população de crianças brasileiras do estudo de Ribeiro et al. (2012), pois a amostra do estudo das autoras compreende crianças entre 7 e 10 anos e, no presente estudo, dois pacientes tinham 11 anos ao final da psicoterapia. No entanto, não foi encontrada outra referência que comparasse o padrão normativo a cada ano.

Para finalizar, este estudo buscou identificar evidências sobre a importância da mentalização na psicoterapia psicodinâmica com crianças. Constatou-se

que a psicoterapia psicodinâmica propicia um enquadramento fundamental para facilitar o desenvolvimento da mentalização nessa faixa etária.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Allen, J. G.; Fonagy, P.; Bateman, A. L. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing.
- APA – American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Banerjee, R. (2008). Social cognition and anxiety in children. In: Sharp, C.; Fonagy, F.; Goodyer, I. (ed.). *Social cognition and developmental psychopathology*, p. 239-269. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of borderline personality disorder: Mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Cassella, M. J.; Viglione, D. J. (2009). The Rorschach texture response: A construct validation study using attachment theory. *Journal of Personality Assessment*, 91(6), 601-610.
- Conklin, A. C.; Malone, J. C.; Fowler, J. T. (2012). Mentalization and the Rorschach. *Rorschachiana*, 33, 189-213.
- Duarte, C. S. (2000). *Características de personalidade de mães de crianças com diagnóstico de autismo infantil: Um estudo comparativo* (dissertação de doutorado). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina.
- Edwards, D. J. A. (2007). Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: Implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-based practice in psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 6-34.
- Ensink, K.; Normandin, L.; Target, M.; Fonagy, P.; Sabourin, S.; Berthelot, N. (2014). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203-217.
- Exner Jr., J. E. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System*, 4th ed. New York: Wiley.
- Exner Jr., J. E.; Andronikof-Sanglade, A. (1992). Rorschach changes following brief and short-term therapy. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 59-71.

- Fonagy, P.; Bateman, A.; Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 98-110.
- Fonagy, P.; Bateman, A.; Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In: Bateman, A.; Fonagy, P. (ed.). *Handbook of mentalizing in mental health practice*, p. 3-41. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2002). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-234.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(3-4), 288-328.
- Fonagy, P.; Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- Fonagy, P.; Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of personality disorders*, 20(6), 544-576.
- Fonagy, P.; Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 411-456.
- Goodman, G.; Reed, P.; Athey-Lloyd, L. (2015). Mentalization and play therapy processes between two therapists and a child with Asperger's disorder. *International Journal of Play Therapy*, 24(1), 13.
- Hoffman, L.; Rice, T.; Prout, T. (2016). *Manual of Regulation-Focused Psychotherapy for Children (RFP-C) with externalizing behaviors: A psychodynamic approach*. Routledge / Taylor & Francis Group.
- Jacobson, N. S.; Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41: 51-65.
- Nygren, M. (2004). Rorschach Comprehensive System variables in relation to assessing dynamic capacity and ego strength for psychodynamic psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 277-292.
- Ogles, B. M.; Lambert, M. J.; Masters, K. S. (1996). *Assessing outcome in clinical practice*. Boston: Simon & Schuster.
- Pozzi, M. E. (2003). The use of observation in the psychoanalytic treatment of a 12-year-old boy with Asperger's syndrome. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 1333-1349.
- Ramires, V. R. R.; Godinho, L. R. (2011). Psicoterapia baseada na mentalização de crianças que sofreram maus-tratos. *Psicologia em Estudo*, 16(1).
- Ramires, V. R. R.; Schwan, S.; Midgley, N. (2012). Mentalization-based therapy with maltreated children living in shelters in southern Brazil: A single case study. *Psychoanalytic psychotherapy*, 26(4), 308-326.

- Ribeiro, R. K. S. M.; Semer, N. L.; Yazigi, L. (2012). Rorschach comprehensive system data from a sample of 211 nonpatient children in Brazil. *Journal of Personality Assessment*, 94(3), 267-275.
- Santoantonio, J. (2001). *Estudo de características da personalidade de adolescentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico por meio do método de Rorschach* (dissertação de doutorado). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Curso de Psiquiatria, Psicologia e Saúde Mental.
- Sharp, C. (2008). Theory of mind and conduct problems in children: Deficits in reading the “emotions of the eyes”. *Cognition and Emotion*, 22, 1149-1158.
- Steele, M.; Murphy, A.; Steele, H. (2015). The art and science of observation: Reflective functioning and therapeutic action. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(3), 216-231.
- Tang, T. Z.; Luborsky, L.; Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 444.
- Verheugt-Pleiter, A. J. E.; Zevalkink, J.; Schmeets, M. G. C. (2008). *Mentalizing in children therapy*. London: Karnac.
- Weber, C. A.; Meloy, J. R.; Gacono, C. B. (1992). A Rorschach study of attachment and anxiety in inpatient conduct-disordered and dysthymic adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 16-26.
- Zevalkink, D. J. (2008). Assessment of mentalizing problems in children. In: Verheugt-Pleiter, J. E.; Zevalkink, J. (ed.). *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners*, vol. 2. Karnac Books.

Notas

¹ Os nomes das crianças participantes deste estudo são fictícios, para preservar suas identidades.

Recebido em 14 de junho de 2018

Aceito para publicação em 07 de junho de 2019

OS EFEITOS DE SUBJETIVAÇÃO PRODUZIDOS NA EXPERIÊNCIA DA REFEIÇÃO COMPARTILHADA NOS GRUPOS TERAPÊUTICOS DO CPPL

*THE SUBJECTIVATION EFFECTS PRODUCED BY MEAL
SHARING EXPERIENCE IN THERAPEUTIC GROUPS IN CPPL*

*LOS EFECTOS DE SUBJETIVACIÓN PRODUCIDOS EN LA EXPERIENCIA
DE LA COMIDA COMPARTIDA EN LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS DEL CPPL*

*Maysa Marianne Silva Bezerra **

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar o dispositivo de refeições nos grupos terapêuticos do CPPL como produtor de efeitos de subjetivação, pois apresenta um sentido social e clínico em seu formato. Para isso, é utilizado como referência o lugar do comer juntos no campo da história, em particular o período da Grécia antiga. Em seguida, tal aspecto é comparado com a forma pela qual o elemento da comida se manifesta no campo da saúde mental, o que é possibilitado pelo exame de como o alimento era tratado no cotidiano dos hospitais psiquiátricos, utilizando como exemplo o Colônia, situado na cidade de Barbacena. Articulando-se aos parâmetros apresentados, o campo da psicanálise é desenvolvido pelo embasamento em contribuições de autores como Freud e Winnicott para investigar as transformações no psiquismo que esse espaço oferece. Por fim, para ilustrar e compor todas as contribuições dos autores das distintas áreas de conhecimento elucidadas ao longo do texto, apresenta-se um recorte clínico.

Palavras-chave: grupo; refeição compartilhada; saúde mental; psicanálise; recorte clínico.

ABSTRACT

This article aims to analyze the device of meals in therapeutic groups at CPPL as eliciting effects of subjectivation, because it presents a clinical and social

* Psicóloga pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Sócia do Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), Recife, PE, Brasil.
email: maysa_marianne@hotmail.com

meaning in its format. To this end, the reference used is the place of eating together in history, particularly in ancient Greece. Then, this aspect is compared with how that food element manifests itself within mental health, by examining the way food was treated in the daily life of psychiatric hospitals, as exemplified by Colônia, in the city of Barbacena. Associated with these parameters, the psychoanalytical aspect is developed based on contributions by authors such as Freud and Winnicott to investigate the psychic transformations offered by this space. Finally, to illustrate and assemble all the contributions of the authors of the different areas of knowledge presented throughout the text, a clinical study will be presented.

Keywords: group; shared meal; mental health; psychoanalysis; clinical study.

RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar el dispositivo de comidas en los grupos terapéuticos del CPPL como productor de efectos de subjetivación, pues presenta un sentido social y clínico en su formato. Para ello, se utiliza como referencia el lugar del comer juntos en el campo de la historia, en particular el período de la Grecia antigua. A continuación, este aspecto se compara con la forma en que el elemento de la comida se manifiesta en el campo de la salud mental, lo que es posible al examinar cómo el alimento era tratado en el cotidiano de los hospitales psiquiátricos, utilizando como ejemplo el Colonia, situado en la ciudad de Barbacena. Articulándose a los parámetros presentados, el campo del psicoanálisis se desarrolla a través del basamento en contribuciones de autores como Freud y Winnicott para investigar las transformaciones en el psiquismo que ese espacio ofrece. Por último, para ilustrar y componer todas las contribuciones de los autores de las distintas áreas de conocimiento elucidadas a lo largo del texto, será presentado un recorte clínico.

Palabras clave: grupo; comida compartida; salud mental; psicoanálisis; recorte clínico.

Introdução

Quando se pensa de modo pormenorizado sobre o tema da alimentação entre pares, buscando na literatura referências que possibilitem um olhar minucioso sobre o assunto, compreende-se que, em relação ao sentido funcional e fisiológico dos alimentos, há uma complexidade de características que podem ser construídas na mediação da comida com as relações humanas. Cascudo (1967/2004)

destaca que “Não é o alimento em si, na potência intrínseca de sua substância, a fonte isolada da força vital. São os elementos psicológicos decorrentes da refeição” (p. 350), isto é, os desdobramentos existentes na partilha de alimentos, para os indivíduos que desse momento participam, causam efeitos que fogem e, ao mesmo tempo, são tão significativos quanto seu campo prático e orgânico.

Comer juntos não permite apenas a partilha de alimentos, mas também, partilhas de experiências na via das interações sociais, por ser um espaço de sociabilidade (Borges, 2010). Morin, 1973 (citado por Poulain & Proença, 2003), afirma que, além do fundamento nutricional, o ato de se alimentar em conjunto torna-se um sistema bio-psico-sócio-cultural¹, pois carrega em si dimensões biológicas, subjetivas, interpessoais e coletivas. Existe um acervo bibliográfico no campo acadêmico que se dedica a essas quatro dimensões sistêmicas. No entanto, esse tema ainda não dispôs de um destrinchamento teórico em uma concepção que o tome enquanto dispositivo clínico na área da psicologia ou psicanálise. Considerando o ato de comer juntos uma ferramenta terapêutica que é utilizada no CPPL² e tendo percebido seus efeitos na prática, o intuito deste trabalho é de legitimá-la a partir de uma articulação teórico-clínica com campos do conhecimento, particularmente psicanálise e história, relevantes para a discussão e construção de um arcabouço consistente do seu conteúdo.

Freud (1910/1996a) defende que o desenvolvimento psíquico do indivíduo (ontogênese) repete de forma reduzida a evolução da humanidade (filogênese). O autor reconhece como a primeira exerce reflexo sobre a segunda, apresentando a história e cultura da humanidade como fatores relevantes que incidem sobre a organização e funcionamento psicológico de cada um. Filogeneticamente, a alimentação entre pares serviu tanto para a ascensão e valorização do ser humano – no prisma da tradição grega e freudiana – quanto para ser um mecanismo de violência e depreciação, expresso na cultura dos hospitais psiquiátricos. Essa ótica permite conjecturar que a revisitação e o resgate de determinadas práticas históricas servem para que experiências positivas da filogênese possam ser reproduzidas e readaptadas no aparato clínico para a construção de dispositivos, na atualidade, que incidam e ressignifiquem a ontogenia dos sujeitos. Sintetizando essa ideia, utilizo a frase do historiador grego Heródoto (484 a.C. – 425 a.C.) que declara a importância de “pensar o passado para compreender o presente e idealizar o futuro”.

Refletindo sob esse prisma, Winnicott (1987/2006) teoriza que a alimentação nos primórdios da ontogênese – a amamentação que se dá entre o par mãe-bebê – é uma experiência profusamente rica, pois comporta aspectos que apresentam uma interdependência nutritiva e psíquica. O autor afirma que o

processo de alimentação tem uma dupla dimensão, já que, nesse ato, o indivíduo forma um si mesmo – com elementos que dão base para unificar sua personalidade – e constrói um modelo de relacionamento humano que se desdobra na forma em que ele se vinculará aos objetos e ao mundo.

Dessa forma, este trabalho considera que a reflexão sobre a clínica contemporânea, especificamente sobre o dispositivo da refeição entre pares, deve ser fomentada por conceitos psicanalíticos e também pelo ato de se debruçar constantemente sobre a memória e o passado, seja ele individual ou coletivo, de modo que esse dispositivo se apresente como uma prática de cuidado que produz efeitos de subjetivação no campo da saúde mental.

Discussão

O campo da história

A Grécia, tanto com sua história quanto com sua mitologia, também traz elementos ligados ao tema da refeição entre pares. O mito de Erisícton³ é um exemplo disso. Na descrição do mito, realizado por Sears (2015), é possível perceber que os ritos gregos que envolvem refeições em grupo acabam sendo reflexos do lugar social de cada indivíduo. Erisícton ocupava um lugar privilegiado na pólis, como príncipe de Dotion e, conseqüentemente, sua posição nos banquetes era de grande valor. Porém, ao ser castigado pela deusa Deméter e ter o seu lugar nas refeições em comum abolido, sua ligação com o divino, político e social como cidadão grego também o foi. Pantel (1994/1998) a seguir discorre sobre a origem e a representação dos banquetes na Grécia:

O surgimento de refeições em comum está, na verdade, nos textos dos autores gregos, ligado à instituição de regras que dão uma real coesão à comunidade, como no tempo do rei Minos em Creta (...). A invenção dos banquetes é paralela ao domínio do sacrifício cruento alimentar, e as refeições são, desde então, apresentadas como uma estrutura básica do grupo social e como o fermento da sociabilidade. É o que afirmam muitos textos de Platão, Aristóteles, Teofrasto, entre outros, nos séculos IV e III. (p. 122)

Para a autora, os banquetes na Grécia podiam conferir três condições diferentes ao homem: a condição de humano, de civilizado e de cidadão. A primeira

é expressa pelo mito de que havia uma harmoniosa relação entre deuses e homens na partilha dos alimentos, mas um conflito entre Zeus e Prometeu provocou uma ruptura: os deuses, então, poderiam participar dos banquetes dos humanos, entretanto nunca mais sentariam ao lado dos demais deuses para dividir alimentos. Com isso, a condição de humano se dava a partir do lugar que se ocupava nas refeições em conjunto e com quem se partilhava esse ritual.

A segunda, a condição de homem civilizado, vai surgir da perspectiva de que, mesmo com a distinção entre humanos e deuses no ato de comer nos banquetes, nem todos os homens participavam desta cerimônia. Para os gregos, a prática de uma alimentação apenas para sobreviver, individualizada e sem regras, conferia um caráter bárbaro e selvagem aos indivíduos. Assim, os que não mantinham a tradição dos banquetes eram desvalidos de uma vida em comum e da divisão e compartilhamento com as pessoas da própria comunidade.

A terceira condição aponta que, para se alcançar o privilégio de receber e conservar a condição de cidadão, era necessário que os indivíduos cumprissem obrigações e participassem do momento de educação e transmissão de saber sobre a cidade, no qual os mais jovens – que não se sentavam à mesa – escutavam os homens adultos falarem sobre a pólis e a política. Além disso, os banquetes criavam um sentido de cidadania, pois o homem se reconhecia e era reconhecido pela comunidade, participando ativamente das decisões políticas da pólis. Com isso, uma identidade cultural, política e de pertencimento ligada à cidade também passou a ser construída por meio do ato de comer entre pares. Pantel (1994/1998) descreve:

Nos dois casos, a presença cotidiana na refeição comum – o andreion em Creta, o syssition em Esparta – faz parte das obrigações que se exigem para ascender à cidadania e conservá-la. Esse privilégio, que também é um encargo (é preciso ser capaz de levar sua contribuição sob forma de mercadorias à refeição), é reservado a um número muito pequeno de homens adultos. Comer no syssition ou no andreion é o sinal para o jovem rapaz, filho de cidadão, de sua integração no grupo de cidadãos, como demonstram simbolicamente os presentes que recebe o jovem cretense ao sair da adolescência: junto com uma panóplia que confirma sua nova condição de defensor da polis, um boi e uma taça consagram-no como banqueteador. (p. 124)

Os banquetes estavam sob o domínio público e coletivo, de modo que as autoridades e a população grega os tinham como reflexo das normas e códigos

sociais da pólis, devido a todo sentido e representação que eles carregavam. Assim, para ser considerado humano, civilizado e cidadão, era preciso estar ocupando o espaço público e uma das ferramentas possíveis para alcançar tais privilégios seria realizar as refeições em conjunto.

Mas como tal questão histórica e cultural pode ter inspirado autores da psicanálise a pensar sobre a significação e os desdobramentos psíquicos da alimentação entre pares?

O campo da psicanálise freudiana

Freud (1913-1914/1996b) narra a representação do comer e beber juntos como um ato civilizatório quando trata das questões ligadas à refeição totêmica – em alusão ao parricídio ocorrido na horda primeva – caracterizando-a como o mais antigo festival da humanidade, inaugurando questões que tratam da organização social, restrições morais e religião. Posteriormente, o autor relata que essas refeições se repetiam sob a forma de sacrifício de animais, que consistia na morte de um animal e oferecimento de suas partes a um deus que, por sua vez, partilhava essa oferta com os homens que o adoravam. O autor descreve que:

A força ética da refeição sacrificatória pública repousava em ideias muito antigas da significação de comer e beber juntos. Comer e beber com um homem constituía um símbolo e uma confirmação de companheirismo e obrigações sociais mútuas (...). Qualquer pessoa que tenha comido o menor pedaço de alimento com um desses beduínos ou tomado um gole de leite não mais precisa temê-lo como inimigo, mas pode sentir-se seguro de sua proteção e auxílio. (p. 97-98)

Afirma, assim, que a prática de comer e beber juntos é uma maneira de se tecer, manter e reforçar novas vinculações sociais, além de retratar a particularidade das relações com os envolvidos nesse ato. Os indivíduos, no momento da refeição, simbolicamente passam a ser de um mesmo clã, partilhando relações de familiaridade e corresponsabilidade uns com os outros.

Existem aproximações possíveis a serem feitas entre o que o pai da psicanálise e a tradição grega estabeleceram em relação ao comer entre pares. A primeira é que ambos afirmam que se alimentar em conjunto é uma via de ascensão e legitimação da civilidade, tomando-a como o contraponto da prática alimentar selvagem. Em se-

gundo lugar, julgam tal ato como fundamental para a sociabilidade, retratando como o grupo social se vincula, se organiza e se mantém integrado, sendo essa sociabilidade mediada, nesse caso específico, pelo elemento da comida. E, terceiramente, é possível aproximá-los por considerarem a prática mencionada uma forma de se vincular às divindades, como um instrumento de ligação entre o humano e o sagrado.

No entanto, há distanciamentos entre essas duas perspectivas quando o autor destaca os efeitos no psiquismo provocados pelos afetos que a prática de comer entre pares produz (solidariedade, companheirismo, obrigações mútuas, segurança, proteção, auxílio). Nesse aspecto, o autor difere dos gregos que apontam a dimensão política, a partir da cidadania, como importante desdobramento da mesma. Explicita ainda:

Mas por que essa força de união é atribuída ao comer e beber juntos? Nas sociedades primitivas havia apenas uma espécie de laço que era absoluto e inviolável: o do parentesco. A solidariedade desse companheirismo era completa. (...). O parentesco implica a participação numa substância comum. Desse modo, é natural que não se baseie simplesmente no ato de um homem ser uma parte da substância de sua mãe, tendo nascido dela e sido nutrido com o seu leite, mas que possa ser adquirido e fortalecido pela comida que um homem ingere mais tarde e com a qual seu corpo se renova. Se um homem partilhava uma refeição com seu deus, estava expressando a convicção de que eram feitos de uma só substância; e nunca a partilharia com quem considerasse um estranho. (p. 98)

Freud (1913-1914/1996b) narra que a potência de criação de laços sociais e de união entre pares, possibilitada pelas refeições em conjunto, advém do desdobramento que esta passou a ter com as relações de parentesco, pois em ambas existe a comunhão de um elemento. No parentesco, seria a consanguinidade e na alimentação entre pares, a comida. Em conformidade, Borges (2010) destaca que a prática de comer juntos promove relações e atualiza a coesão do grupo. Aponta também que a palavra companheiro vem do latim *cum panis*, que significa “aquele com quem se partilha o pão” (p. 3). Ou seja, a refeição em conjunto se tornou uma metáfora do parentesco, carregando toda significação que esta possui mítica e historicamente.

Como podemos ver, tanto na história grega quanto para Freud o ato de comer entre pares tem um lugar significativo de poder e valor social e subjetivo. E na construção do campo da saúde mental, qual é o lugar destinado à prática da alimentação?

O campo da saúde mental

Foucault (2001/2010) afirma que, principalmente no séc. XIX, a psiquiatria passou a ter a garantia de internar em hospitais psiquiátricos aqueles que comprometessem a ordem e a segurança pública, praticando uma suposta proteção social de forma institucionalizada em suas práticas e discursos. Mesmo não tendo um transtorno psíquico de fato, o sujeito que era visto como perigo social forçadamente era despejado nesses locais, que realizavam a manutenção da segregação dos ditos “loucos”. A psiquiatria não mais era “como uma especialização do saber ou da teoria médica, mas antes como um ramo especializado da higiene pública” (p. 100).

Enquanto a cultura oferece mecanismos de ascensão e visibilidade na sociedade, como as refeições entre pares, há outros que servem para exclusão social, política e subjetiva de determinados grupos. A partir disso, se fazem presentes os dispositivos dos manicômios, lugares distanciados dos centros ou das “pólis”, que serviam para realizar a eugenia daqueles considerados loucos. A forma de alimentação dos sujeitos incluídos nesses espaços denunciava o aspecto violento e bárbaro que era institucionalizado nesses locais, em que todos os componentes de valorização citados anteriormente sobre a alimentação em conjunto eram negados.

A jornalista Arbex (2013) descreve como era o cotidiano de alimentação no Colônia, maior hospício do Brasil, situado na cidade de Barbacena. Ela menciona que os internos bebiam água do esgoto que cortavam os pavilhões do hospital e que as carnes oferecidas pelos funcionários eram cortadas no chão. A autora manifesta com veemência a seguinte fala de um entrevistado:

Os alimentos são jogados em cochos, e os doidos avançam para comer. O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma. (p. 200)

No livro, entre outros relatos, há um em que um visitante do hospital confundiu a refeição dos pacientes com alimentos que seriam servidos para porcos, por conta do aspecto repugnante da comida. Em outro trecho, há a descrição de uma experiência vivida por uma das pacientes do Colônia: “Para fugir das agressões impostas por funcionários, ela chegou a passar uma semana escondida no porão do hospital (...). Ela acabava passando muita fome. Assim, nessa condição subumana, alimentou-se de ratos” (Arbex, 2013, p. 125). Essa

mesma interna afirmou, em determinado momento, estar tão faminta que na presença de outras pessoas, estraçalhou uma pomba e comeu, proclamando que aquela era a única comida que havia disponível para ela. A autora recolhe mais detalhes sobre o tratamento da comida e a maneira que os internos se alimentavam no Colônia:

Por dia, a cozinha gastava 120 quilos de arroz e apenas sessenta quilos de feijão para alimentar um exército de 4.800 pessoas. Como a quantidade não dava, o jeito era engrossar a água preta com farinha de mandioca na tentativa de encorpar o caldo e fazer a comida render. Além de aguada, a comida era insossa, pois quase não levava tempero. À época da colheita de milho, todas as refeições eram provenientes dos grãos da espiga, sendo comum diarreia provocada pelo excesso de amido. Quando havia carne, ela era triturada e misturada às refeições, já que faca e garfo eram proibidos. (p. 42-43)

A autora descreve que saciar a fome ou sede era um desafio para os internos. O intervalo entre as refeições chegava a ser de até 5h e nesse período não se comia nada. O leite, por exemplo, era um alimento escasso e era concedido apenas uma vez por semana. Quando servido, bebiam até vomitar e o que sobrava era jogado pelos ralos, pois havia punição para os funcionários se restasse algo. Tanto a privação quanto a abundância de alimentos vivida pelos internos se expressavam pela forma de um completo descaso. Uma das pacientes retratou, em forma de música, o cotidiano do hospital, protestando contra a forma de alimentação desumana que existia nesse espaço:

Ô seu Manoel, tenha compaixão
 Tira nós tudo desta prisão
 Estamos todos de azulão
 Lavando o pátio de pé no chão
 Lá vem a boia do pessoal
 Arroz cru e feijão sem sal
 E mais atrás vem o macarrão
 Parece cola de colar bolão
 Depois vem a sobremesa
 Banana podre em cima da mesa
 E logo atrás vêm as funcionárias
 Que são umas putas mais ordinárias (p. 126)

O que se come, a forma como se come, com quem se come e onde se come são formas de expressar o lugar e valor social que os sujeitos ocupam coletivamente. Comer um alimento é incorporar um repertório de símbolos e significações culturais (Lima; Neto & Farias, 2015). Para Adami-Lauand e Ribeiro (2011), o alimento, mais do que suprir a criança nutricionalmente, influencia na forma como ela se relaciona consigo e com o mundo. Santos (2008) declara que: “O alimento se diferencia de outras formas de consumo porque ele é literalmente incorporado, atravessando as fronteiras do *self*” (p. 23). Portanto, se é permitido que o sujeito coma fezes, é permitido que ele ocupe o lugar de dejetos social, incorporando o mesmo significado do alimento. A perda da integração de um si mesmo e possíveis desdobramentos nefastos ao *self*, por esse não cuidado do outro, certamente são incalculáveis.

Nos hospícios, todos esses elementos em torno da comida legitimavam o caráter não humano, não civilizado e de não cidadania que esses indivíduos carregavam em si, anulando com isso o poder da sociabilidade pública, da ação, da fala e da presença em espaços coletivos. É possível compreender que estar à mesa, inserido em um espaço público e compartilhando alimentos considerados socialmente apropriados para o consumo, são representações e marcas de que o sujeito possui o mínimo de dignidade civil e humana.

A partir do lugar de valor da alimentação referenciado pelo campo da história e da psicanálise Freudiana e o de desvalor promovido pelos manicômios, como refletir teoricamente sobre a refeição entre pares como ferramenta na clínica psicanalítica?

A refeição compartilhada como dispositivo clínico

Antes de introduzir os conceitos psicanalíticos na perspectiva clínica, é importante ressaltar que as refeições entre pares, como ferramenta na clínica psicanalítica do CPPL, pertencem ao formato de psicoterapia em grupo, que pode estar incluído no setor da clínica institucional, composto por casos de transtornos graves, como a psicose e o autismo. Como parte desse instrumento, pode existir o componente do dispositivo de refeições, que foi idealizado pela instituição, principalmente, como um momento de socialização e uma ferramenta de intervenção clínica para pacientes com transtornos alimentares.

Sobre o tema da alimentação, Winnicott (1987/2006) considera que a amamentação é um ato social, pois produz uma dinâmica de matriz relacional que tem como base a constituição de vínculo e comunicação entre humanos.

Pereira (2014) declara que “enquanto mama o bebê incorpora a qualidade da relação que se estabelece entre ele a mãe e tudo isso passa a constituir a realidade psíquica pessoal dele” (p. 62). Assim, comer é se relacionar e por isso o bebê não se alimenta apenas do leite que é ingerido, mas também da relação constituída com a mãe, em que esta se torna um alimento simbólico.

Machado (2012) analisa a relação que é estabelecida entre os envolvidos durante a amamentação e a comunicação e mutualidade que são construídas como desdobramento desse momento. Quando o bebê é alimentado pela mãe, pode apresentar um comportamento, em torno das suas doze semanas, que traduz uma grande capacidade identificatória. Ao ser alimentado, o bebê imita a mãe e igualmente a alimenta em uma dimensão simbólica, colocando a mão e/ou os dedos na sua boca. Aos três meses, o bebê, já mais amadurecido egoicamente, percebe a mãe como alguém que, assim como ele, se alimenta e sente prazer nessa experiência. Ou seja, nessa situação alimentar, o bebê já inicia a construção da capacidade de empatia, de se colocar no lugar do outro.

Isto posto, compreende-se que se alimentar na presença e junto com o outro tem efeitos de subjetivação na medida em que o contato humano dessa experiência modifica internamente o ego do sujeito e seu processo de amadurecimento, desenvolvendo a capacidade de exercer sua autonomia e criatividade. Essa prática, em sua perspectiva relacional, permite o desenvolvimento psíquico e emocional do sujeito por meio da relação construída com o outro e com o mundo, produzindo uma capacidade identificatória e de comunicação com os que partilham o alimento.

Pensar no dispositivo clínico de refeição em grupo do CPPL, tomando como referência Winnicott e o seu conceito de espaço potencial, é considerar primordialmente que esse é um instrumento clínico no qual se cria uma área vital da experiência (Polity, 2002). Segundo Gregório e Amparo (2018), “O espaço potencial é o lugar onde se dá não somente o jogo criativo dos primórdios da existência, mas também o uso de símbolos, a mediação pela linguagem e tudo o que constitui a vida cultural” (p. 73-74). Nessa mesma perspectiva, Polity (2002) afirma que:

É no espaço potencial que o sujeito pode completar o processo de construção de seu *self*. À medida que interage com o outro – a mãe, primeiramente; mais tarde, o analista, o professor, o amigo – pode entrar em contato com diversas subjetividades por meio de manifestações culturais como a música, o texto, o diálogo, enfim, a presença humana, que enriquece e complementa. (p. 23-24)

O espaço potencial (transicional) define que, para se construir um si mesmo, é imprescindível que exista também um outro, ou seja, agir em conjunto é se subjetivar. A confiança no ambiente resulta em um viver criativo, onde cada sujeito, que carrega particularidades em sua construção subjetiva, pode enriquecer seu mundo interno ao estar com outros em um espaço que permite trocas espontâneas.

Nos grupos terapêuticos, cada um oferece a existência de diferentes trocas afetivas e culturais carregadas de representações e sentidos. O dispositivo de refeições nos grupos favorece distintas vinculações pela experiência de estar com o outro – em suas diferenças e semelhanças – e tudo aquilo que é suscitado com isso, mobilizando identificações, rivalidades, inveja, estranhamentos, encantamentos e demais afetos. Essas implicações subjetivas são causadas tanto pelo desdobramento que o elemento da comida provoca quanto pelo fato de essa experiência acontecer em um espaço coletivo onde se divide uma refeição, em que um componente existe e se relaciona com o outro concomitantemente para que as afetações citadas existam.

Winnicott (1979/2007), quando narra as etapas de desenvolvimento emocional do indivíduo, descreve que, no período da dependência absoluta, não há qualquer reconhecimento do outro como alteridade e nem da dependência que se tem daquele que cuida, tempo marcado pelo estado da natureza (fusão mãe-bebê). Já a dependência relativa é um momento de diferenciação progressiva entre o eu e o outro e de início do reconhecimento de sua dependência das figuras de cuidado. E quando se está na fase rumo à independência, há esse reconhecimento, instituindo, assim, uma abertura para o território da cultura e uma relação de preocupação com as pessoas. O caminho por essas etapas só é possível se existir um sentimento de continuidade pela provisão do ambiente às necessidades do sujeito.

Nos dispositivos de alimentação entre pares no CPPL, caso os terapeutas realizem uma intervenção sobre a construção dos modos à mesa, o que se dará não é uma terapia pedagógica que ensina regras de etiqueta, mas sim o favorecimento de que o sujeito saia do estado de não preocupação para que se reconheça e respeite o lugar do próximo enquanto alteridade. Pelas regras de partilha, o sujeito constrói um si mesmo ao se diferenciar dos outros, e, por essa razão, concebe os limites do público e privado, além de interiorizar os valores e normas da sua cultura (Poulain & Proença, 2003). Isso permite que o sujeito consiga construir um amadurecimento do *self* para mover-se continuamente entre os tempos necessários para seu desenvolvimento emocional.

Na hipótese de um paciente tentar tomar somente para si um alimento e não conseguir esperar que a divisão ocorra entre todos, os terapeutas podem intervir no sentido de reconhecer seu desejo, mas de contrapor a diferença entre

desejo e realidade, e quando o primeiro se impõe como ato, há implicações que se dão no mundo externo. Poder esperar e dividir é confiar que o ambiente atenderá às suas necessidades, mas considerando e se adequando aos limites que a realidade externa impõe, criando-se um jogo recíproco entre o dar e o receber de forma igualitária. Esse movimento faz alusão ao conceito de desilusão da onipotência – a desadaptação às necessidades do bebê que se dá gradativamente – teorizado por Winnicott (1971/1975) e que pode ser vivenciado no dispositivo de refeição entre pares de forma terapêutica.

Primeiramente, o autor considera que a fase de ilusão é quando a mãe, na relação com o bebê, se adapta ativamente às suas necessidades, favorecendo que se desenvolva a ilusão de onipotência de que ele criou tudo ao seu redor. Após esse período, entra a fase de desilusão da onipotência, em que, gradativamente, a mãe já não atende mais tão prontamente às necessidades do bebê. O autor destaca:

Imaginem um lactente esperando a alimentação. Vem o tempo em que o lactente pode esperar uns poucos minutos, porque os ruídos na cozinha indicam que a comida está prestes a aparecer. Ao invés de simplesmente ficar excitado pelos ruídos, o lactente usa esses novos itens [relativos ao desenvolvimento atual do lactente] para se capacitar a esperar. (Winnicott, 1979/2007, p. 83)

Começa a se instaurar a dimensão temporal, em que o bebê começa a suportar esperar e integrar um passado-presente-futuro, percebendo que há um mundo externo diferenciado das suas necessidades e desejos. A partir disso, o ego da criança fica mais amadurecido quanto à frustração, conseguindo tolerar situações que denotam uma realidade fora de seu controle e, com isso, instaura-se a progressão do princípio do prazer absoluto para o princípio da realidade.

Winnicott (1979/2007) afirma que um ambiente que possibilita segurança e convicções do que é certo e errado faz com que os processos internos da criança e um superego pessoal evoluam, pois “o código moral adulto se torna necessário porque humaniza o que na criança é desumano” (p. 95). Assim, transmitir o sistema com códigos de regras sociais não é um processo repressivo, mas um cuidado por meio dos limites que o ambiente deve oferecer ao indivíduo. Dar limites é também cuidar. E cuidar é favorecer o processo de integração do *selfe* da criatividade do sujeito.

Pensar as refeições em grupo na lógica da clínica é poder gerar efeitos no paciente a partir de intervenções terapêuticas que se sucedem na via da transferência e, por essa mesma ferramenta, poder trabalhar elementos clínicos possibi-

litando ressignificações subjetivas. Nesse dispositivo, é possível se experimentar em um lugar no mundo, muitas vezes não vivenciado fora do *setting*, pela crença do espaço social ampliado em uma incapacidade do sujeito devido ao seu diagnóstico ou condição psíquica. A inadequação à mesa pode surgir porque não há demandas que ofereçam essa vivência, inviabilizando que se aprenda com a experiência e restringido a capacidade de assimilar novas formas de compartilhar e se expandir no mundo. Na contramão dessa visão, essa ferramenta clínica do CPPL é uma forma de reconhecer e apostar que o sujeito, mesmo entre suas dificuldades, possa ser reconhecido para além da mácula da loucura e que possa ter autonomia no momento de comer e a capacidade de dividir a mesa (e a vida) com outros, aumentando a confiança e o investimento dos cuidadores para que tal posição se estenda a outros espaços. Uma das expressões mais importantes de cuidado é poder apresentar o mundo ao indivíduo (Winnicott, 1979/2007), e o dispositivo de refeições, por meio da experiência de estar entre outros e pelas regras sociais estabelecidas, é uma forma de fazê-lo.

A seguir, será apresentado um recorte clínico para ilustrar como se dão os reposicionamentos psíquicos e sociais na prática de comer entre pares no espaço do *setting* analítico.

Recorte clínico

O grupo de psicoterapia analisado era composto por três crianças: Francisco, José e Pedro⁵, que tinham entre 6 e 7 anos de idade e possuíam dificuldades muito singulares, com traços autísticos graves, a exemplo de terem a fala e recursos simbólicos muito regredidos. Os lanches terapêuticos ocorriam em todos os atendimentos. Os responsáveis eram encarregados de trazer a comida e um tempo determinado ao final da sessão era destinado para os pacientes se sentarem à mesa e comerem juntos. A instituição disponibilizava uma garrafa de água e utensílios de organização e limpeza, como pratos, copos, talheres, jogo americano e guardanapos para se pôr a mesa. E sempre, antes de se alimentarem, os terapeutas auxiliavam para que todos os pacientes se higienizassem, lavando as mãos antes de comer.

Em determinada sessão do grupo, uma cena começou a se repetir: José passou a pegar, quando menos se esperava, o lanche que estava posto no prato de Francisco. Em alguns momentos, Francisco não se importava, em outros, ficava irritado. Como resposta, começou a mudar a entonação dos sons da boca, resmungando daquela situação. Embora não saísse uma palavra, esse era o modo que

ele tinha de registrar o ocorrido e, com isso, uma comunicação se estabelecia entre eles. José ora se intimidava, ora fingia que aquilo não era com ele e voltava a pegar comida do prato de Francisco. A via de intervenção dos terapeutas foi que José não poderia pegar comida do prato das pessoas sem permissão, pois aquilo era um gesto inadequado e seria possível encontrar outras formas de dizer, por exemplo, que não queria comer a própria comida ou que estava achando o lanche do outro mais saboroso e por isso, se fosse o caso, ele poderia pedir um pedaço da comida do colega. No caso de Francisco, foi colocado que ele deveria cuidar do próprio prato e não deixar ninguém pegar nada dele (se assim quisesse), ou eles poderiam fazer novas negociações e trocas dos respectivos lanches. Isto é, era permitido falar do desejo e realizar acordos, mas não praticar uma passagem ao ato⁶ pela via de uma inadequação dos modos à mesa.

Após algumas sessões em que esse conjunto de elementos se repetiu, iniciou-se algo muito interessante e peculiar. Na hora do lanche, Francisco pegou o suco de José sem ele perceber. Nessa cena, os papéis foram invertidos, já que comumente era o lanche de Francisco que costumava ser furtado pelo colega. José, ao se dar conta que não estava mais com seu suco, reivindicou a posse do seu lanche. Francisco, que estava se deliciando com a bebida, ficou muito irritado quando foi desapossado dela pelo dono. José, mais indignado ainda, e no seu direito, não permitiu mais que ele pegasse o seu refresco. No entanto, houve uma concessão, pois, embora não autorizasse que Francisco pegasse seu suco, José deixou que Francisco tirasse uma fruta do seu prato. Até então, os terapeutas só observavam a negociação que estava sendo feita, mas nesse momento intervieram no sentido de questionar José se não era possível dividir um pouco do suco com Francisco. Nesse momento, José apontou para a garrafa de água (oferecida pelo CPPL), indicando que Francisco, em vez de beber o seu suco, poderia beber a água. Os terapeutas riram diante da situação. Após algum tempo, José ofereceu o suco para Francisco, que o aceitou. Em troca, José pegou um pãozinho que o outro tinha no seu prato. Francisco continuou saboreando a bebida, mas, de repente, foi até José, originalmente dono do suco, e se certificou se ele não desejava mais um pouco, para saber se podia beber o que ainda tinha na garrafa. José mostrou-se satisfeito e recusou, sinalizando que Francisco poderia ficar com o restante. Dessa forma, eles finalizaram o episódio e a sessão foi encerrada por conta do tempo.

Os efeitos no psiquismo, impulsionados pela sociabilidade da prática, geram uma transmissão afetos entre os pares, que podem ser ilustrados pelas trocas que existiram entre os pacientes do grupo, no qual se destacam expressões de reconhecimento, identificação, preocupação, cuidado, empatia e gratidão com o outro. Salientando que esse laço social se deu entre duas crianças consideradas

autistas graves na experiência de se alimentarem juntas, todas essas cenas aconteceram sem precisar ser dita uma palavra entre elas. O diálogo se deu por meio de gestos, olhares e sons, de forma completamente espontânea e autônoma, contando, pontualmente, com a mediação dos terapeutas.

Outra perspectiva que é possível acrescentar à correlação com o recorte apresentado é sobre o campo da linguagem. Montanari (1949/2008) destaca que o espaço de convivência propiciado pelo ato de comer juntos faz surgir um sistema linguístico – que vai muito além do texto utilizado na vocalização das palavras – em que gestos e comportamentos são traduzidos como mensagens carregadas de sentido, valor e comunicação. Para Cavalcanti (2006), imaginariamente na sociedade e para alguns profissionais de saúde, sujeitos diagnosticados como autistas não possuem linguagem, mas a autora afirma que se deve considerar “a linguagem enquanto ação, enquanto ato entre interlocutores, que, numa situação contextualizada e de interdependência, ligados afetivamente, constroem juntos um sentido” (p. 137). Se partirmos do pressuposto que a linguagem afeta os sujeitos e cria realidades (Cavalcanti & Rocha, 2001/2007), a refeição feita em conjunto e o alimento, que carregam em si potências de códigos linguísticos, também podem fazer o mesmo, sendo capazes de transformar realidades e enriquecer o lugar do sujeito socialmente.

Considerações finais

Tomando como inspiração o lugar da alimentação na história, na psicanálise e na saúde mental, é possível pensar que o dispositivo de refeições em grupo no CPPL é uma ferramenta que retira da margem e resgata para a pólis aqueles excluídos que carregam o peso do estigma e o imaginário da loucura, possibilitando, pelo ato de comer juntos, a vivência da condição de humano, civilizado e cidadão e a produção de laços afetivos e sociais, gerando, com isso, efeitos de subjetivação.

O grupo terapêutico e o seu dispositivo de refeição entre pares no CPPL podem ser tomados como uma versão abreviada do espaço público e político, no qual se tecem e se encenam formas singularidades de se subjetivar diante de uma pluralidade, pois existe a condição da liberdade para se criar a partir da liberdade de agir e falar (Arendt, 1958/2005). Por ter o caráter de um microcosmo de uma realidade mais ampla, o ponto central desse dispositivo é possibilitar ao sujeito estar entre outros partilhando uma vida coletiva e produzindo efeitos subjetivos para a vida pública em toda sua extensão, tornando-se um espaço que assegura o exercício da cidadania de cada um, visto que esse estado é restringido diante das

inúmeras dificuldades que aqueles com transtornos psíquicos graves têm quanto à qualidade de ser, existir e se integrar em sociedade. Nessa medida, a refeição em conjunto torna-se um sistema alimentar mergulhado em processos sociais e históricos que transmitem valores, tornando-se um canal de representações que possibilita ricas trocas interpessoais e culturais.

Retomando Freud (1913-1914/1996b), todos os elementos psíquicos derivados da prática de comer e beber juntos são virtuais, ou seja, os seus efeitos não estão estabelecidos e assegurados por si sós, sendo produzidos apenas enquanto há pessoas disponíveis a partilhar o alimento. Se o ato é desfeito, seus efeitos também o são, por isso é preciso que seja uma prática reatualizada continuamente para que seus desdobramentos sejam incorporados com mais solidez. Em similaridade, Winnicott (1971/1975) relata que o espaço potencial é um espaço potente para o estabelecimento de algo, mas que pode ou não existir e que isso vai depender das pessoas que estão envolvidas para que se crie essa área intermediária, que não faz parte nem apenas da realidade interna e nem somente do mundo externo, mas que é um espaço estabelecido e construído entre pares. Assim como descrito pelos autores, o dispositivo de refeição compartilhada nos grupos terapêuticos do CPPL existe segundo a mesma lógica, pois necessita de pessoas que se concentrem na circunstância de comer juntas constantemente para que sejam produzidos efeitos subjetivos entre si.

Montanari (1949/2008) considera que a mesa é uma metáfora da vida, na medida em que um universo simbólico repleto de significações é criado quando se partilha esse espaço. Em complementaridade, Strong (2002) discorre sobre o *convivium* romano, que quer dizer “viver em conjunto”, reforçando que o fato de ter uma vida compartilhada pode ser representado por dividir uma mesa em comum. A partir dessas colocações, pode-se refletir que há aproximações entre o comer juntos e o viver juntos.

Nesse sentido, simbolicamente, estar fora da mesa é estar fora da vida. Estar à mesa pode ser uma metáfora de se inserir e pertencer a determinados grupos e ser reconhecido socialmente, é poder se identificar e dividir, ser visto, aceito e respeitado em sua singularidade. É ser capaz de aprender e ensinar. De falar e ouvir. De oferecer, receber e trocar. De ter direitos e também deveres, de possibilitar o exercício do cuidado do outro e de si mesmo. Estar à mesa é estar na vida, ou seja, no campo de trabalho, inserido nos estudos, ter relações conjugais, estar ligado aos outros por vínculos de amizade, estar presente em locais coletivos com a família, participar da política como cidadão, usufruir de espaços públicos, entre outras dimensões. A música da banda Titãs (Antunes, Britto & Fromer, 1987) “comida” traz uma reflexão que abarca o que já foi dito:

Você tem sede de quê? Você tem fome de quê? / A gente não quer só comida. A gente quer comida, diversão e arte. A gente não quer só comida, a gente quer saída para qualquer parte / A gente não quer só comida. A gente quer bebida, diversão, balé. A gente não quer só comida. A gente quer a vida como a vida quer / A gente não quer só comer. A gente quer comer e quer fazer amor. A gente não quer só comer. A gente quer prazer pra aliviar a dor / A gente não quer só dinheiro. A gente quer dinheiro e felicidade. A gente não quer só dinheiro. A gente quer inteiro e não pela metade / Diversão e arte para qualquer parte. Diversão, balé como a vida quer. Desejo, necessidade, vontade (Faixa 2)

Talvez possamos criar uma analogia de que a fome desses sujeitos não seja só de comida e a sede não só de bebida, mas sim, de vida, de afetos, de convívios sociais e culturais, de reconhecimento enquanto sujeitos e de lugar político assegurado. Fome e sede que seriam saciados com um banquete de trocas humanas. Dessa forma, as refeições entre pares nos espaços públicos, como nos grupos terapêuticos, para pessoas com transtornos psíquicos graves, acabam por tornar-se um ato político, podendo ser a alternativa de um dispositivo clínico de promoção de saúde que possibilita o resgate e a reintegração desses sujeitos da margem à pólis.

Referências

- Adami-Lauand, C. B.; Ribeiro, R. P. P. (2011). A herança transgeracional nos transtornos alimentares: Algumas reflexões. *Psicologia USP*, 22(4), 927-942. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642011005000030> (acessado em 02/05/2018).
- Antunes, A.; Britto, C.; Fromer, M. (1987). Comida (Gravado por Titãs). In: Titãs. *Jesus não tem dentes no país dos banguelas* (CD). Manaus: WEA.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Arendt, H. (1958/2005). *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1958).
- Borges, A. M. de B. (2010). Comensalidade: A mesa como espaço de comunicação e hospitalidade (Resumo). In: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação (org.). *XXXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*, p. 1-3. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul.
- Cascudo, L. da C. (1967/2004). *História da alimentação no Brasil*. São Paulo: Global. (Original publicado em 1967).

- Cavalcanti, A. E. (2006). Ser brincando: Sobre a psicanálise em grupo com as crianças. In: Rocha, P. S. (org.). *Cata-ventos: Invenções na clínica psicanalítica institucional*, p. 133-150. São Paulo: Escuta.
- Cavalcanti, A. E.; Rocha, P. S. (2001/2007). Algumas narrativas psicanalíticas sobre o autismo. In: *Autismo*, p. 67-94. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 2001).
- Foucault, M. (2001/2010). Aula de 5 de fevereiro de 1975. In: *Os Anormais*, p. 93-116. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 2001).
- Freud, S. (1910/1996a). Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud*, vol. XI, p. 59-124. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1910[1909]).
- Freud, S. (1913-1914/1996b). O retorno do totemismo na infância. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud*, vol. XIII, p. 75-116. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1913-1914).
- Gregório, G. S.; Amparo, D. M. do (2018). O brincar e o espaço potencial no ambiente virtual. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 21(1), 71-82. <https://doi.org/10.1590/1809-44142018001007> (acessado em 02/05/2018).
- Lima, R. S.; Neto, J. A. F.; Farias, R. C. P. (2015). Alimentação, comida e cultura: O exercício da comensalidade. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 10(3), 507-522. <https://doi.org/10.12957/demetra.2015.16072> (acessado em 02/05/2018).
- Machado, L. M. K. (2012). Mutualidade: Qual a novidade? In: Sucar, I. Z. (ed.). *Winnicott: Ressonâncias*, p. 177-183. São Paulo: Primavera Editorial.
- Montanari, M. (1949/2008). *Comida como cultura*. São Paulo: Editora Senac São Paulo. (Original publicado em 1949).
- Pantel, P. S. (1994/1998). As refeições gregas, um ritual cívico. In: Flandrin, J.-L.; Montanari, M. (org.). *História da alimentação*, p. 118-128. São Paulo: Estação Liberdade. (Original publicado em 1994).
- Pereira, M. R. A. (2014). *A constituição do si-mesmo e o uso da mente em Winnicott: Ressonâncias escolares* (tese de doutorado), p. 52-69. Universidade de São Paulo, Curso de Pós-graduação em Psicologia.
- Polity, E. (2002). Algumas considerações sobre o espaço potencial. *Psicologia: teoria e prática*, 4(1), 21-28. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872002000100003 (acessado em 29/05/2018).
- Poulain, J.-P.; Proença, R. P. da C. (2003). O espaço social alimentar: Um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Revista de Nutrição*, 16(3), 245-256. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732003000300002> (acessado em 02/05/2018).
- Santos, L. A. da S. (2008). O corpo e o comer no campo das ciências sociais. In: *O corpo, o comer e a comida: Um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*, p. 23-25. Salvador: EDUFBA.

- Sears, K. (2015). *Tudo o que você precisa saber sobre a mitologia*. São Paulo: Editora Gente.
- Strong, R. (2002). *Banquete: Uma história ilustrada da culinária, dos costumes e da fartura à mesa*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Winnicott, D. W. (1971/1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *O brincar e a realidade*, p. 10-48. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1979/2007). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1979).
- Winnicott, D. W. (1987/2006). A amamentação como forma de comunicação. In: *Os bebês e suas mães*, p. 19-29. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1987).

Notas

- ¹ Conceito que considera o homem a partir de uma visão multidisciplinar, no qual este é regido por um sistema integrado em que todas essas dinâmicas o perpassam.
- ² CPPL – Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem, instituição que, dentre outros serviços, oferece atendimentos de psicoterapia em grupo. <http://www.cppl.com.br/>
- ³ Sears (2015) descreve que, para construir um salão para deliciosos banquetes, Erisícton resolveu invadir as terras dedicadas a Deméter e, violentamente, cortou todas as árvores que havia no local. Deméter foi tomada por uma intensa cólera e impôs um castigo severo a Erisícton. Se ele usurpou seu bosque com a finalidade de construir um espaço para comer, deveria ser punido com uma fome que o importunasse impiedosamente até o fim da vida. Depois de ter gastado toda sua fortuna, e da sua filha ter se vendido como escrava para conseguir comida para o pai, como sua fome era insaciável, acabou por devorar a si mesmo e a dar término a sua própria vida.
- ⁴ Winnicott (2007) retrata que o *self* em sua forma saudável (verdadeiro *self*) é aquele que, por estar integrado, resulta em uma imagem unificada de si mesmo e do mundo externo, produzindo o sentimento de ser criativo e se sentir real.
- ⁵ Todos os nomes de pacientes citados são fictícios.
- ⁶ Nesse contexto, utiliza-se a expressão freudiana passagem ao ato (*act it out*) para significar o cometimento de um ato por um sujeito para furtar-se à expressão de palavras acerca do próprio desejo.

Recebido em 27 de junho de 2018

Aceito para publicação em 11 de outubro de 2018

LEITURA MATERNA SOBRE DEPRESSÃO
PÓS-PARTO E SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS:
UM CASO DE PSICOTERAPIA MÃE-BEBÊ

*MATERNAL PERCEPTION ABOUT POSTPARTUM DEPRESSION AND
PSYCHOFUNCTIONAL SYMPTOMS: A CASE OF MOTHER-BABY PSYCHOTHERAPY*

*COMPRESIÓN MATERNA SOBRE DEPRESIÓN POSTPARTO Y SÍNTOMAS
PSICOFUNCIONALES: UN CASO DE PSICOTERAPIA MADRE-BEBÉ*

*Elisa Cardoso Azevedo **

*Giana Bitencourt Frizzo ***

*Milena da Rosa Silva ****

*Tagma Marina Schneider Donelli *****

RESUMO

Este estudo investigou as mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê num contexto de psicoterapia mãe-bebê em grupo. Participaram uma díade mãe-bebê em que a mãe apresentava depressão pós-parto e o bebê sintomas psicofuncionais. Os instrumentos empregados foram a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), Entrevista MINI, Entrevista sobre a Gestação e Parto, Entrevista sobre a Experiência da Maternidade e o questionário Symptom Check List (SCL). Foi utilizado o delineamento de estudo de caso único e realizada uma análise quali-

* Psicóloga, Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

email: lielisa@gmail.com

** Psicóloga, Professora Associada do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

email: gifrizzo@gmail.com

*** Psicóloga, Professora Adjunta do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

email: milenarsilva@hotmail.com

**** Psicóloga, Professora Assistente II do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil.

email: tagmad@unisinos.br

As autoras agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro ao projeto de pesquisa que originou este artigo.

tativa, relacionando os materiais clínicos das onze sessões de psicoterapia com a literatura a partir de uma compreensão psicanalítica. Os resultados revelaram que os sintomas depressivos maternos e os sintomas psicofuncionais do bebê estavam mutuamente associados e que, a partir da intervenção utilizada, a leitura materna sobre seus sintomas e os do bebê foi modificada, associada a uma melhora dos sintomas em ambos.

Palavras-chave: leitura materna; depressão pós-parto; sintomas psicofuncionais do bebê; psicoterapia mãe-bebê em grupo.

ABSTRACT

This study examined the changes in maternal perception about her own depressive symptoms and the baby's psychofunctional symptoms in a context of mother-baby group psychotherapy. Participants were a mother-baby dyad in which the mother presented postpartum depression and the baby had psychofunctional symptoms. The instruments employed were: EPDS, MINI Interview, Interview on Pregnancy and Childbirth, Interview of the Maternity Experience, and SCL questionnaire. The single-case study design was used and a qualitative analysis was carried out, correlating the clinical materials from the eleven psychotherapy sessions with the theoretical knowledge found in the literature, based on a psychoanalytic understanding. The results revealed that the maternal depressive symptoms and the baby's psychofunctional symptoms were mutually associated and that, through the intervention, the maternal perception about her symptoms and the baby's was modified, associated with an improvement of the symptoms in both.

Keywords: maternal perception; postpartum depression; baby psychofunctional symptoms; mother-infant group psychotherapy.

RESUMEN

Este estudio investigó los cambios en la comprensión materna sobre sus síntomas depresivos y sobre los síntomas psicofuncionales del bebé en un contexto de psicoterapia madre-bebé en grupo. Participaron una díada madre-bebé en la que la madre presentaba depresión posparto y el bebé síntomas psicofuncionales. Los instrumentos utilizados fueron: EPDS, Entrevista MINI, Entrevista sobre la Gestación y el Parto, Entrevista sobre la Experiencia de la Maternidad y el cuestionario SCL. Se utilizó el delineamiento de estudio de caso único y realizó un análisis cualitativo, relacionando los materiales clínicos de las once sesiones de

psicoterapia con la literatura a partir de una comprensión psicoanalítica. Los resultados revelaron que los síntomas depresivos maternos y los síntomas psicofuncionales del bebé estaban mutuamente asociados y que, a partir de la intervención utilizada, la comprensión materna sobre sus síntomas y del bebé fue modificada, asociada a una mejoría de los síntomas en ambos.

Palabras clave: comprensión materna; depresión posparto; síntomas psicofuncionales del bebé; psicoterapia madre-bebé en grupo.

Introdução

Diversos autores clássicos (Bowlby, 1989; Spitz, 2000; Winnicott, 1956/2000) já apontavam para a importância do ambiente para o desenvolvimento satisfatório da criança, descrevendo a profunda identificação que existe entre uma mãe¹ e seu bebê no início da vida. Sabe-se que a qualidade das interações entre o bebê e seu cuidador terá significativas implicações do ponto de vista clínico e emocional. Dessa forma, perturbações nessas interações constituem um dos primeiros indícios de dificuldades no desenvolvimento do bebê.

Um exemplo disso são os sintomas psicofuncionais, que são manifestações somáticas e comportamentais do bebê, sem causa orgânica, que sinalizam dificuldades na interação pais-bebê (Batista-Pinto, 2004). A somatização consiste na manifestação de conflitos e angústias por meio de sintomas corporais (Coelho & Ávila, 2007). Isso significa que, quando um bebê apresenta um sintoma que coloca em risco sua constituição psíquica, o sofrimento aparece em sua organização corporal (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). E, uma vez que o bebê é extremamente dependente dos cuidados que recebe, acredita-se que tais problemas tenham sua origem nas trocas interacionais entre pais e bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Marty, 1993; McDougall, 1996; Robert-Tissot et al., 1989), desencadeando dificuldades nas áreas de alimentação, sono e comportamento (Robert-Tissot et al., 1996).

Um dos possíveis fatores associados à impossibilidade da mãe de exercer adequadamente sua função seria a depressão pós-parto. Por isso, Cramer e Palacio-Espasa (1993) entendem a depressão pós-parto como uma doença da interação, já que está relacionada à presença do bebê.

A depressão pós-parto é multifatorial e ainda não é possível identificar com precisão sua etiologia. No entanto, alguns fatores de risco evidenciam uma forte correlação com essa psicopatologia (O'Hara & McCabe, 2013), tais como histórico de sintomas depressivos, antes ou durante a gestação, (Field et al., 2010;

Iaconelli, 2005), intercorrências na gestação ou no parto, primiparidade, luto e problemas de saúde do bebê (Iaconelli, 2005; Rodrigues & Schiavo, 2011), e dificuldades conjugais (Silva & Piccinini, 2009). Destaca-se também a importância de considerar os aspectos psicodinâmicos singulares, relacionados à história de vida de cada mãe (Silva, 2014).

Dentre os sintomas que caracterizam a depressão pós-parto tem-se a tristeza, choro constante, mau humor, irritabilidade, alterações no sono e no apetite, falta de energia, sentimento de culpa e de desvalia, desespero e dificuldades em cuidar do bebê (Clark, 2000). Episódios depressivos mais graves e prolongados que ocorram nesse período são particularmente preocupantes, pois interferem nas práticas parentais (O'Hara & McCabe, 2013). Por isso, o tratamento da depressão pós-parto deve ser realizado atentando para o vínculo com o bebê (Riecher-Rössler & Fallahpour, 2003).

Uma das possibilidades de tratamento para a ocorrência de depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais do bebê é a psicoterapia mãe-bebê em grupo. Já se sabe que a psicoterapia com a dupla mãe-bebê pode ser eficiente (Batista-Pinto, 2004; Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Frizzo et al., 2010; Prado et al., 2009; Silva, Prado & Piccinini, 2013; Stern, 1997), trazendo uma melhora significativa para os sintomas do bebê, para a depressão pós-parto e para a interação da dupla. Quanto à modalidade da psicoterapia em grupo, diferentes estudos (Klier, Musik, Rosenblum & Lenz, 2001; Clark, 2000; Clark, Tluczek & Wenzel, 2003) constataram sua eficácia e importância, já que permite à mãe sair do isolamento social e refletir sobre as dificuldades inerentes à maternidade, compartilhando essas e outras questões com outras mães.

Na clínica com bebês se intervém não só por meio da escuta, mas principalmente por meio de uma leitura em relação às produções somáticas do bebê (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). Especificamente, segundo Jerusalinsky e Berlinck (2008), a leitura materna diz respeito às percepções e representações que a mãe tem sobre o bebê. É o processo de leitura que possibilita não só a tradução e a compreensão do significado dessas manifestações somáticas, mas também uma possibilidade de saída de um aprisionamento alienante das fantasias maternas. Assim, acredita-se que a leitura materna sobre os sintomas do bebê possa ser mais bem compreendida por meio da psicoterapia mãe-bebê.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi investigar as mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê em um contexto de psicoterapia mãe-bebê em grupo.

Método

Delineamento, participantes, procedimentos e instrumentos

Este trabalho teve caráter qualitativo e se propôs a utilizar o estudo de caso único, conforme preconizado por Stake (2006), para analisar as mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê ao longo das sessões de psicoterapia. Participaram deste estudo uma díade mãe-bebê², em que a mãe apresentava indicadores de depressão pós-parto e o bebê tinha sintoma psicofuncional na área do sono. Essa dupla participou de uma psicoterapia mãe-bebê em grupo no período de maio a agosto de 2015 e foi a única dupla que participou de todas as 11 sessões do tratamento.

Inicialmente, a mãe completou a Ficha de Contato Inicial – GIDEP/NUDIF (2003a), que visava a saber se as díades preenchiam os critérios de inclusão e exclusão para participar do projeto. Atendidos esses critérios, foi agendado um encontro na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde aplicou-se a entrevista MINI-Plus (Sheehan et al., 1998), a fim de excluir casos de mães com algumas psicopatologias específicas, já que se trata uma entrevista diagnóstica padronizada breve, que explora 17 transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV (APA, 2004), além do risco de suicídio e do transtorno de personalidade antissocial. Em um segundo encontro, a mãe respondeu à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), um instrumento de autoavaliação composto por 10 itens referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério, validado para o contexto brasileiro (Santos et al., 2007), e ao questionário Symptom Check List, elaborado por Robert-Tissot et al. (1989), que avalia quantitativa e qualitativamente, mediante 84 questões, os transtornos psicofuncionais de crianças com idades entre seis semanas e 30 meses de vida. Posteriormente, a mãe também respondeu à Entrevista sobre a Gestação e o Parto (GIDEP/NUDIF, 2003b), uma entrevista estruturada cujo objetivo   investigar as impressões maternas sobre a gesta o e o parto, e   Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003c), a fim de investigar diversos aspectos da experiência da maternidade, tais como eventos de vida estressores, rela o da mãe com os próprios genitores, história da gesta o, parto e primeiro ano de vida do beb , expectativas sobre o beb  e a maternidade, etc.

Quando as mães apresentavam depressão, seja no MINI-Plus ou na EPDS, eram convidadas a participar da psicoterapia mãe-beb  em grupo, como ocorreu com a mãe participante deste estudo. Essa interven o baseou-se no estudo de Clark, Tluczek e Wenzel (2003), mas sofreu algumas adapta oes em sua apli-

cação. Foram feitas 11 sessões de psicoterapia mãe-bebê, conduzidas por dois terapeutas, em uma das quais um familiar de referência foi convidado a participar. As sessões tiveram duração de uma hora e meia, com frequência semanal. A cada sessão havia um tema principal a ser trabalhado, como, por exemplo, expectativas em relação ao bebê, sentimentos ambivalentes e um trabalho psicoeducativo no que tange à depressão pós-parto. As sessões também contaram com dois momentos, um sobre o respectivo tema semanal e outro de técnicas lúdicas, focando em atividades projetivas. A atenção dos terapeutas foi igualmente dividida entre a observação das interações da díade mãe-bebê ou da tríade pai-mãe-bebê e a escuta das participantes. As sessões psicoterápicas foram filmadas. Após a sessão, foram realizados relatos individuais pelas terapeutas, bem como discussão no grupo de pesquisa com relação às suas impressões sobre o atendimento, através da gravação. Antes do atendimento seguinte, era feita uma preparação da sessão com relação ao seu planejamento, tendo em vista os relatos das terapeutas e do grupo de pesquisa para orientar e readequar as intervenções a serem realizadas.

Resultados

Nessa seção foi feita uma síntese dos principais conteúdos que emergiram em cada uma das sessões de psicoterapia com foco nos sintomas da mãe e do bebê e nas mudanças que foram ocorrendo na leitura materna sobre si e sobre o bebê ao longo da psicoterapia. Os conteúdos apresentados aqui respeitam a ordem em que apareceram nas sessões.

A dupla participante deste estudo, Ana Paula e Francisco, compareceu a todas as sessões da psicoterapia mãe-bebê em grupo assiduamente até o final do atendimento, e por isso foi a selecionada para o presente estudo. A psicoterapia ocorreu semanalmente, com exceção de uma pausa de três semanas devido a questões institucionais.

Na primeira sessão, as terapeutas explicaram o funcionamento da psicoterapia mãe-bebê em grupo e realizaram o contrato terapêutico. Ana Paula, a mãe, tinha 24 anos, ensino superior completo e na ocasião da psicoterapia estava desempregada. O bebê estava com 9 meses quando se iniciou a psicoterapia. Ana Paula vivia junto com seu companheiro há 5 anos. Ela relatou que a gestação não foi planejada, que não desejava engravidar naquele momento, pois se considerava muito jovem. Teve uma gravidez com muitas oscilações de humor e, após o nascimento do bebê, apresentava muita tristeza, labilidade emocional e irritabilidade.

No entanto, ficou evidente em sua fala que os sintomas depressivos iniciaram ainda durante a gravidez:

“Durante a gravidez eu fui bem oscilando. Tinha dias que eu chegava em casa e eu chorava muito, muito, muito. Eu vou começar a chorar. (Segue falando emocionada, chorando) Porque eu não queria... Não era a hora. Eu me achava muito nova pra ter filho... Foi assim....”

Assim, pelo discurso de Ana Paula, percebeu-se que essa possível depressão gestacional evoluiu para uma depressão pós-parto após o nascimento do filho:

“A gravidez era dias bons e dias ruins... Aí ele nasceu... O primeiro mês foi bem punk. Porque tava bem, bem punk assim. Eu não aguentava mais, eu tinha vontade de jogar ele pela janela... De verdade assim!”

Em paralelo a seus sintomas depressivos, Ana Paula também se queixou sobre problemas no sono do filho, Francisco. Entretanto, já na segunda sessão de psicoterapia, ela relata melhora no sono do bebê, demonstrando felicidade e surpresa, e associando essa mudança ao início da psicoterapia, conforme ilustrado no trecho a seguir:

“Olha, eu não sei se coincidiu, mas foi quando eu comecei a me tratar. Então, semana passada eu até falei, né? Que eu vim ruim e fui embora tri bem. Então eu não sei se pode ter sido isso. Mas melhorou assim, sabe? Eu e ele. Eu tô mais calma! Aí ele começou a dormir e eu comecei a dormir, daí melhora noventa por cento.”

Ainda nessa segunda sessão, a mãe relatou que, por vezes, tinha dificuldade em atender às demandas do bebê e expressou culpa por isso:

“Eu fico com preguiça, fico em casa e deixo ele chorando. Boto no berço, deixo. Daí saio para me acalmar, tomo uma água, respiro, dou uma rezada e... conto até dez, pensa um pouco. Sabe? Tipo, ele não fala ainda. Aceita isso. Ele não fala. Tu é a mãe dele, tu tem que ir ali. Aí eu vou e fico com aquela culpinha, assim, né?”

Na terceira sessão identificou-se que a questão do sono do bebê seguia bastante enfatizada no discurso da mãe. Ana Paula relatou que a parte mais difícil

dos cuidados com o bebê era lidar com o sono do filho. Apesar da queixa, contou que o sono de Francisco estava melhor, com dias melhores, mas deixava implícito que ainda existiam dias mais difíceis:

“Mas... Tendo tido tipo cinco dias de sono bom e só um... Eu acordo mais tranquila, né? Não é toda noite querendo matar ele... mas tá indo melhor assim. Bem melhor o sono dele.”

Associado à melhora no sono do bebê, a mãe passou a atribuir significados para as dificuldades no sono dele, compreendendo que poderiam estar associadas a algum desconforto, como dor ou fome ou ainda a um dente que estava nascendo. Entende-se que a mãe passou a ler o bebê como um indivíduo, compreendendo que ele tem suas próprias necessidades e demandas. Essa nova leitura permitiu à mãe perceber que as alterações no seu humor repercutiam em seu bebê e que havia uma sintonia e uma interação entre eles:

“Eu acho que ele sente muito, assim, porque no dia que eu tô bem, ele é assim ó, sorrindo o dia inteiro, brincando o dia inteiro... Eu beijo ele, ele me beija. Ele gosta de ficar perto. E quando eu tô irritada... Ele tá terrível também.”

Ainda nessa terceira sessão, a mãe passou a identificar aspectos positivos no comportamento do filho, que anteriormente não haviam aparecido. Se antes a maternidade era vista somente de forma pessimista e negativa, nessa sessão Ana Paula conseguiu identificar que existem aspectos bons e ruins na maternidade, apresentando um olhar mais integrado e uma nova leitura acerca da maternidade:

“Ai... Quando ele dá o sorriso dele. Ele beija... Ele é muito carinhoso. Tudo eu gosto. Eu acho que a parte difícil faz parte também, né? É difícil, choro e tudo... Ah, mas é muito bom... Ah, é que eu reclamo muito, muito, muito. Eu acho muito difícil, mas é muito, muito, muito gratificante.”

Na quarta sessão identificou-se no discurso de Ana Paula que ainda havia uma leitura ambivalente quanto ao sono do seu filho. Embora nas sessões anteriores já tenha aparecido uma leitura mais positiva sobre o sono do bebê, nessa sessão ela relatou de forma queixosa e negativa várias situações sobre o sono do bebê. E, diante das dificuldades em fazer o filho dormir, Ana Paula mostrava-se bastante irritada:

“Ai, daí nisso eu já me levanto e grito: ‘Para! Vai dormir! Chega...’ Às vezes eu falo: ‘Tá com sono? Fecha os olhos e dorme!’.”

Ainda nessa sessão, um dos temas abordados foi o diagnóstico de depressão pós-parto. Diante do relato de Ana Paula ficou evidente que, antes do tratamento, havia uma dificuldade em identificar que ela estava vivenciando um episódio depressivo e que aquelas não eram apenas dificuldades inerentes ao puerpério. Como já havia aparecido anteriormente em outra sessão, Ana Paula conseguiu identificar que havia uma repercussão do seu estado depressivo no humor do bebê. Já o bebê, por sua vez, respondia à sua maneira, expressando-se através do choro e da irritação, provavelmente a fim de denunciar o sofrimento psíquico que a mãe estava passando:

“Acho que ele percebe e fica tão incomodado quanto eu. Tipo, se eu tô irritada, eu vejo que ele fica mais agitado, assim. Sabe? Mais chorão. Mas daí se eu trato ele bem... Se eu encho ele de beijo, ele me enche de beijo. Se eu ficar dando abraço e carinho, ele fica também, mas se eu tiver mais quietinha, assim, ou mais irritada, principalmente irritada. Porque para mim o que pega mais é a irritação, né? Mas se eu ficar mais borocoxô, ou mais irritada, eu vejo que ele fica mais agitado. Fica mais... Ele fica diferente também. Eu acho que ele sente tudo o que eu sinto. Daí eu sei que isso é ruim, né, para ele. Eu não queria, né? Ficar assim. Eu queria ficar sempre bem. Ele nem deve imaginar o que que acontece, mas eu imagino que ele sente, né?”

Cabe ainda assinalar que, nessa quarta sessão, o bebê dormiu durante todo tempo. Pode-se pensar ainda que, a partir do momento em que a mãe conseguiu usufruir de um espaço para falar a respeito dos seus conflitos, o bebê pôde ficar tranquilo e conseguiu dormir.

Na quinta sessão, o bebê estava com 10 meses e Ana Paula voltou a queixar-se acerca do comportamento dele quanto ao sono. Ao falar sobre sua relação com o bebê, a mãe fez uma crítica sobre seu comportamento e a maneira como agia com ele, apontando o que considerava que poderia ser diferente. Novamente a mãe identificou que seu comportamento e seu humor tinham influência no bebê, já que percebeu que, quando ela estava mais irritada, o bebê se mostrava mais agitado. Entretanto, apesar do desgaste físico e emocional, Ana Paula expressou gratificação por acompanhar o desenvolvimento do filho, conforme o trecho a seguir:

“Olha, é muito cansativo, mas é muito gratificante tu acompanhar todo o desenvolvimento dele. Tipo, eu vejo tudo, tudo. Vejo ele caminhando, ele engatinhando, ele falando. Eu peguei tudo desde o início. Não foi alguém que me contou.”

Pode-se pensar que, nesse momento do tratamento, ela já conseguia identificar aspectos positivos na maternidade. Na fala a seguir pode se identificar que novamente a mãe conseguiu fazer uma leitura diferente sobre o sono do filho, compreendendo que existiam outros fatores que repercutiam na hora de dormir, como a fase do desenvolvimento em que o bebê se encontrava:

“Tu sabe que agora vai sair mais seis dentes, né? Ele nunca teve nada! Nem febre, nem diarreia. Só de noite que ele fica mais chatinho, assim, no dormir. Depois que ele dorme ele fica mais agitado. Mas a pediatra também falou que agora nessa fase ele fica bem agitado. E que agitação, né, filho? Tu fica, né?”

No sétimo encontro, um familiar de cada dupla mãe-bebê foi convidado a participar somente desta sessão da psicoterapia em grupo. Foi nessa oportunidade que conhecemos Rafael, o pai de Francisco e marido de Ana Paula. A questão do sono do bebê também foi trazida pelo pai, que, apesar de reconhecer as dificuldades, identificava uma mudança e melhora:

“Com a gente falavam ‘Não, isso aí é até os três meses, depois vocês vão ver que vai melhorar’. Passou os três meses e não melhorou. ‘Não, seis meses! Depois dos seis meses ele vai dormir a noite inteira.’, tá com um ano aí e nada (risos)... Mas até melhorou um pouco agora, eram quatro, cinco horas, às vezes, já dá uma diferença... É mais fácil, bota o bico, dá a mamadeira. Mas antes não tinha isso.”

Já o discurso da mãe, nessa ocasião, evidenciava somente uma queixa frente às dificuldades com o sono do filho:

“Ai, ele tá muito agitado agora, né? Ele dorme no berço até a metade da noite e do berço a gente bota com a gente, quando a gente vê, o guri tá de cabeça pra baixo. E nos chuta, dá tapa... Bem agitado.”

Também foi possível identificar que pai e mãe tinham leituras diferentes sobre a personalidade do bebê, já que a mãe mencionou que o bebê era agressivo e o pai surpreendeu-se com a percepção dela:

Mãe: *Às vezes eu acho ele muito agressivo.*

Pai: *Agressivo? (o pai questionou surpreso)*

Mãe: *Não sei se é o meu gênio, assim. É, ele fica, ele faz assim (imitando tapas com a mão) na gente. E ele é muito birrento, a gente diz não e ele já chora, tu não acha? (perguntando para o pai do bebê)*

Pai: *Mas ele tá sempre rindo, sempre...*

Na oitava sessão, Ana Paula identificou uma melhora em seu humor, que repercutiu nas atividades diárias e nos cuidados com o bebê, que estava com 11 meses nessa ocasião. Ela também descreveu uma situação em que fez uma leitura mais adequada das necessidades do filho, pode atendê-lo e resolver a situação. A própria mãe identificou que anteriormente costumava reagir de forma negativa frente ao choro e às necessidades do filho e que estava conseguindo fazer diferente:

“Em outra época eu já ia ficar ‘Ai, que merda!’ de ficar com ele ou ter que ‘Que saco, ele não para! Não consigo fazer a janta!’. Tipo, eu ia ficar preocupada com a janta, sabe? E daí quando eu percebi ‘não, ele só quer ficar comigo’. Então, tipo, a janta que espere. Daí eu fiquei... Daí agora sempre que ele fica mais choroso assim, eu pego ele e fico um pouquinho, fico um tempo com ele assim. Daí eu dou um tempo, ele para e já volta ao normal... Mas pra mim era tipo ‘Não! Ele tem que entender que eu tenho que fazer minhas coisas.’ E daí agora eu tô entendendo que não é bem assim, né? Tá bem mais fácil mesmo. (Francisco vira para a mãe e caminha em direção a ela) Né, filho? (a mãe pergunta se dirigindo ao bebê).”

Associada a essa leitura materna mais afinada com as necessidades do filho, identificou-se uma mudança na interação mãe-bebê. Nessa sessão, foi observado um momento em que Francisco tropeçou no chão e começou a chorar. Prontamente a mãe foi acolhê-lo de forma continente e carinhosa, o colocou no seu colo, conversou, esperou ele parar de chorar, ofereceu um brinquedo para distraí-lo e logo o bebê se acalmou. Só assim a mãe retomou sua fala na sessão.

Quando questionada acerca do sono do bebê, Ana Paula novamente identificou uma melhora e mais uma vez pôde atribuir um significado à dificuldade do bebê, mostrando-se mais compreensiva e sintonizada com as necessidades dele. Por outro lado, identificou-se que, no momento em que o bebê passou a dormir melhor, apareceram relatos de dificuldades no sono de Ana Paula:

“Eu não consegui dormir essa noite, fui dormir duas horas da manhã. Ah! Eu tenho muita dificuldade pra dormir. Muita, muita, muita. Sempre tive assim.”

Na nona sessão, Ana Paula relatou que as dificuldades com o sono eram dela e não do bebê, conforme pode-se identificar no discurso a seguir:

“Eu tô bem, eu tô bem. Continuo bem. Só nessas duas últimas noites assim que foram beem difíceis... eu tenho dificuldade pra dormir, né?”

A mãe já atribuía as queixas sobre o sono às suas dificuldades e não mais às do bebê. Associado a isso, foi possível identificar que Ana Paula mostrava-se uma mãe mais continente com as necessidades do bebê:

“Agora tipo eu fico tentando me colocar no lugar dele... Agora eu fico pensando assim, tipo, que nem ele doentinho, tipo, ai, não é que ele tá manheiro. Mas tipo, qualquer pessoa que fica doente quer um colo, quer ficar deitado, quer ficar mais tranquilo, não sei o quê. Então por que que ele, que é um bebezinho, não vai querer? Eu vi que ele tava mal, tipo, eu passei o dia inteiro na cama com ele.”

Com a proximidade do término da psicoterapia, Ana Paula novamente expressou insegurança, já que apontou seus receios de voltar a ter sintomas de depressão. Ao mesmo tempo, essa mãe demonstrava estar fortalecida, pois identificou sua própria evolução.

No décimo atendimento, Ana Paula fez uma importante reflexão mostrando que conseguia fazer uma leitura diferente sobre si e sobre o bebê, e identificou que anteriormente havia questões e dificuldades que eram suas e não do bebê, conforme a vinheta abaixo:

“Eu comecei a conversar comigo mesma, percebi que, tipo, todo o meu problema no início, claro, tinha, ah o Francisco, não sei o que, mas é

muito mais, tipo, toda a mudança que eu tive. Só que eu acabava descontando isso nele. (...) E daí agora eu notei que não. E eu não tenho que deixar isso, eu descontar nele.”

Ao longo dessa penúltima sessão, a mãe identificou que seu filho estava sonolento e pudemos observar uma conduta e um tom de voz mais continente e acolhedor frente ao sono dele:

“Agora tu vai dormir? Vai voltar e vai dormir, né? Ele vai tirar o sono dele da tarde. Vem! Tá batendo o sono que eu te conheço... (Francisco se aproximou da mãe aos choramingos)”

Ana Paula falou ainda sobre a melhora no sono do filho e que percebeu que seu humor deprimido influenciava no comportamento dele. Além disso, ela falou que lidava com maior tranquilidade frente ao sono do bebê, fazendo uma nova leitura de seus comportamentos.

Na última sessão da psicoterapia mãe-bebê, Ana Paula expressou serenidade ao falar sobre a relação com o filho, que nesse momento do tratamento já estava com 12 meses:

“A gente tá super bem, né, filho? Sabe que ele tá bem mais entendendo, assim, as coisas que a gente fala. Se a gente diz ‘não’ ele já sai. Às vezes ele dá umas desafiadinhas, assim, mas, né... Dá para ver que ele já tá entendendo.”

Pode-se inferir que, quando a mãe relatou que o bebê estava “entendendo”, na verdade ela estava falando de uma mudança que havia acontecido com ela, já que ela estava fazendo uma leitura mais adequada do seu bebê, compreendendo seus comportamentos e necessidades. Como consequência, isso repercutia na interação da dupla mãe-bebê.

Ana Paula contou sobre uma mudança que havia ocorrido na rotina e ficou evidente que o bebê já não apresentava mais sintomas no sono:

“Esta noite, eu acho que pela primeira vez desde que ele nasceu, a gente dormiu a noite inteira juntos e ele ficou no berço. Ele dormiu eu acho que era umas onze e meia... Daí eu ia virar para o lado e dormir, daí eu: ‘Ah, vou botar ele na cama para eu pelo menos ter a primeira hora de sono mais esparramada.’ E daí quando eu me dei conta... daí eu

acordei ainda assim: 'Ai, tá faltando alguma coisa aqui!' Daí eu olhei para o lado e disse 'Olha só, o Francisco tá no berço!'. Ele dormiu a noite inteira no berço!'"

No trecho abaixo, novamente a mãe conseguiu identificar que as dificuldades eram suas e não do bebê:

"Era aquele estresse que era ficar vinte e quatro horas por dia... Mas eu causava aquele estresse! Sabe? O estresse tava na minha cabeça! Não era culpa dele... E hoje eu consigo aceitar e amar, e é, meu Deus, não consigo mais ficar longe dele de jeito nenhum... Eu não me imagino sendo de novo aquele pessoa... a mãe que eu tava sendo. Não me imagino!"

Por fim, o fechamento da psicoterapia foi realizado. As terapeutas reforçaram para a mãe a ideia de melhora nos seus sintomas depressivos e nas dificuldades anteriormente apresentadas pelo bebê, principalmente na área do sono. Dias após o fechamento da psicoterapia, foram realizadas as entrevistas finais, por outras psicólogas da equipe, que evidenciaram que Ana Paula não tinha mais indicadores de depressão pós-parto e Francisco não apresentava mais sintomas psicofuncionais.

Discussão

Este trabalho teve por objetivo investigar a leitura materna sobre os seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê em um contexto de psicoterapia mãe-bebê em grupo. Com relação aos sintomas maternos de depressão, foram identificados como predominantes a tristeza, labilidade emocional e irritabilidade na mãe participante do estudo. Já os sintomas psicofuncionais identificados no bebê foram distúrbios no sono. Assim como apontado em estudos anteriores (Cramer, 1993; Lopes et al., 2010; Silva, 2014), este trabalho também identificou uma associação entre a depressão pós-parto e os sintomas psicofuncionais do bebê, na medida em que ambos os problemas foram detectados na dupla participante no início do tratamento, configurando essa a principal demanda para a psicoterapia proposta.

A literatura tem sido consistente em apontar o quanto a depressão pós-parto pode ser prejudicial para a relação mãe-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Carlesso, Souza & Moraes, 2014; Schwengber & Piccinini, 2003; Letourneau

et al., 2011; Laurent & Ablow, 2013; Frizzo et al., 2012; Silva, 2014; Lopes et al., 2010), especialmente no que se refere ao prejuízo na responsividade materna (Schwengber & Piccinini, 2003), já que a mãe apresentava dificuldades em atender às demandas do bebê. Isso acontece porque uma mãe deprimida não consegue investir narcisicamente o filho, pois está ocupada demais consigo mesma para poder atender às exigências envolvidas no cuidado a um bebê. Pode-se pensar que, frente ao contexto de depressão pós-parto, as exigências normais da maternidade ficaram ainda mais intensas e assustadoras para essa mãe, o que por sua vez dificultava sua interação com o bebê (Catão, 2002).

Nesse sentido, frente às dificuldades maternas descritas anteriormente no caso analisado, a depressão pós-parto foi prejudicial na medida em que dificultou a mãe em exercer adequadamente a maternidade, bem como a tarefa de fazer uma leitura do bebê, sobretudo na tarefa de interpretar o que o corpo dele manifestava, como a questão do sono. Possivelmente isso ocorreu porque sua percepção estava prejudicada e contaminada por seu cansaço, irritação, raiva. Portanto, na ausência dessa tradução materna, o bebê defendeu-se expressando seu sofrimento por meio de sintomas.

Com relação aos sintomas psicofuncionais do bebê, destacaram-se ao longo do tratamento as queixas da mãe sobre a dificuldade do bebê em dormir, sobretudo nas primeiras sessões. Esse dado é corroborado pelo estudo de Robert-Tissot et al. (1996) que apontou que os sintomas de sono estavam entre os sintomas psicofuncionais mais prevalentes. Sobre as queixas maternas, Cramer e Palacio-Espasa (1993) sugerem que, desde as primeiras palavras ditas pela mãe para descrever os problemas que percebe no filho, pode-se identificar a dimensão projetiva do investimento materno. Os autores indicam que isso fica ainda mais evidente quando simultaneamente se vê a criança e as interações entre mãe e bebê.

Como pode ser observado no caso, o padrão de sono do bebê foi se modificando; essa mudança no sono já pode ser observada na segunda sessão. Sobre isso Cramer e Palacio-Espasa (1993) enfatizam que as mudanças em geral ocorrem na segunda ou terceira sessão, em que é possível identificar uma mudança subjetiva na mãe e também mudanças objetivas na criança e na interação. Assim, no decorrer das sessões de psicoterapia mãe-bebê em grupo, foi se identificando uma melhora tanto dos sintomas depressivos da mãe (tristeza, labilidade emocional e irritabilidade) quanto dos sintomas psicofuncionais do bebê. Pode-se compreender que, a partir do momento em que a mãe encontrou na psicoterapia um espaço que acolheu as suas angústias e ambivalências com relação à maternidade, seu mundo interno foi se reorganizando. Conforme ela pode usufruir desse espaço para falar a respeito de seus conflitos, foi havendo

uma melhora da depressão pós-parto e uma alteração na leitura que a mãe fazia sobre seu bebê. Ela passou a compreender que as dificuldades no sono do seu bebê poderiam estar associadas a algum desconforto, como dor ou fome ou ainda a um dente que estava nascendo no bebê, e assim ela passou a nomear e atribuir significados às dificuldades do bebê. Dessa forma, o bebê foi sendo descontaminado das projeções maternas, se aliviou e conseguiu dormir, e assim pode-se observar uma melhora no sintoma do sono expresso pelo bebê, alterando a leitura que sua mãe fazia sobre esse mesmo sintoma.

A partir de um trabalho psíquico que ocorreu com a mãe na psicoterapia, produziram-se mudanças na leitura materna sobre o bebê, que repercutiram na relação da dupla e também no comportamento do filho (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). Por isso, identificou-se no caso uma melhora nos sintomas do bebê. De acordo com Cramer (1993), tanto a depressão pós-parto quanto os sintomas da criança tendem a cessar quando a psicoterapia está focada na relação mãe-bebê. Pode-se entender que essas modificações foram obtidas rapidamente, pois nas terapias conjuntas mãe-bebê não se visa a modificar todo o funcionamento psíquico da mãe, apenas o setor de investimentos em relação ao filho. E isso é possível porque estamos lidando com um sistema diádico flexível, relativamente instável e, por isso, sensível a transformações, já que o puerpério e os primeiros anos de vida do bebê se constituem como o momento mais favorável a mudanças (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Barlow et al., 2015; Prado et al., 2009; Stern, 1997).

Ao mudarem os investimentos que tem do filho, alterações no comportamento manifesto dos pais podem ser observadas já nas primeiras sessões e conseqüentemente ocorre uma mudança na interação pais-bebê e nos papéis parentais, o que alivia o bebê e acarreta uma diminuição dos sintomas (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Como se pôde observar no caso, as interações mãe-bebê tornaram-se menos defensivas e com mais trocas gratificantes. Na quarta sessão a mãe passou a identificar aspectos positivos no comportamento do filho, que anteriormente não haviam aparecido. Se antes a maternidade era vista por ela somente de forma pessimista e negativa, carregada de irritabilidade, com a evolução do tratamento, a mãe conseguiu identificar que existem tanto aspectos bons quanto ruins na maternidade, apresentando assim um olhar mais integrado e uma nova leitura acerca da maternidade, com mais flexibilidade para lidar com a ambivalência e menos rigidez cognitiva.

Cramer e Palacio-Espasa (1993) explicam que, simultaneamente à cura do filho, a mãe adoece a seu modo, podendo apresentar uma sintomatologia transferencial, psicossomática ou funcional, e sobretudo distúrbios do sono. No

caso, conforme as projeções da mãe sobre o bebê foram diminuindo e o sono do bebê foi melhorando, dando lugar a novas leituras sobre o sono do bebê, foram então aparecendo dificuldades no sono da própria mãe, fato que ficou evidente a partir da oitava sessão, quando a mãe verbalizou isso. Nesse sentido, pode-se inferir que a dificuldade do sono da qual a mãe sempre se queixava era também, e sobretudo, dela e não do bebê. Uma manifestação dessa hipótese pode ser ilustrada já na quarta sessão, quando o bebê dormiu durante todo o tempo, enquanto a mãe falava sobre sua dificuldade para dormir. Pode-se entender essa manifestação do bebê como uma denúncia sobre a sua “in”capacidade de dormir. Por isso, deve-se ressaltar a importância de estar atento às manifestações não verbais dos bebês, já que o bebê é capaz de manifestar aspectos do psiquismo dos pais que não são reconhecidos conscientemente (Gutman, 2014), como a questão do sono nesse caso.

Outra leitura possível é que os sintomas de sono manifestados pelo bebê eram um alerta para as dificuldades da mãe, e que estavam representando um sofrimento e desencontro da díade naquele momento. De acordo com Jerusalinsky e Berlinck (2008), o sintoma comparece no corpo como uma resposta ao que acontece no contexto. Nesse sentido, frente à dificuldade materna, umas das formas de o bebê reagir é pela manifestação de sintomas psicofuncionais, que sinalizam dificuldades na interação entre pais e bebê (Kreisler, 1978; Brazelton & Cramer, 1992; Winnicott, 1956/2000; Winnicott, 1960/1990). Portanto, o sintoma psicofuncional pode ser visto como uma resposta do bebê às dificuldades maternas de compreender suas manifestações corporais e interpretá-las, atribuindo-lhes sentidos (Silva, 2014; Jerusalinsky & Berlinck, 2008).

Considerações Finais

De forma geral, a psicoterapia mãe-bebê em grupo mostrou-se eficaz para o caso analisado, já que neste estudo houve uma melhora tanto dos sintomas depressivos maternos quanto dos sintomas psicofuncionais do bebê. Apesar de terem sido realizadas adaptações no modelo preconizado por Clark (2000), esse achado corrobora o que foi apontado nos estudos anteriores da autora acerca da eficácia do tratamento em grupo (Clark, Tluczek & Wenzel, 2003; Clark, 2000; Clark, 1994). Além disso, estudos anteriores já haviam apontado a melhora da depressão pós-parto (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Frizzo et al., 2010; Prado et al., 2009; Silva, Prado & Piccinini, 2013; Stern, 1997) e dos sintomas psicofuncionais do bebê (Cramer &

Palacio-Espasa, 1993; Batista-Pinto, 2004) com a utilização da psicoterapia breve pais-bebê, ainda que não no modelo grupal, o que se configura como um diferencial deste trabalho.

Destaca-se que o principal resultado obtido foi a mudança na leitura da mãe acerca dos seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê, que pôde ser verificada ao longo das sessões da psicoterapia mãe-bebê em grupo. A mãe passou a ler o bebê como ele próprio, como um indivíduo, compreendendo que ele tem suas próprias necessidades e demandas. Essa nova leitura permitiu à mãe dar conta das necessidades de seu filho de uma maneira menos defensiva e mais gratificante, e então ela passou a compreender que as dificuldades no sono do seu bebê poderiam estar associadas a algum desconforto, como dor ou fome ou ainda a um dente que estava nascendo no bebê, e assim ela passou a nomear e atribuir significados às dificuldades do bebê. Essa mudança propiciou que o relacionamento entre mãe e bebê se tornasse mais harmônico e sadio, permitindo que, a partir da intervenção, a dupla pudesse seguir o ciclo do desenvolvimento.

Sobre a modalidade de tratamento escolhida, reforça-se a importância da psicoterapia mãe-bebê em grupo como um espaço de desabafo, escuta, apoio, alívio de sintomas e da possibilidade de dar sentido à experiência com a maternidade. Além disso, houve a oportunidade de usufruir de trocas e interações com outras mães e bebês, identificando que sua realidade era comum à de outras mulheres, o que tornou o espaço mais continente para falar abertamente sobre seus conflitos, ambivalências e dificuldades na relação com o bebê.

Quanto às limitações, cabe apontar que este trabalho não buscou realizar uma análise dinâmica do processo psicoterápico em si, o que envolveria analisar as interações entre terapeuta e pacientes, entre as participantes e ainda as demais duplas mãe-bebê que participaram da psicoterapia mãe-bebê em grupo. Entende-se que isso exigiria realizar uma análise dos vídeos das sessões de psicoterapia e não somente das transcrições. Embora a psicoterapia breve pais-bebê presuponha a existência de conteúdos não verbais nas trocas interativas entre mãe e bebê, assume-se que tais aspectos não puderam ser analisados neste trabalho.

Sugere-se ainda o desenvolvimento de novas intervenções que possam replicar o modelo utilizado neste trabalho, a fim de sustentar a eficácia e verificar outras potencialidades e limitações da técnica. Além disso, reforça-se a importância de estudar a relação mãe-bebê, principalmente com um olhar voltado para o conhecimento dos fatores de risco da depressão pós-parto e a detecção precoce de problemas na primeira infância. Entende-se que, quanto antes ocorrer a identificação desses problemas, mais aumenta a possibilidade de que a intervenção

aconteça ainda num momento inicial e assim, pode-se atuar visando a benefícios para a saúde mental materna e a prevenção de psicopatologias ao longo do desenvolvimento da criança.

Referências

- APA – American Psychiatric Association (2004). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV–TR*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barlow, J.; Bennett, C.; Midgley, N.; Larkin, S. K.; Wei, Y. (2015). Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD010534. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010534.pub2>
- Batista-Pinto, E. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451-457. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300007>
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Brazelton, T. B.; Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Carlesso, J. P. P.; Souza, A. P. R.; Moraes, A. B. de (2014). Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, 16(2), 500-510. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201418812>
- Catão, I. (2002). A tristeza das mães e seu risco para o bebê. In: *Novos Olhares sobre a gestação e a criança até os três anos*, p. 221-231. Brasília: LGE Editora.
- Clark, R. (1994). *Manual for postpartum depression group therapy for mothers and infants: A relational approach*. Madison: Author.
- Clark, R. (2000). Maternal depression and the mother-infant relationship. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project*, 27, 1-4.
- Clark, R.; Tluczek, A.; Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 441-454. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.4.441>
- Coelho, C. L. S.; Ávila, L. A. (2007). Controvérsias sobre a somatização. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(6), 278-284. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000600004>
- Cooper, P. J. Murray, L.; Wilson, A.; Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of post-partum depression: Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.412>
- Cramer, B. (1993). Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health*, 14, 283-297. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199324\)14:4<283::AID-IMHJ2280140404>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199324)14:4<283::AID-IMHJ2280140404>3.0.CO;2-I)

- Cramer, B.; Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Field, T.; Diego, M.; Hernandez-Reif, M.; Figueiredo, B.; Deeds, O.; Ascencio, A.; Schanberg, S.; Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.004>
- Frizzo, G. B.; Prado, L. C.; Linares, J. L.; Piccinini, C. A. (2010). Depressão pós-parto: Evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 23(1), 46-55. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000100007>
- Frizzo, G. B.; Vivian, A. G.; Piccinini, C. A.; Lopes, R. S. (2012). Crying as a form of parent-infant communication in the context of maternal depression. *Journal of Child and Family Studies*, 22(4), 569-581. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9612-2>
- GIDEP/NUDIF (2003a). *Ficha de contato inicial*. (instrumento não publicado).
- GIDEP/NUDIF (2003b). *Entrevista sobre a gestação e o parto* (instrumento não publicado).
- GIDEP/NUDIF (2003c). *Entrevista sobre experiência da maternidade* (instrumento não publicado).
- Gutman, L. (2014). *A maternidade e o encontro com a própria sombra: O resgate do relacionamento entre mães e filhos*. Rio de Janeiro: Best Seller.
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, 41(4), 210-213. <http://institutogerar.com.br/wp-content/uploads/2017/03/dpp-psicose-pos-parto-e-tristeza-materna.pdf>
- Jerusalinsky, J.; Berlinck, M. T. (2008). Leitura de bebês. *Estilos da Clínica*, 13(24), 122-131. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282008000100009
- Klier, C. M.; Muzik, M.; Rosenblum, K. L.; Lenz, G. (2001). Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 124-31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330643/>
- Kreisler, L. (1978). *A Criança Psicossomática*. Lisboa: Estampa.
- Laurent, H. K.; Ablow, J. C. (2013). A face a mother could love: Depression-related maternal neural responses to infant emotion faces. *Social Neuroscience*, 8(3), 228-239. <https://doi.org/10.1080/17470919.2012.762039>
- Letourneau, N.; Watson, B.; Duffett-Leger, L.; Hegadoren, K.; Tryphonopoulos, P. (2011). Cortisol patterns of depressed mothers and their infants are related to maternal-infant interactive behaviours. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 439-459. <https://doi.org/10.1002/dev.20511>
- Lopes, E. R.; Jansen, K.; Quevedo, L. de A.; Vanila, R. G.; Silva, R. A. da; Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 88-93. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000200002>

- Marty, P. (1993). *A psicossomática do Adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do Corpo: O Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- O'Hara, M. W.; McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Prado, L. C.; Gomes, A. G.; Frizzo, G. B.; Santos, C. A. dos; Schwenberger, D. D. de S.; Lopes, R. S.; Piccinini, C. A. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 1-13. <https://doi.org/10.1590/S0101-8108200900040000>
- Riecher-Rössler, A.; Fallahpour, M. H. (2003). Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 51-56.
- Robert-Tissot, C.; Cramer, B.; Stern, D.; Rusconi-Serpa, S.; Bachman, J.; Palácio-Espasa, F.; Knauer, D.; Muralt, M.; Berney, C.; Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Reports on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199622\)17:2<97::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199622)17:2<97::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Y)
- Robert-Tissot, C.; Rusconi-Serpa, S.; Bachman, J.-P.; Besson, G.; Cramer, B.; Knauer, D.; Palacio-Espasa, F. (1989). Le questionnaire "Sympton Check-List". In: Lebovici, S.; Mazet, P.; Visier, J.-P. (ed.). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, p. 179-186. Paris: Eshel.
- Rodrigues, O. M. P. R.; Schiavo, R. A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: Uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006>
- Santos, I. S.; Matijasevich, A.; Tavares, B. F.; Barros, A. J.; Botelho, I. P.; Lapolli, C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>
- Schwengber, D. D. S.; Piccinini, C. D. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300007>
- Sheehan, D. V.; Lecrubier, Y.; Sheehan, K. H.; Amorim, P.; Janavs, J.; Weiller, E.; Hergueta, T.; Baker, R.; Dunbar, G. C. (1998). The Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. *Journal of Clinical Psychiatric*, 59(20), 22-33. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>

- Silva, H. C. (2014). *Indicadores de depressão materna e sintomas psicofuncionais em bebês: Uma compreensão psicanalítica* (dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre.
- Silva, M. R.; Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: Revisando a literatura. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 5-12. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X200900010000>
- Silva, M. R.; Prado, L. C.; Piccinini, C. A. (2013). Parent-Infant Psychotherapy and Postpartum Depression: The Fathers Participation. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 23(55), 207-215. <https://doi.org/10.1590/1982-43272355201308>
- Spitz, R. (2000). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guildford Press.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia / bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1956/2000). A preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*, p. 399-405. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1960/1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1960).

Notas

¹ Devido ao contexto socio-histórico em que produziam estes autores, eles se referiam comumente à mãe como figura central na vida do bebê. Mas entendemos que o pai, ou outro cuidador substituto, pode também exercer essa função, desde que intensa e continuamente envolvido em seus cuidados. Porém, como no presente artigo trabalhamos de fato com uma dupla mãe-bebê, manteremos as referências à mãe no exercício desse papel.

² Esses participantes foram derivados do projeto multicêntrico intitulado “Depressão pós-parto: prevalência, antecedentes e intervenção” (Frizzo et al., 2012). Esse projeto objetivou investigar a prevalência e os antecedentes de depressão pós-parto em famílias que tenham o primeiro filho com até um ano de idade, bem como aspectos do desenvolvimento infantil. Além disso, também visou a examinar o impacto de uma psicoterapia pais-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Projeto nº 140.174) e atende à Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. Os nomes dos participantes foram alterados e foram excluídos dados que pudessem identificá-los.

Recebido em 07 de agosto de 2018

Aceito para publicação em 29 de dezembro de 2018

ABUSO SEXUAL INFANTIL MASCULINO: SINTOMAS, NOTIFICAÇÃO E DENÚNCIA NO REESTABELECIMENTO DA PROTEÇÃO

*MALE CHILD SEXUAL ABUSE: SYMPTOMS, NOTIFICATION
AND REPORTING ON RESTORATION OF PROTECTION*

*ABUSO SEXUAL INFANTIL MASCULINO: SÍNTOMAS, NOTIFICACIÓN
Y DENUNCIA EN EL REESTABLECIMIENTO DE LA PROTECCIÓN*

*Maria Inês Gandolfo Conceição **

*Liana Fortunato Costa ***

*Maria Aparecida Penso ****

*Lucia Cavalcanti de Albuquerque Williams *****

RESUMO

Na proteção à criança vítima de abuso sexual são necessárias três etapas: revelação, notificação e denúncia da violência. A etapa de revelação está ligada ao surgimento de sintomas que acabam por apontar a existência de problemas; a etapa da notificação consiste na publicização da ocorrência da violência; e a etapa da denúncia compreende a instauração de processo judicial para responsabilização do agressor. Trata-se de pesquisa documental em prontuários de 35 meninos vítimas de abuso sexual atendidos em instituição pública de saúde. O objetivo foi identificar o processo de restabelecimento da proteção à criança vitimizada. Os resultados apontam 64 diferentes manifestações de sintomas apresentados pelas vítimas meninos, denotando o sofrimento inerente à situação. Foram onze as

* Psicóloga, Doutora em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil.

email: inesgandolfo@gmail.com

** Psicóloga, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil.

email: lianaf@terra.com.br

*** Psicóloga, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF, Brasil.

email: mariaaparecidapenso@gmail.com

**** Psicóloga, Professora Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, SP, Brasil.

email: luciacawilliams@gmail.com

instituições envolvidas no processo de notificação. Aquela com o maior número de casos (45,7%) foi o Conselho Tutelar, seguido da escola (28,6%). A notificação foi realizada em 51,2% dos casos e a denúncia em apenas dois casos, o que configura uma questão grave no processo de comunicação da violação de direitos dos meninos abusados. Para garantir a proteção da criança é preciso valorizar a presença dos dispositivos de proteção disponíveis na sociedade, e dar apoio às iniciativas de qualificação do pessoal integrante das instituições.

Palavras-chave: abuso sexual; violência sexual contra meninos; notificação.

ABSTRACT

To protect children victims of sexual abuse three steps are required: disclosure, reporting and notification of violence. This documentary research examined health records of 35 boys victims of sexual abuse assisted in a Brazilian public institution. The aim of the study was to trace the process of restoring protection to the child victim. Results showed 64 different types of symptoms triggering the disclosure, denoting much suffering by the children. There were eleven institutions involved in the reporting of violence. The one with most cases was the Child Protection Agency (45.7%), followed by the school (28.6%). Notification was carried out in 51.2% of the cases, showing a lack of preparation of the institutions to report the violation of rights. To ensure child protection it is necessary to enhance the presence of protective devices available in society, and to support initiatives to improve institutional staff training.

Keywords: sexual abuse; sexual violence against boys; notification.

RESUMEN

En la protección al niño víctima de abuso sexual son necesarias tres etapas: revelación, notificación y denuncia de la violencia. La etapa de revelación está ligada al surgimiento de síntomas que acaban por apuntar la existencia de problemas; la etapa de notificación consiste en la publicidad de la ocurrencia de la violencia; y la etapa de denuncia corresponde a la instauración del proceso judicial por la responsabilización del agresor. Este estudio es una investigación documental en prontuarios de 35 niños víctimas de abuso sexual atendidos en una institución pública de salud. El objetivo fue identificar el proceso de restablecimiento de la protección al niño victimizado. Los resultados apuntan a 64 diferentes manifestaciones de síntomas presentados por las víctimas niños, denotando el sufrimiento inherente a la situación. Las instituciones involucradas en el proceso de notifica-

ção fueron once. Aquella con mayor número de casos (45,7%) fue el Consejo Tutelar, seguido de la escuela (28,6%). La notificación se realizó en el 51,2% de los casos y la denuncia en apenas dos casos. Esta información constituye una cuestión grave en el proceso de comunicación de la violación de los derechos de los niños abusados. Para garantizar la protección del niño es necesario valorar la presencia de los dispositivos de protección presentes en la sociedad, y apoyo a las iniciativas de calificación del personal integrante de las instituciones.

Palabras clave: abuso sexual; violencia sexual contra niños; notificación.

Introdução

A violência sexual contra crianças do sexo masculino é menos conhecida do que a violência sexual contra crianças do sexo feminino, tanto no âmbito internacional (Easton, Coohey, Rhodes & Moorthy, 2013; González, Orgaz & López, 2012; Hershkowitz, 2014; Stoltenborgh, IJzendoorn, Euser & Bakermans-Kranenburg, 2011; Weiss, 2010), como no nacional (Baptista, Franca, Costa & Brito, 2008; Guimarães & Vilela, 2011; Hohendorff, Habigzang & Koller, 2013; Mascarenhas et al., 2010; Oliveira et al., 2014; Pincolini & Hutz, 2014; Serafim, Saffi, Achá & Barros, 2011). No entanto, há atualmente um reconhecimento de que o abuso sexual na infância, independente do gênero da vítima, pode influenciar comportamentos sexuais agressivos mais adiante na vida (Blom, Högborg, Olofsson & Danielsson, 2014). Uma pesquisa realizada com ofensores sexuais encarcerados (Nunes, Hermann, Malcom & Lavoie, 2013) mostrou que aqueles que foram abusados sexualmente antes dos 16 anos de idade, por adultos do sexo masculino, apresentaram interesse maior por atividade sexual com crianças, e aqueles que tiveram uma “relação com a vítima” apresentaram também maior incidência de recidiva do ato violento. A expressão “relação com a vítima” diz respeito a uma situação de abuso sexual mantido por período mais extenso e permanente, no qual uma “pseudo” relação entre a vítima e o ofensor se estabeleceu, constituindo-se em um fator de maior risco para a reprodução da violência (Nunes et al., 2013).

O abuso sexual de meninos é pouco divulgado em função de ideias preconcebidas sobre a inevitabilidade do aparecimento na vítima de comportamentos homossexuais no futuro (Lambie & Johnston, 2015; Scrandis & Watt, 2014; Sigurdardottir, Halldorsdottir & Bender, 2012; Valente, 2005). No Brasil, o desconhecimento sobre essa realidade é grande, tanto sobre a prevalência de abuso sexual de meninos quanto sobre as características do ofensor sexual (Costa,

Penso, Conceição, Rocha & Williams, 2018; Hohendorff et al., 2013; Pincolini & Hutz, 2014).

A intensidade ou permanência da relação violenta da vítima com o ofensor pode prever um potencial de polivitimização, o que intensifica as consequências nefastas do abuso sexual (Turner, Shattuck, Finkelhor & Hamby, 2015), na medida em que essa relação se prolonga e se torna mais complexa, com o surgimento de uma escalada de outros tipos de violência. A polivitimização é um fenômeno que foi assim denominado por Finkelhor, Ormrod, Turner e Hamby em 2005, e refere-se à vivência de mais de um tipo de violência perpetrada, constituindo-se em uma vitimização multifacetada. Difere do fenômeno denominado revitimização, pois enquanto neste ocorre mais de um episódio do mesmo tipo de violência, na polivitimização são diferentes tipos de violência ocorrendo com a mesma vítima. Adicionalmente, há ainda a influência da família, da comunidade e das condições de pobreza, que estão presentes na vitimização sexual e se vinculam à violência sofrida e à reincidência do ato ofensor (Rodgers & McGuire, 2012; Turner, Shattuck, Hamby & Finkelhor, 2013).

Para garantir a proteção da criança vítima de abuso sexual é preciso que ocorram necessariamente as três etapas: revelação, notificação e denúncia da violência sofrida. É importante ter em mente que a revelação muitas vezes se dá a partir de certos sintomas apresentados pelas vítimas, apontando para a necessidade de que membros da família, cuidadores ou profissionais com os quais as vítimas estão em contato (por exemplo, na escola) saibam reconhecer tais sinais. A revelação sobre a vitimização de violência sexual ocorre a partir do momento em que a vítima relata o ocorrido para uma terceira pessoa, o que deve ter como consequência a notificação que trata do momento em que essa revelação alcança uma condição de publicização, envolvendo uma das instituições do sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes (Conselho Tutelar, delegacia especializada, serviços de ajuda como SOS Criança ou Disque Denúncia) (Hohendorff, Santos & Dell'Aglio, 2015).

A notificação compulsória dos casos de violência é um instrumento capaz de mobilizar a rede de proteção às crianças e adolescentes e que compõe o sistema de informação, visando ao planejamento de políticas públicas para seu enfrentamento (Lima & Deslandes, 2011). Notificação é um termo que pode ser usado em várias situações. Por exemplo, o Conselho Tutelar (CT) notifica o Ministério Público (MP) sobre o conhecimento de um crime, de uma situação de risco ou vulnerabilidade de uma criança.

A denúncia é o ato privativo do MP nas ações penais públicas que dá início ao processo penal, em face de alguém que praticou um crime. A denúncia deve conter a descrição dos atos praticados pelo denunciado, o local, a data, e todos

os dados que individualizem o denunciado. A denúncia pode ser baseada em um inquérito policial, ou também ser resultado de uma investigação feita diretamente pelo MP (Brasil, 1940), e é extremamente importante, pois se constitui no mecanismo de responsabilização do agressor.

O processo de notificação permitirá que a estatística decorrente desses registros componha um quadro que oriente políticas públicas (Baía, Veloso, Magalhães & Dell'Aglio, 2013; Deslandes et al., 2011; Pietrantonio et al., 2013; Resnick, Ireland & Borowsky, 2004). Ademais, a notificação é obrigatória nas áreas de saúde e educação. Considera-se que essas etapas – revelação, notificação e denúncia – são processuais, e se constituem em momentos distintos com a participação de diferentes atores, que incluem o sistema de proteção e o sistema de garantia. Assim, a criança ou adolescente, e sua família, terão uma resposta sobre a responsabilização do agressor pelo ato violento cometido (Baía, Magalhães & Veloso, 2014; Hohendorff et al., 2015).

Cabe aos profissionais de saúde e educação, conforme dispõe o art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), comunicar, isto é, notificar à autoridade competente os casos de seu conhecimento, suspeitos ou confirmados, de violação de direitos de crianças e adolescentes, na qual se insere o abuso sexual. Notificar significa que a criança ou adolescente e sua família terão apoio de instituições e profissionais competentes para interromper a violência e oferecer tratamento. Além disso, autores consideram que a notificação pode ser considerada como parte do processo de favorecimento da resiliência da vítima, quando a lei determina que tenha início o estágio do restabelecimento da segurança da criança e da interrupção da violência (Dobke, Santos & Dell'Aglio, 2010; Wekerle, 2013).

Em pesquisa regional junto a um Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) no Distrito Federal, Pinho (2012) informa que em 40 famílias com denúncia de abuso sexual, 17 haviam procurado a instituição com pedidos de assistência social e/ou encaminhamentos para instituições diversas, e de 27 famílias na mesma situação, 18 haviam feito outras notificações anteriores, ou simultâneas, de outras formas de violência. Uma primeira procura para se fazer uma notificação se dá no âmbito da polícia (Wekerle, 2013). Informações contidas no *site* da Vara da Infância e Juventude do Distrito Federal (VIJ/DF, 2009), apontam que a instituição mais procurada para uma notificação da violência é a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente – DPCA (28%), seguida de delegacias (18%), Conselho Tutelar – CT (11%) e Delegacia da Criança – DCA (9,66%). Em relação à revelação, nesse mesmo *site* aparecem o hospital (11,72%) e a escola (7,59%) como os dois locais onde mais surgem revelações. Dois textos,

provenientes de estudos regionalizados de estados do nordeste brasileiro, identificaram as seguintes instituições de proteção acionadas para fins de denúncia: na cidade de Maceió (Guimarães & Vilela, 2011), em uma amostra de 303 crianças e adolescentes vítimas de violência, 6% foram às delegacias, 34,7% à delegacia especializada, e 20,4% dirigiram-se ao Conselho Tutelar (CT). Na cidade de Campina Grande (Serafim, Saffi, Achá & Barros, 2011), 68% das notificações foram feitas ao CT, 20% às delegacias, e 5% à polícia civil.

Portanto, este artigo descreve uma pesquisa documental, em acervo de dados sobre meninos comprovadamente vítimas de abuso sexual, que teve por objetivo conhecer uma parte do processo de restabelecimento da proteção à criança de sexo masculino (que aqui será denominado como “menino”) vitimizada sexualmente, com ênfase no surgimento dos sintomas (que levam à revelação), na notificação e na denúncia. Distinguir essas etapas é de suma importância, haja vista a subnotificação de casos, o que de imediato remete à suspeita de que podem estar ocorrendo: (1) casos em que os sintomas surgem, mas não há revelação; (2) casos de revelação sem notificação; ou ainda, (3) casos de denúncia sem notificação (Deslandes, Mendes, Lima & Campos, 2011). Nas ações de ajuda às vítimas de violência sexual, o mapeamento da ocorrência ou não dessas etapas também é fundamental para a adoção de encaminhamentos ou indicação terapêutica. A clínica do atendimento às vítimas de violência sexual (terapias a longo prazo e/ou intervenção psicossocial) não pode prescindir do reconhecimento dos passos desse processo. Assim, este estudo pretende contribuir para a ampliação da identificação da atuação das diferentes instâncias no processo de tornar pública (ou seja, revelar, notificar e denunciar) a violência sexual contra meninos, além de identificar os sintomas apresentados por eles e, a partir daí, dar início ao processo de avaliação da vitimização, da indicação terapêutica e do encaminhamento da responsabilização que garanta proteção a esses meninos.

Método

O contexto da pesquisa foi uma instituição pública da área de saúde na qual foram consultados os prontuários de meninos vítimas de abuso sexual. A instituição faz parte da rede de saúde da Secretaria de Saúde local e integra a rede de proteção a crianças e adolescentes. Essa instituição recebe encaminhamentos provenientes de Conselhos Tutelares (CT); Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA); Vara da Infância e Juventude (VIJ); Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); organizações não governamentais

(ONGs); entidades assistenciais; instituições de acolhimento; e rede de serviços públicos (saúde, educação, entre outros).

Foram identificados 51 prontuários de casos de crianças (até 12 anos de idade) do sexo masculino vitimizados sexualmente e notificados. Como critério de inclusão para este estudo, foram selecionados e tabulados por duas pesquisadoras apenas os prontuários que continham a entrevista de acolhimento do menino vítima de abuso sexual. Ao todo, foram analisados 35 prontuários. As entrevistas de acolhimento do serviço são realizadas por psicólogos ou assistentes sociais da instituição que se encontram de plantão e acolhem as famílias que chegam espontaneamente, ou por encaminhamento à instituição. A entrevista é realizada com o responsável pela criança. Cada entrevista tem duração média de uma hora, e segue a orientação contida no prontuário: informações sociodemográficas (nome da criança, data de nascimento, idade, escolaridade, situação financeira da família); informações sobre pai, mãe, irmãos, renda familiar, religião; informações sobre a queixa, sobre a situação de violência ocorrida, sobre o ofensor, sobre a notificação; informações sobre a ocorrência de outras queixas e as consequências da violência sofrida. Considerando o objetivo deste estudo, foram analisados os dados que proporcionassem uma compreensão das etapas que buscam o reestabelecimento da proteção nos casos de violência sexual contra meninos, ou seja, informações sobre as ações que levaram às revelações, denúncias e notificações.

O perfil do menino vitimizado sexualmente nessa instituição (N = 35) corresponde à caracterização construída em Costa et al. (2018): a maior prevalência da vitimização sexual ocorreu aos 6 anos de idade; o tempo médio de intervalo entre a ocorrência da vitimização sexual e a chegada a uma instituição de atendimento foi de dois anos e seis meses; a escolaridade das vítimas, em sua maioria, situava-se no ensino fundamental, entre a primeira e a quarta séries (63%); em 40% dos casos a vítima residia com ambos os pais, e em 48,6% dos casos, havia a presença de irmãos. Com relação à renda, em 24% dos casos a família vivia com renda entre um a cinco salários mínimos, em 23%, com três salários mínimos, e em 53%, com mais de cinco salários mínimos. Finalmente, em 54% dos casos o abuso sexual foi intrafamiliar e em 43%, extrafamiliar.

A análise quantitativa baseou-se em estatística descritiva (frequência, média) visando a caracterizar o contexto da vitimização sexual e as instituições acionadas para o restabelecimento da proteção. As informações consideradas importantes no traçado de um quadro compreensivo foram: (1) Sintomas disparadores da notificação; (2) Instituições envolvidas na notificação; (3) Ocorrência ou não da notificação ao SVS; (4) Sobre a denúncia. O projeto foi encaminhado e aprovado no Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, via Plataforma Brasil, e recebeu o parecer nº 1.009.198, de 27 de março de 2015.

Resultados e Discussão

1 – Sintomas disparadores da notificação

Na Tabela 1 podem ser observadas as descrições e a frequência dos sintomas identificados na vítima que foram responsáveis pela notificação de vitimização sexual e posterior denúncia. O que aqui se denomina como sintoma é, na indicação de Scrandis e Watt (2014), o conjunto de comportamentos problemáticos, indicadores de possível sofrimento, que surgem entre a ocorrência do abuso sexual e a revelação, e têm como função informar que “algo” aconteceu, porque chamam a atenção para as diferenças que surgem na conduta da vítima.

Tabela 1 — Sintomas que denunciaram a vitimização sexual

Sintomas	N	Descrição
Comportamento agressivo	19	Irritabilidade
Problemas na escola	19	Evasão escolar, dificuldade de aprendizagem
Comportamento sexualizado	10	Fazer sexo oral em colega na escola Jogos sexuais com outras crianças na escola Esfregar o ânus em superfície na escola
Problemas com sono	5	Pavor noturno (3) Enurese (2)
Vítima contou	4	Para a mãe e/ou o pai
Tentativa de suicídio	3	Cortar pulsos na escola (2) Avisar que vai se matar (1)
Vestir-se com roupas femininas	1	Em casa
Choro excessivo	1	Chorar por qualquer motivo
Outros	6	Lapso de memória Isolamento Dificuldade na fala Ficar preferencialmente com pessoas idosas Dispersão de atenção Comportamento opositor
Total	64 sintomas expressos	19 sintomas diferentes

Dos cinco casos em que houve algum problema relacionado ao sono, três se referem a pesadelos e/ou pavor noturno, e dois à enurese. Cabe observar ainda que os comportamentos sexualizados foram, em sua maioria, identificados na escola. Dentre os 19 casos em que foi citado algum problema na escola, em um

deles houve evasão escolar, enquanto nos outros 18 foram citadas dificuldades de aprendizagem. Em três casos, a vítima apresentou dificuldades de atenção e em outros três casos, comportamento opositivo. A tentativa ou ameaça de se suicidar também esteve presente em três casos, em um dos quais a criança tentou cortar os pulsos na escola, e nos outros a criança verbalizou sua intenção. Em dois casos, foi informado “mudança de comportamento”, mas sem especificação, e em mais dois casos, o comportamento de se vestir com roupas femininas, além de outros comportamentos vistos como sintomas: lapsos de memória, isolamento, querer somente permanecer junto de pessoas mais velhas, e dificuldades na fala. Em dois casos, um familiar presenciou a manipulação do autor da violência com a vítima. Em quatro casos, a vítima revelou a violência para a mãe e/ou o pai.

Foram observadas 64 manifestações de sintomas, uma vez que a mesma vítima pode ter apresentado mais de um sintoma. Tais manifestações foram classificadas em 24 tipos diferentes de sintomas em uma amostra de 33 meninos (em dois casos não havia registro), denotando amplamente a presença de sofrimento nos meninos, todos os quais apresentaram condutas preocupantes, mais ou menos graves, relatadas por seus cuidadores.

O abuso sexual na infância pode efetivamente influenciar comportamentos sexuais agressivos mais adiante na vida, e atualmente tende a ser visto sempre como um evento causador de sofrimento e problemas posteriores (Blom et al., 2014; Hershkowitz, 2014; Valente, 2005). Os abusos sexuais de meninos constituem-se em fato oculto, muito mais do que em meninas. Isso é sobejamente conhecido e tem grande implicação no desenvolvimento psicosssexual posterior do adolescente e do adulto do sexo masculino. A revelação do abuso sexual de menino tem importância crucial na prevenção de suas consequências (Allagia & Mishna, 2014; Baptista et al., 2008; Blom et al., 2014; Easton et al., 2013; Easton, Saltzman & Willis, 2014; Hohendorff et al., 2015; Scrandis & Watt, 2014; Serafim et al., 2011; Valente, 2005; Weiss, 2010).

Outra constatação interessante é que muitos desses sintomas surgiram no âmbito da escola, o que faz com que se aponte a importância dela como contexto de proteção e a necessidade de que o corpo docente e os funcionários administrativos recebam treinamento e qualificação para acolher e interpretar esses sintomas, identificando o sofrimento da vítima (Brino & Williams, 2009), e também que estejam conscientes de sua obrigação em fazer a notificação dos casos de suspeita de violência sexual. Uma pesquisa com estudantes do curso de Pedagogia na Austrália (Goldman, 2007) sobre como eles veem sua condição de efetuar as notificações sobre abuso sexual, aponta que os estudantes reconhecem ter recebido boa formação para o exercício dessa tarefa. No entanto, sentem substancial falta

de confiança na identificação e na resposta apropriada para dar prosseguimento à suspeita de abuso sexual e, assim, encaminhar uma notificação.

No Brasil, os órgãos públicos estão atentos para a função de proteção da escola na medida em que está disponível uma cartilha do Ministério da Educação (2004) sobre a percepção dos sinais emitidos pela criança para a identificação do abuso sexual. A escola, como se vê na amostra estudada neste artigo, é um espaço privilegiado para o surgimento de problemas de comportamento que podem ser sintomáticos de abuso sexual (Scrandis & Watt, 2014).

Ainda nessa amostra, foram identificados registros de comportamentos extremamente preocupantes que denotam um sofrimento de maior grau, bem como possível comprometimento psíquico e emocional mais sério, por exemplo, o vestir-se com roupas de mulher. Embora o vestir-se com roupas femininas possa ser visto como uma brincadeira, ressalta-se que este comportamento foi incluído como sintoma por estar assim definido no prontuário.

O preenchimento dos prontuários se deu em entrevista com os responsáveis pelas vítimas, na maior parte dos casos a mãe. Ressalta-se que a anotação vestir-se com roupas de mulher pode indicar também a presença de um preconceito de gênero já mencionado anteriormente (Scrandis & Watt, 2014). Pode-se compreender que a família não interpretou como uma possível brincadeira e sim como comportamento estranho ao habitual da criança, visto que informou à entrevistadora.

Sobre esse comportamento, vários autores indicam o surgimento de comportamentos típicos do gênero feminino, como o vestir-se com roupas de mulher, como um sinal grave e que deve ser observado, pois levantam suspeitas de abuso sexual por período mais longo, bem como pela possível prática da penetração (Lambie & Johnston, 2015; Lauritsen & Carbone-Lopez, 2011; Rodgers & McGuire, 2012; Valente, 2015). Em especial, Lambie e Johnston (2015) apontam para a necessidade de se observar os sinais pós-abuso (masturbação, fantasias, desajustes psicológicos, condutas não habituais) que, combinados, formam um quadro explicativo e preditor de consequências mais danosas. Por outro lado, Scrandis e Watt (2014) indicam que a avaliação do menino vítima de abuso sexual deve incluir uma observação criteriosa de mudanças de conduta na vítima, principalmente comportamentos sexualizados. Além disso, Hohendorff, Habigzang e Koller (2014) elencam como sintoma pós-abuso a expressão de “dúvidas quanto a identidade de gênero e orientação sexual” (p. 58), que pode ser coerente com a informação de vestir-se com roupa de mulher. O que se apresenta como questão importante nesse quesito é que existem diferenças marcantes que dizem respeito à

identidade de gênero, que se encontram no rol dos problemas em torno do abuso sexual de meninos.

Algumas práticas do abuso sexual contra meninos dizem respeito a múltiplos atos sexuais invasivos, penetração anal e oral, exibicionismo, que podem determinar perda da autoestima, desordens psicológicas e comportamentos sexuais posteriores de alto risco (Alaggia & Millington, 2008; Valente, 2005). Hershkowitz (2014) considera que abuso sexual com e sem penetração são questões distintas, porque o menino abusado sexualmente que foi violado (penetrado) por um familiar tem maior probabilidade de se tornar um violador e um ofensor sexual mais adiante. Essa correlação é proveniente de sua pesquisa com adolescentes que foram abusados sexualmente na infância e entrevistados entre os 10 e 14 anos de idade. O autor aponta que seus achados são reveladores do possível trauma causado pela violação: o risco de meninos vitimizados cometerem abuso sexual com penetração é maior no período imediato à revelação do abuso sexual sofrido, e chama a atenção para o papel do suporte familiar na diminuição dos efeitos negativos da penetração sexual para os meninos.

O outro registro de comportamento preocupante, a tentativa de suicídio, evidencia uma grave consequência da violência sexual que pode estar associada à ideação suicida e depressão. Estudos indicam uma forte associação entre abuso sexual e posterior tentativa de suicídio, sintoma que deve ser valorizado e ao qual deve ser dada atenção o mais breve possível (Cashmore & Shackel, 2013). A violência sexual sofrida faz com que os meninos se sintam confusos quanto à sua sexualidade e temam se tornarem homossexuais. Os meninos recentemente vitimizados ou, ainda, os homens adultos que foram vitimizados na infância podem desenvolver comportamentos para afirmar ou reafirmar sua masculinidade, tais como comportamentos destrutivos, desobediência, confronto e hostilidade (Allagia & Millington, 2008). As razões relatadas pelos meninos entre sete e 13 anos para não revelarem a vitimização sexual são, geralmente, o medo da reação de seus pais, o medo de uma possível ruptura familiar, bem como a reação do agressor (Hohendorff et al., 2013; Scrandis & Watt, 2014).

2 – Instituições envolvidas na notificação

As instituições citadas nos registros foram 11. O Conselho Tutelar (CT) foi a instituição que esteve presente em maior número de casos (16 casos – 45,7%), seguida da escola (10 casos – 28,6%). A DPCA (Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente) (sete casos – 20%) e as instituições da saúde, como hospitais,

postos de saúde e consultórios médicos (cinco casos – 14,2%) surgiram como contextos de revelação e subsequente denúncia. Em 14 dos 27 casos em que há registro sobre o local do aparecimento dos sintomas, a escola aparece primeiramente. Quando há uma segunda instituição envolvida, a sequência de surgimento de sintomas mais frequente é escola – CT (cinco casos), seguido da sequência escola – hospital ou unidades de saúde (três casos). Também foram encontrados dois casos nos quais a sequência foi escola – DCA – CT. O CT também aparece várias vezes como o primeiro lugar de manifestação dos sintomas (sete casos), e em quatro desses casos não há outras instituições na sequência. Em dois casos a sequência é CT – delegacia e em um caso a sequência é contrária, delegacia – CT.

Foram apontadas ainda instituições da assistência social, como o COSE (Centro de Orientação Sócio Educativo, um caso) e o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social, um caso), e instituições da justiça como a VIJ (Vara da Infância e Juventude – 5,7%, ou dois casos), o MP (Ministério Público, um caso) e o IML (Instituto Médico Legal, um caso). Em cinco casos não havia registro no prontuário da instituição envolvida na denúncia. A relação entre a idade da vítima e a instituição envolvida no processo de denúncia encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 — Número de instituições envolvidas na denúncia, segundo a idade da vítima

Idade	Total	CT	DPCA	Hospital	Centro de Saúde	IML	Escola	Médico	CRAS	VIJ	MP	COSE
3	2	1	1									
4	7	3	1	1	1		2			1		
5	3	1	1			1	1	1				1
6	4	2			1		2				1	
7	4	2					2	1	1			
8	3	3	1				1					
9	4	1						1				
10	5		1	1			3			1		
11	2	2	2									
13	1	1					1					
Total	35	16	7	2	2	1	10	3	1	2	1	1

Em cada faixa etária, quando existem mais instituições do que o número de vítimas, é porque a mesma vitimização foi notificada em mais de uma instituição. Em relação às instituições que participam do processo de denúncia do abuso

sexual, o CT esteve presente como a instituição que mais notificou e disparou o sistema de proteção em todas as idades da amostra (de 1 ano a 13 anos), com exceção da idade de 10 anos. Vale ressaltar que o CT foi a instituição que mais recebeu notificações na idade de 4 anos. As vítimas com idade de 4 anos tiveram o abuso sexual notificado em quatro instituições: CT, DPCA, hospital e centro de saúde, que são do âmbito da justiça e da saúde. Essa constatação aponta que, por serem crianças mais novas, a escola ainda não tem participação no processo de denúncia, e que a saúde atua como uma porta de resgate da proteção bastante importante (Velo, Magalhães, Dell’Aglia, Cabral & Gomes, 2013). Brino e Williams (2009) já apontaram que o trabalho de esclarecimento com os profissionais da pré-escola é sumamente importante, e pode alterar significativamente o número de notificações nessa faixa etária.

Guimarães e Vilela (2011), em pesquisa realizada na cidade de Maceió com uma amostra de 113 vítimas de violência, crianças e adolescentes, apontam que 22% dos casos foram denunciados pelos pais, 4% por familiares, 5% por denúncia anônima, 1,3% por instituição da saúde, e 2% por instituição da educação. Costa et al. (2007) também apontam, em pesquisa sobre denúncias de violência contra crianças e adolescentes no contexto do CT em cidade do nordeste, a existência de denúncia anônima em 30% dos casos, em um conjunto de 1.293 registros. Do estudo de Guimarães e Vilela (2011), chama a atenção o fato de os próprios pais fazerem a notificação e a existência de notificações anônimas, observação esta ausente da amostra que se está estudando neste artigo. Infere-se que as localidades apresentam atuações institucionais diferenciadas em função do incentivo de políticas públicas locais. No Distrito Federal (local do estudo), ao longo dos últimos anos, o CT apresentou aumento de sua presença em cada região administrativa. Existem no momento 43 CTs para 33 regiões administrativas, ou seja, há regiões que têm mais de um CT (TJDFT, 2017). A Secretaria da Criança do Governo do Distrito Federal é o órgão que está buscando otimizar o atendimento à população para recebimento de denúncias de violações de direitos de crianças e adolescentes, ao mesmo tempo em que busca ampliar o treinamento dos profissionais para viabilizar o aumento das notificações.

As vítimas de 5 anos tiveram seus abusos denunciados em quatro instituições: CT, DPCA, IML e escola, que são do âmbito da justiça e da educação. Baptista et al. (2008), em pesquisa realizado em um Programa Sentinela em Campina Grande, PB, aponta que 68% das denúncias chegaram ao CT; 20% foram recebidas pelas delegacias e 7% foram realizadas por familiares.

Em pesquisa realizada no interior baiano com profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família, Lima et al. (2011) encontraram que as notificações

mais frequentes (67,9%) ocorreram com vítimas de até 11 anos de idade. Além dos profissionais da saúde, os integrantes do CT foram os profissionais que mais realizaram notificações (45,2%). Esses achados coincidem com os encontrados neste estudo, tanto no que diz respeito à idade, abaixo de 12 anos, com maior frequência de notificação, como à atuação do CT no processo de interrupção da violência, por meio do recebimento da notificação. Uma observação importante dessa pesquisa de Lima et al. (2011) é que os autores indicaram que houve maior facilidade em realizar a notificação da violência sofrida pelos profissionais mais capacitados. O que se desprende dessas informações é que justiça, saúde e escola são as instituições que mais participam do processo de restabelecimento da proteção da vítima (notificação) na faixa etária de até 5 anos, com o CT tendo muita importância nos contextos mais empobrecidos, ou nas situações de vítimas menores de idade.

A partir dos 7 anos de idade, os órgãos de proteção que se encarregaram da notificação foram CRAS, VIJ, MP, ou seja, instituições da assistência social e da justiça. Nessa faixa etária só houve uma denúncia deflagrada por médico. Infer-se que o CRAS seja procurado por auxiliar na intervenção de comportamentos preocupantes e o MP por ser um órgão eminentemente de fiscalização, que pode autorizar o processo investigativo e a consequente responsabilização. A proteção da criança na primeira infância parece ser mais bem efetivada pelo CT, por estar mais próximo à família, ou pelo fato de o conselheiro tutelar ter conhecimentos sobre as famílias da comunidade, pois muitas vezes esses conselheiros residem na mesma região. Acresça-se a essa constatação a natureza autônoma e contínua do CT, que lhe permite acompanhar com independência, e diretamente, os casos de violação da integridade da criança e/ou do adolescente, aproximando a aplicação de uma política pública de proteção ao beneficiário (Quadros, 2014).

Uma pesquisa de Leander (2010), realizada com registros em âmbito policial de 27 crianças abusadas sexualmente, mostra uma disparidade entre a comprovação do abuso sexual a partir de fotografias e vídeos, com o testemunho da criança que nega a ocorrência. Foram estudadas várias entrevistas iniciais de cada vítima e percebeu-se que as crianças evitam relatar o ocorrido, mesmo na situação de um abuso sexual documentado. A primeira entrevista é aquela na qual aparece mais negação, ou evitação, em comparação com as entrevistas subsequentes. Essa pesquisa induz a que se veja o contexto policial com reservas para a realização da notificação. Por outro lado, apesar de o CT ser parte do sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, talvez as famílias não tenham a percepção de tal função, em face de que conselheiros tutelares, muitas vezes, são moradores da própria comunidade, o que é paradoxal em relação à afirmação anterior.

3 – Ocorrência ou não de notificação ao SVS

Foi possível recolher informação acerca de ter havido ou não notificação em 40 situações dos 35 prontuários consultados, pois houve vítimas com mais de uma notificação. Nesse item a referência à notificação significa a notificação oficial à Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) da Secretaria de Saúde local, órgão que centraliza as notificações e é responsável pelo envio dos dados ao Ministério da Saúde.

Assim, foram 21 notificações realizadas (51,2%), mas em 17 casos não houve notificação (41,4%), em um caso houve notificação e abertura de inquérito (denúncia), em um caso houve somente a abertura de inquérito (denúncia). Ou seja, dos 35 casos, praticamente metade não foi notificado ao SVS. A presença de suspeição ou a percepção dos profissionais das instituições no processo de denúncia da violência sexual tem que ser acompanhada por registros da notificação. Quando uma instituição inicia o registro do ocorrido, nem sempre se encarrega da notificação oficial. Essa constatação nem sempre é visível, e somente está-se aqui fazendo menção porque, nos prontuários pesquisados, havia uma informação específica se naquele caso havia sido feita ou não a notificação, além do local no qual foi registrada. Pode-se inferir que a questão da mobilização da rede é efetuada com a inscrição da criança na instituição, mas somente a notificação oficial pode desencadear o processo de responsabilização do ofensor. A notificação da violência é o passo inicial na constituição da denúncia, a qual dá início a uma investigação. Nos casos de abuso sexual intrafamiliar, na medida em que o ofensor permanece em casa, a situação de vulnerabilidade tem continuidade (Valente, 2005).

Nos dados da pesquisa deste estudo, apesar de se ter um maior número de notificações (51,2%), ainda há uma ausência de notificações ao SVS em praticamente metade dos casos, e isso pode significar falta de preparo da instituição para a execução desse registro. Por outro lado, pode constituir uma dificuldade dos profissionais para aceitarem a tarefa de comunicar oficialmente a violação de direitos envolvendo as vítimas. Isso se dá também em países de primeiro mundo, visto que os profissionais afirmam precisar de segurança e conforto no ato da notificação, além de estarem plenamente convencidos de que houve a violência (Goldman, 2007; Smith, 2010).

4 – Sobre a denúncia

Finalmente, visto que a denúncia é ato privativo do Ministério Público (MP), apenas em dois casos (vide Tabela 2) o conhecimento sobre a violência

sexual chegou à esfera do MP, isto é, somente nesses casos houve denúncia e possível investigação. A notificação do abuso sexual é compulsória, e a presença de vítimas não notificadas revela um compromisso frouxamente assumido perante o Sistema de Proteção Integral referenciado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lima & Deslandes, 2011). Excetuando-se as duas denúncias, os demais agressores envolvidos nessas agressões não tiveram a oportunidade de participar de um processo de responsabilização. Está-se, ainda, diante da execução de uma política de proteção integral à infância bastante incipiente, apesar de as instituições contarem com material instrutivo e formador (Ministério da Saúde, 2002, 2011).

Considerações Finais

Os três aspectos envolvidos nas etapas do restabelecimento da proteção nos casos de abuso sexual de meninos – surgimento de sintomas que levam à revelação, notificação e denúncia – formam um quadro que assinala a necessidade de que essas descrições sejam mais conhecidas e exploradas no fluxo de proteção às vítimas. A lista de sintomas apresentados aponta, inequivocamente, para a gravidade das consequências sobre o desenvolvimento psíquico e emocional dos meninos abusados sexualmente, e ainda mais se as vítimas ficam longo tempo sem atenção e atendimento (Blom et al., 2014; Nunes et al., 2013; Turner et al., 2015). A proteção oferecida pelas instituições no sentido de interromperem a violência chama a atenção para a necessidade de que tanto as famílias e a comunidade como os profissionais que atuam nessa área valorizem a presença dos dispositivos de proteção presentes na sociedade, bem como apoiem as iniciativas de qualificação do pessoal integrante das instituições. Faleiros (2008) é bem enfático ao afirmar que se tem que “parar o abuso e desenvolver a proteção” (p. 159).

A discussão contida nesse artigo apresenta contribuições práticas para a clínica da vítima do sexo masculino de violência sexual. A presença de preconceitos, de segredos, de não ditos na família dessas vítimas, bem como nos entornos sociocomunitários, atrasam ou impedem que esses meninos venham a ter vez e voz nos atendimentos clínicos. Ao se debruçar sobre o conhecimento dessas etapas de revelação-notificação-denúncia, o profissional pode ter uma melhor noção relativa ao tempo durante o qual a vítima ficou em compasso de espera (quando ainda não houve a revelação), ou possivelmente vivendo revitimizações sexuais (quando ainda não houve a notificação), ou permanece sem uma garantia de interrupção efetiva da violência (quando ainda não houve a denúncia).

A limitação do estudo permanece na constatação de que se torna muito difícil pesquisar em prontuários, porque eles têm lacunas em seus registros, o que poderia ser sanado com treinamento específico para os profissionais e sistematização de registros com protocolos validados. Em suma, cabe salientar que, para garantir o ciclo de proteção a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual é de extrema importância que se reconheçam a distinção e relevância de cada uma das etapas do processo e que sejam cumpridas as devidas atribuições e responsabilizações que envolvem os atores da trama. Somente dessa forma será possível visibilizar o sofrimento do menino vitimizado que foi silenciado pelo estigma, ou que foi eventualmente encoberto por erros nos processos de trabalho.

Referências

- Allagia, R.; Millington, G. (2008). Male child sexual abuse: A phenomenology of betrayal. *Clinical Social Work Journal*, 36, 265-275. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0144-y>
- Allagia, R.; Mishna, F. (2014). Self psychology and male child sexual abuse: Healing relational betrayal. *Clinical Social Work Journal*, 42, 41-48. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0453-2>
- Baía, P. A. D.; Magalhães, C. M. C.; Veloso, M. M. X. (2014). Caracterização do suporte materno na descoberta e revelação do abuso sexual infantil. *Temas em Psicologia*, 22(4), 691-700. <https://doi.org/10.9788/TP2014.4-02>.
- Baía, P. A. D.; Veloso, M. M. X.; Magalhães, C. M. C.; Dell'Aglio, D. D. (2013). Caracterização da revelação do abuso sexual de crianças e adolescentes: Negação, retratação e fatores associados. *Temas em Psicologia*, 21(1), 193-202. <https://doi.org/10.9788/TP2013.1-14>
- Baptista, R. S.; Franca, I. S. X.; Costa, C. M. P.; Brito, V. R. S. (2008). Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificados em um Programa Sentinela. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 602-608. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a11v21n4> (acessado em 10/08/2018).
- Blom, H.; Höglberg, V.; Olofsson, N.; Danielsson, I. (2014). Strong Association Between Earlier Abuse and Revictimization in Youth. *BMC Public Health*, 14, 715. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-715>
- Brasil (1940). *Código Penal Brasileiro – Decreto-Lei nº 2.848*, de 07/12/1940. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm (acessado em 05/08/2018).
- Brasil (1990). *Lei nº 8.069*, de 13/07/1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brino, R. F.; Williams, L. C. A. (2009). Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil: Detalhamento de um programa de capacitação. In: Williams, L. C. A.;

- Araújo, E. A. C. (ed.). *Prevenção do Abuso Sexual Infantil: Um enfoque interdisciplinar*, p. 112-127. Curitiba: Juruá.
- Cashmore, J.; Shackel, R. (2013). The long term-effects of child sexual abuse. *Child Family Community Australia*, 11, 1-29. <https://aifs.gov.au/cfca/sites/default/files/cfca/pubs/papers/a143161/cfca11.pdf> (acessado em 05/08/2018).
- Costa, L. F.; Penso, M. A.; Conceição, M. I. G.; Rocha, B. S.; Williams, L. C. (2018). El abuso sexual de niños en el Distrito Federal: Un análisis documental de la atención en las instituciones sanitarias. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 64(1), 64-71.
- Costa, M. C. O.; Carvalho, R. C.; Santa Bárbara, J. F. R.; Santos, C. A. S. T.; Gomes, W. A.; Sousa, H. L. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: Vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1129-1141. https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000500010&script=sci_arttext&tlng=en (acessado em 10/08/2018).
- Deslandes, S.; Mendes, C. H. F.; Lima, J. S.; Campos, D. S. (2011). Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(8), 1633-1645. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/18.pdf> (acessado em 31/08/2016).
- Dobke, V. M.; Santos, S. S.; Dell'Aglio, D. D. (2010). Abuso sexual intrafamiliar: Da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. *Temas em Psicologia*, 18(1), 167-176. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n1/v18n1a14.pdf> (acessado em 31/08/2016).
- Easton, S. D.; Coohy, C.; Rhodes, A. M.; Moorthy, M. V. (2013). Posttraumatic growth among men with histories of child sexual abuse. *Child Maltreatment*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/1077559513503037>
- Easton, S. D.; Saltzman, L. Y.; Willis, D. G. (2014). "Would you tell under circumstances like that?" Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(4), 460-469. <https://doi.org/10.1037/a0034223>
- Faleiros, V. P. (2008). Parar o abuso e desenvolver a proteção. In: Costa, L. F.; Lima, H. G. D. de (ed.). *Abuso sexual. A justiça interrompe a violência*, p. 159-170. Brasília: Liber Livro.
- Finkelhor, D.; Ormrod, R.; Turner, H.; Hamby, S. L. (2005). The Victimization of Children and Youth: A Comprehensive National Survey. *Child Maltreatment*, 10(1), 5-25. <https://doi.org/10.1177/1077559504271287>
- Goldman, J. G. D. (2007). Primary school student-teacher's knowledge and understandings of child sexual abuse and its mandatory reporting. *International Journal of Educational Research*, 46, 368-381. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2007.09.002>
- González, E. O.; Orgaz, B. B.; López, F. S. (2012). La conducta sexual infantil como indicador de abusos sexuales: Los criterios y sesgos de los profesionales. *Psicothema*, 24(3), 402-409.
- Guimarães, J. A. T. L.; Vilela, W. V. (2011). Características de violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cadernos de Saúde*

- Pública*, 27(8), 1647-1653. https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011000800019&script=sci_arttext&tlng=pt
- Hershkowitz, I. (2014). Sexually intrusive behavior among alleged CSA male victims: A prospective study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(3), 291-305. <https://doi.org/10.1177/1079063213486937>
- Hohendorff, J.; Habigzang, L. E.; Koller, S. H. (2013). Violência sexual contra meninos: Dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP*, 23, 395-415. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012005000007>
- Hohendorff, J.; Habigzang, L. F.; Koller, S. H. (2014). *Violência sexual contra meninos: teoria e intervenção*. Curitiba: Juruá.
- Hohendorff, J.; Santos, S. S.; Dell'Aglio, D. D. (2015). Estudo de caso sobre a revelação da violência sexual contra meninos. *Contextos Clínicos*, 8(1), 46-54. <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.0>
- Lambie, I.; Johnston, E. (2015). "I couldn't do it to a kid knowing what it did to me": The narratives of male sexual abuse victims' resiliency to sexually offending. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1-22. <https://doi.org/10.1177/0306624X14567664>
- Lauritsen, J. L.; Carbone-Lopez, K. (2011). Gender Differences in Risk Factors for Violent Victimization: An Examination of Individual-, Family-, and Community-Level Predictors. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 48(4), 538-565. <https://doi.org/10.1177/0022427810395356>
- Leander, L. (2010). Police interviews with child sexual abuse victims: Patterns of reporting, avoidance and denial. *Child Abuse & Neglect*, 34, 192-205. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.011>
- Lima, J. S.; Deslandes, S. F. (2011). A notificação compulsória do abuso sexual: Uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 819-832. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop4111.pdf> (acessado em 31/08/2016).
- Lima, M. C. C. S.; Costa, M. C. O.; Bigras, M.; Santana, M. A. O.; Alves, T. D. B.; Nascimento, O. C.; Silva, M. R. (2011). Atuação profissional da atenção básica de saúde frente à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(1), 118-137. https://mpgo.mp.br/portal/arquivos/2015/05/25/09_14_39_808_ABUSO_SEXUAL_e_sa%C3%BAde.pdf (acessado em 10/08/2018).
- Mascarenhas, M. D. M.; Malta, D. C.; Silva, M. M. A.; Lima, C. M.; Carvalho, M. G. O.; Oliveira, V. L. A. (2010). Violência contra a criança: Revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2), 347-357. https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200013&script=sci_arttext (acessado em 10/08/2018).

- Ministério de Educação (2004). *Guia Escolar. Métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes*. https://mpdf.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Publicacoes/Guia_Escolar.pdf (acessado em 31/08/2016).
- Ministério da Saúde (2002). *Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf (acessado em 31/08/2016).
- Ministério da Saúde (2011). *Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET*. http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoal/cgvs/usu_doc/ev_dant_2011_instrutivofichaviolencia.pdf (acessado em 31/08/2016).
- Nunes, K. L.; Hermann, C. A.; Malcom, J. R.; Lavoie, K. (2013). Childhood sexual victimization, pedophilic interest, and sexual recidivism. *Child Abuse & Neglect*, 37, 703-711. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.01.008>
- Oliveira, J. R.; Costa, M. C. O.; Amaral, M. T. R.; Santos, C. A.; Assis, S. G.; Nascimento, O. C. (2014). Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: Estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 759-771. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.18332013>
- Pietrantonio, A. M.; Wright, E.; Gibson, K. N.; Alfred, T.; Jacobson, D.; Niec, A. (2013). Mandatory reporting of child abuse and neglect: Crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse & Neglect*, 37, 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.12.007>
- Pincolini, A. M. F.; Hutz, C. S. (2014). Abusadores sexuais adultos e adolescentes no sul do Brasil: Pesquisa em denúncias e sentenças judiciais. *Temas em Psicologia*, 22(2), 301-311. <https://doi.org/10.9788/TP2014.2-03>
- Pinho, A. R. (2012). *O atendimento a famílias em situação de abuso sexual: Um estudo exploratório* (tese de mestrado não publicada). Universidade de Brasília. Brasília, DF.
- Quadros, P. O. (2014). Breves fundamentos jurídicos para a atuação do Conselho Tutelar. In: Costa, L. F.; Penso, M. A.; Conceição, M. I. G. (ed.). *Abordagem à Família no Contexto do Conselho Tutelar*, p. 25-39. São Paulo: Ágora.
- Resnick, M. D.; Ireland, M.; Borowsky, I. (2004). Youth violence perpetration: What protests? What predicts? Findings from the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 35, 424.e1-424.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.01.011>
- Rodgers, K. B.; McGuire, J. K. (2012). Adolescent sexual risk and multiple contexts: Interpersonal violence, parenting, and poverty. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(11), 2091-2107. <https://doi.org/10.1177/0886260511432148>
- Scrandis, D. A.; Watt, M. (2014). Child sexual abuse in boys: Implications for primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10(9), 706-713. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.07.021>

- Serafim, A. P.; Saffi, F.; Achá, M. F. F.; Barros, D. M. (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 143-147. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000400006>
- Sigurdardottir, S.; Halldorsdottir, S.; Bender, S. S. (2012). Deep and almost unbearable suffering: Consequences of childhood sexual abuse for men's health and well-being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 688-697. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00981.x>
- Smith, M. (2010). Early childhood educators: Perspectives on maltreatment and mandated reporting. *Children and Youth Services Review*, 32, 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.06.011>
- Stoltenborgh, M.; IJzendoorn, M.; Euser, E.; Bakermans-Kranenburg, M. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- TJDFT (2017). *Conselhos Tutelares – Endereços e telefones – Janeiro 2017*. https://www.tjdft.jus.br/informacoes/infancia-e-juventude/informacoes/informacoes/situacao-de-risco-1/conselhos_tutelares.pdf/view (acessado em 23/01/2020).
- Turner, H. A.; Shattuck, A.; Finkelhor, D.; Hamby, S. (2015). Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(10), 1-26. <https://doi.org/10.1177/0886260515586376>
- Turner, H. A.; Shattuck, A.; Hamby, S.; Finkelhor, D. (2013). Community disorder, victimization exposure, and mental health in a national sample of youth. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(2), 258-275. <https://doi.org/10.1177/0022146513479384>
- Valente, S. M. (2005). Sexual abuse of boys. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(1), 10-16. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2005.00005.x>
- Veloso, M. M. X.; Magalhães, C. M. C.; Dell'Aglio, D. D.; Cabral, I. R.; Gomes, M. M. (2013). Notificação de violência como estratégia de vigilância em saúde: Perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5), 1263-1272. https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001100011&script=sci_arttext&tlng=es
- VIJ/DF – Vara da Infância e da Juventude do DF (2009). *Centro de Referência em Violência Sexual – CEREVS. Dados Consolidados – Ano 2009*. Brasília: Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT).
- Weiss, K. G. (2010). Male sexual victimization: Examining men's experiences of rape and sexual assault. *Men and Masculinities*, 12, 275-298. <https://doi.org/10.1177/1097184X08322632>
- Wekerle, C. (2013). Resilience in the context of child maltreatment: Connections to the practice of mandatory reporting. *Child Abuse & Neglect*, 37, 93-101. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.005>

Recebido em 02 de setembro de 2018

Aceito para publicação em 08 de dezembro de 2018

CONFLUÊNCIAS DAS RELAÇÕES
FAMILIARES E TRANSTORNOS ALIMENTARES:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

*CONFLUENCES OF FAMILY RELATIONSHIPS AND EATING
DISORDERS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW*

*CONVERGENCIAS DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y TRASTORNOS
ALIMENTARIOS: REVISIÓN INTEGRADA DE LA LITERATURA*

*Ana Beatriz Rossato Siqueira **

*Manoel Antônio dos Santos ***

*Carolina Leonidas ****

RESUMO

Este estudo teve por objetivo sintetizar e analisar a produção científica brasileira e estrangeira sobre as relações familiares, com ênfase no vínculo mãe-filha, no contexto dos Transtornos Alimentares (TAs). A revisão integrativa da literatura foi o método de pesquisa que permitiu reunir e sintetizar os estudos disponíveis sobre esse tema específico. Os dados foram recuperados a partir de buscas nas bases BVS-Psi, PsycINFO e PubMed, delimitando-se o período de 2012 a 2018 e os idiomas português, inglês e espanhol. Foram selecionados os descritores: relações familiares, transtornos alimentares, relação mãe e filha, e seus correspondentes em inglês. No total, 29 estudos foram selecionados para análise. Constatou-se que a etiologia dos TAs é multifatorial, sendo a relação mãe-filha um dos aspectos mais proeminentes, que parece atuar tanto como fator precipitador como mantenedor dos sintomas nos quadros de anorexia nervosa. Padrões rígidos de interação fami-

* Psicóloga pelo Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil.

email: anabrsiqueira@gmail.com

** Professor Titular do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP); Coordenador da equipe de Psicologia do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

email: manoelmasantos@gmail.com

*** Psicóloga, Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM); Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares, Uberaba, MG, Brasil.

email: carol.leonidas@gmail.com

liar representam risco potencial para manutenção dos TAs. Concluindo, os estudos demonstraram a existência de estreita associação entre sintomas de TAs e os padrões de relacionamento estabelecidos nas famílias. A síntese dos resultados reforça a necessidade de inclusão dos familiares e de outras redes de apoio social no tratamento.

Palavras-chave: transtornos de alimentação; relações familiares; revisão de literatura.

ABSTRACT

This study aimed to synthesize and analyze Brazilian and foreign scientific output about family relations, emphasizing the mother-daughter relationship, in the context of Eating Disorders (ED). The integrative literature review was the research method that allowed gathering and synthesizing available literature on this specific topic. The search was conducted through BVS-Psi, PsycINFO and PubMed databases. The data were retrieved from the databases comprising the period from 2012 to 2018 and the Portuguese, English and Spanish languages were delimited. The following descriptors were selected: family relations, eating disorders, mother and daughter relationship, and their equivalents in the other languages. A total of 29 studies were selected for analysis. The results showed the etiology of the EDs is multifactorial, with the mother-daughter relationship being one of the most relevant aspects, which seems to act as both a precipitating factor and a symptom maintainer in anorexia nervosa. Rigid patterns of family interaction represent a potential risk for maintenance of EDs. In summary, the studies demonstrated a close association between EDs and established patterns of relationships among family members. The synthesis of results reinforces the need to include family members and other social support networks in the treatment.

Keywords: eating disorders; family relations; literature review.

RESUMEN

Este estudio tuvo por objetivo sintetizar y analizar la producción científica brasileña y extranjera sobre las relaciones familiares, con énfasis en la relación madre-hija, en el contexto de los Trastornos Alimentarios (TAs). La revisión integrada de la literatura fue el método de investigación que permitió reunir y sintetizar los estudios disponibles sobre ese tema específico. Los datos fueron recuperados de las búsquedas de BVS-Psi, PsycINFO y PubMed en el período comprendido entre 2012 y 2018, y se delimitó los idiomas portugués, inglés y español. Fueron seleccionados los siguientes descriptores: relaciones familiares, trastornos alimen-

tarios, relación madre e hija, y los correspondientes en los otros idiomas. En total, 29 estudios fueron seleccionados para el análisis. Se constató que la etiología de los TAs es multifactorial, con la relación madre-hija un de los aspectos mas prominentes, que parece actuar tanto como factor precipitante como conservador de los síntomas en los cuadros de anorexia nerviosa. Padrones rígidos de interacción familiar representan riesgo potencial para el mantenimiento de los TAs. Concluyendo, los estudios demostraron la existencia de una estrecha asociación entre síntomas de TAs y los patrones de relación establecidos en las familias. La síntesis de los resultados refuerza la necesidad de incluir a los familiares y otras redes de apoyo social en el tratamiento.

Palabras clave: trastornos alimentarios; relaciones familiares; revisión de literatura.

Introdução

Transtornos alimentares (TAs) são quadros psicopatológicos que têm em comum uma grave e persistente perturbação nos hábitos alimentares (Balottin, Manarini, Mensi, Chiappedi & Gatta, 2017; Leonidas & Santos, 2017; Santos, Leonidas & Costa, 2017). Nas últimas décadas tem sido observado um crescente número de pesquisas voltadas à investigação dos TAs, incluindo as características psicodinâmicas das pessoas acometidas e dos sistemas familiares nos quais estão inseridas (Vázquez-Velázquez, Kaufer-Horwitz, Méndez, García-García & Reidl-Martínez, 2017). A partir dos avanços obtidos no conhecimento científico acerca do papel da família no contexto desses quadros psicopatológicos, conteúdos relacionados à diversidade de padrões de relacionamento familiar, tais como legados emocionais transgeracionais, padrões de comunicação intrafamiliar e transmissão psíquica intrafamiliar de práticas alimentares passaram a ser exploradas pela literatura científica (Cobelo, Saikali & Schomer, 2004; Valdanha, Scorsolini-Comin, Peres & Santos, 2013).

A categoria diagnóstica dos TAs abrange diversos tipos de transtornos, dentre os quais se destacam a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Atualmente se presume que os TAs têm etiologia multifatorial, que engloba influências da dinâmica familiar, do meio sociocultural e dos aspectos constitucionais e dinâmicos da personalidade. Esses seriam, presumidamente, os fatores responsáveis pela predisposição, instalação e manutenção desses quadros (Valdanha et al., 2013; Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002). A literatura tem ressaltado cada vez mais a necessidade do desenvolvimento de estudos que visem à compreensão da dinâmica das relações familiares de pessoas com diagnóstico de TAs, partindo-se da observa-

ção clínica dos padrões disfuncionais de relacionamento dessas famílias (Leonidas & Santos, 2014; Santos, Leonidas & Costa, 2017). Em vista desses pressupostos, estudos têm enfatizado a importância de estender um olhar mais abrangente ao contexto familiar dos indivíduos acometidos por TAs, focalizando, principalmente, o grau de disfuncionalidade dos padrões relacionais reproduzidos nas famílias (Oliveira & Santos, 2006; Vázquez-Velázquez et al., 2017; Vos et al., 2017).

Ainda não se tem clareza sobre todas as dimensões envolvidas na complexa trama de relações existentes entre os modos como as famílias constroem seus vínculos e o desencadeamento de sintomas indicativos de TAs. Também não é completamente conhecido o mecanismo pelo qual o modo como a família se relaciona com a alimentação influencia na precipitação e/ou manutenção dos sintomas psicopatológicos (Valdanha et al., 2013).

A investigação da relação mãe-filha é especialmente importante nos casos de AN. Sopezki e Vaz (2008) apontam que “o vínculo mãe-filha é caracterizado por mais insegurança, medo de abandono e falta de autonomia nas mulheres com TAs” (p. 269) do que em famílias livres dessa psicopatologia. O padrão típico de vinculação é do tipo fusional e simbiótico, no qual predomina a indiferenciação eu-tu, com esfumaçamento dos limites egoicos. A relação fusional com a figura materna acaba se tornando também conflituosa, na medida em que implica a perpetuação de um padrão de extrema dependência emocional mútua, o que leva os membros da díade a vivenciarem dificuldades no processo de diferenciação e individuação, que se intensifica na adolescência. Por conta dessas vicissitudes, é bem marcada a ambivalência despertada pelas vivências fusionais, que remetem, por um lado, ao amor entre mãe e filha mantido num nível imaturo e regressivo e, por outro lado, ao desejo inconsciente de ambas de manterem uma relação de proximidade como estratégia defensiva para a repressão do ódio. Nessa dinâmica relacional, o ódio decorre do fato de que o anseio de individuação da filha é continuamente frustrado pelas inúmeras e reiteradas tentativas malsucedidas de lograr a separação em relação ao objeto materno.

Considerando-se o exposto, é de suma importância reunir conhecimentos na esfera das relações familiares que interseccionam os diversos tipos de TAs, buscando compreender as dinâmicas familiares envolvidas. Essa exploração é entendida como um passo imprescindível na avaliação psicológica, procedimento que permitirá desenvolver recursos e condições concretas para viabilizar o acesso ao funcionamento familiar de pessoas acometidas por graves perturbações do comportamento alimentar. Assim, este estudo teve por objetivo sintetizar e analisar a produção científica brasileira e estrangeira acerca das possíveis articulações existentes entre TAs e relações familiares, com ênfase na relação mãe-filha.

Método

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que utiliza dados secundários provenientes de um conjunto de estudos que tratam de um tópico específico (Arruda-Colli & Santos, 2015; Cesnik & Santos, 2012a, 2012b; Diniz, Pillon, Monteiro, Pereira, Gonçalves & Santos, 2017). Essa modalidade de revisão foi escolhida porque admite a inclusão simultânea de estudos experimentais e não experimentais, quantitativos e qualitativos, com o propósito de oferecer um entendimento abrangente do fenômeno sob investigação (Arruda-Colli, Perina, Mendonça & Santos, 2015; Leonidas & Santos, 2014; Machado, Leonidas, Santos & Souza, 2012; Whittemore & Knafl, 2005). Os dados, obtidos a partir da consulta aos estudos primários selecionados pelo pesquisador, são reunidos e analisados com rigor, fomentando inferências e conclusões gerais acerca do tema em questão (Santos, 2017; Silva, Santos, Rosado, Galvão & Sonobe, 2017). As diversas possibilidades de emprego da revisão integrativa propiciam a compreensão de variados conceitos, teorias e questões do cuidado à saúde (Ercole, Melo & Alcoforado, 2014; Soares, Hoga, Peduzzi, Sangaleti, Yonekura & Silva, 2014; Whittemore & Knafl, 2005).

Para responder ao objetivo proposto, três bases indexadoras foram escolhidas como fonte dos dados de interesse deste estudo: BVS-Psi Brasil (Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil), PubMed (Medical Publications) e PsycINFO (Psychological Abstracts, American Psychological Association). A busca nas bases de dados foi realizada com a utilização dos seguintes descritores, extraídos do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): relações familiares, transtornos alimentares, *family relations* e *eating disorders*. Para ampliar o alcance das buscas, além desses descritores foi acrescentada a palavra-chave relação mãe-filha e seu correspondente em inglês, *mother-daughter relationship*. Visto que o objetivo do presente estudo foi localizar artigos que trouxessem a intersecção dos temas propostos, os descritores foram utilizados de maneira combinada em português com o conector aditivo “e”, e em buscas em inglês com o conector aditivo “and”. Após o levantamento das publicações, os títulos e resumos foram lidos e examinados segundo os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos, que serão apresentados em seguida.

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados como parâmetros de busca: (1) artigos que abordavam as temáticas das relações familiares no contexto de pessoas com diagnóstico prévio de TAs; (2) redigidos nos idiomas português, espanhol ou inglês; (3) publicados entre 2012 e 2018; e (4) que apresentavam resultados empíricos. Como critérios de exclusão foram estabelecidos os seguintes limites: (1) apresentação no formato de dissertação, tese, livro, capítulo de livro, editorial, carta, comentário ou crítica, procedimentos e relatórios de pesquisas científicas; (2) estu-

dos teórico-reflexivos sobre TAs e relações familiares; (3) estudos com população de risco para TAs, mas sem o diagnóstico propriamente dito; e (4) artigos tratando de outras temáticas não delineadas como de interesse neste estudo.

A distribuição de artigos encontrados em cada base de dados pode ser observada na Figura 1. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram desconsiderados os artigos repetidos em mais de uma base indexadora e aqueles

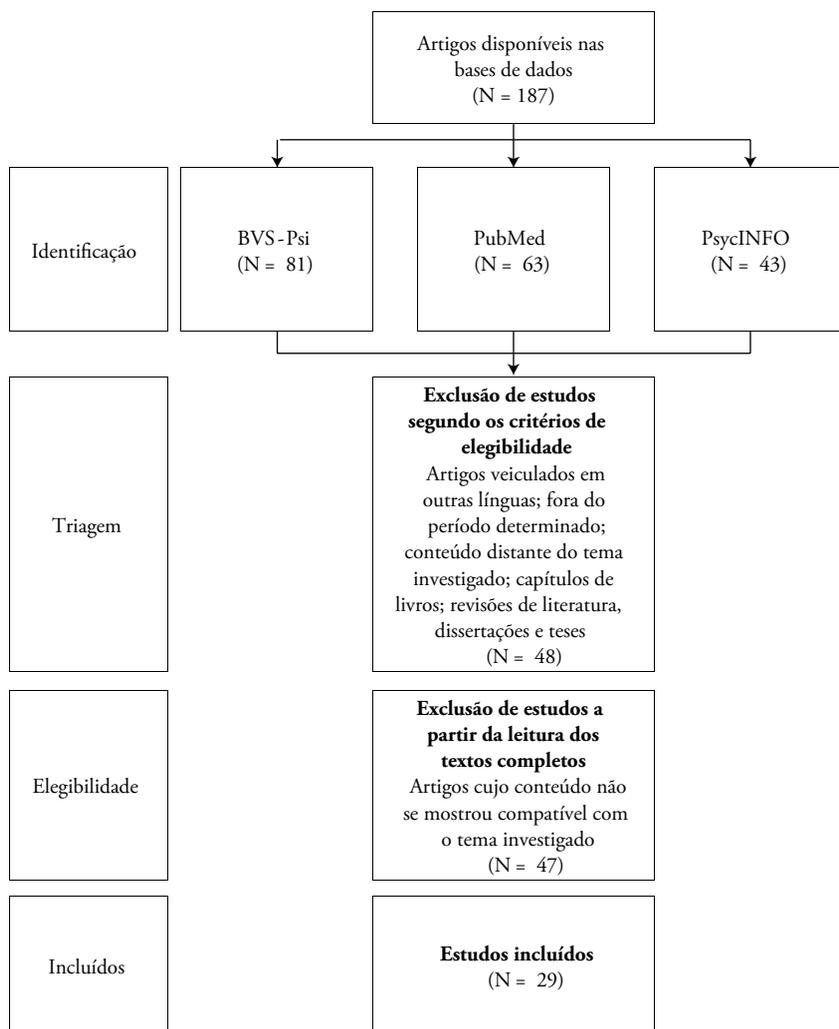


Figura 1 — Fluxograma dos passos metodológicos da revisão integrativa da literatura, de acordo com as diretrizes PRISMA.

que não preenchiam os critérios de elegibilidade. No total, 29 publicações foram selecionadas e compuseram o *corpus* de análise.

No processo de refinamento do material de análise foram elencados artigos indexados em periódicos científicos de elevado padrão editorial e com maior impacto, a partir da avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos. Para avaliar a qualidade das evidências oferecidas por cada estudo analisou-se sua robustez metodológica. De acordo com a classificação da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), as evidências são categorizadas em seis níveis (Hughes, 2008). O NE 1 corresponde à metanálise de múltiplos estudos controlados. O NE 2 remete a estudos individuais com delineamento experimental. O NE 3 abrange pesquisas com desenho quase-experimental, como estudos sem randomização com grupo único pré e pós-teste, longitudinais ou caso-controle. O NE 4 caracteriza os estudos não experimentais, como pesquisas descritivas correlacionais e qualitativas, ou estudos de caso. O NE 5 corresponde a relatórios de casos ou avaliações de programas. Finalmente, o NE 6 se aplica a opiniões de especialistas ou autoridades respeitadas na área, incluindo informações não fundamentadas em pesquisas.

A avaliação da qualidade das evidências oferecidas permite identificar as direções apontadas pelos estudos no sentido de avanços obtidos no conhecimento, suas possibilidades e limites, o que favorece a percepção de convergências e divergências entre os resultados encontrados, possibilitando apontar as lacunas que persistem em relação ao tema em foco. Desse modo, foi possível compilar os diversos contextos nos quais as influências familiares na área dos TAs são investigadas pela literatura e prover novos conhecimentos acerca do tema investigado.

Os dados extraídos dos artigos selecionados foram organizados em categorias temáticas, de acordo com os passos metodológicos preconizados por Braun e Clarke (2006), a saber: (1) familiarizar-se com os dados; (2) gerar códigos iniciais; (3) procurar os temas; (4) revisar os temas; (5) definir e nomear os temas; e (6) produzir o relatório final. Os códigos foram identificados e organizados por duas pesquisadoras, que analisaram o material independentemente, discutindo-se as divergências encontradas nos temas na busca por um consenso. A fim de aprimorar a validade dos dados, um terceiro pesquisador da equipe foi acionado para verificar os códigos e as categorias desenvolvidas previamente. Com isso, foi possível sintetizar e analisar os conteúdos dos estudos revisados, de modo a adicionar novos conhecimentos acerca do tema estudado, que permitiram dimensionar o avanço do conhecimento na área.

De maneira geral, as categorias temáticas foram construídas a partir da convergência de temas explorados pelos estudos. Convergências e divergências nos resultados, bem como as limitações e lacunas identificadas nas pesquisas, serão apontadas e discutidas na próxima seção.

Resultados e Discussão

A partir das buscas sistemáticas foram localizados, preliminarmente, 187 artigos. O refinamento das buscas permitiu reduzir esse total para 29. A Tabela 1 sintetiza algumas das principais características dos artigos selecionados. De maneira geral, a maioria dos estudos (sete) tinha delineamento metodológico do tipo descritivo e exploratório; seis eram do tipo não experimental, exploratório e descritivo; cinco não experimental, descritivo; outros cinco não experimental, descritivo, correlacional; quatro eram quase-experimentais; dois descritivos; e um descritivo interpretativo. Não foram encontrados estudos de desenho experimental que contemplassem os critérios de inclusão e exclusão. No entanto, uma parcela expressiva dos artigos incluídos utilizou instrumentos padronizados e dotados de propriedades psicométricas consideradas adequadas, o que incrementa a possibilidade de replicabilidade, configurando assim significativa contribuição para a literatura científica no cenário dos TAs.

Tabela 1 — Caracterização dos artigos recuperados segundo autores e ano de publicação, delineamento do estudo e nível de evidência (NE), população estudada, instrumentos de coleta ou estratégia de análise dos dados (n = 29).

Autores e ano de publicação	Delineamento do estudo e NE	População estudada	Instrumentos ou estratégia de análise dos dados
Campos et al. (2012)	Não experimental, exploratório, descritivo (NE 4).	Sete mães de pacientes com AN.	Observação não participante dos grupos e análise de conteúdo dos temas abordados nos relatos maternos.
Cobelo & Gonzaga (2012)	Não experimental, descritivo (relato de caso) (NE 4).	Mães de adolescentes com TAs em seguimento em um serviço ambulatorial.	Análise temática de conteúdos trabalhados durante as sessões dos grupos realizados no contexto assistencial.
Souza & Santos (2012)	Não experimental, exploratório, descritivo (NE 4).	Cinco pacientes com TAs, cinco mães e um pai.	Análise temática de conteúdos trabalhados em sessões do grupo de apoio psicológico oferecido aos pais de pacientes com TAs.
Amianto, Daga, Bertorello & Fassino (2013)	Não experimental, descritivo, correlacional (NE 4).	108 mães e 104 pais de adolescentes e jovens adultas com TAs.	Temperament Character Inventory (TCI), Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2), State-Trait Anger Expression Inventory (STAX), Family Assessment Device (FAD), Attachment Style Questionnaire (ASQ), Symptom Questionnaire (SQ), Psychological Well-Being scales (PWB).

Autores e ano de publicação	Delimitação do estudo e NE	População estudada	Instrumentos ou estratégia de análise dos dados
Arroyo & Segrin (2013)	Não experimental, descritivo, correlacional (NE 4).	286 tríades familiares, compostas por uma jovem adulta com TA, sua mãe e um irmão.	Questionários elaborados pelos pesquisadores, Family Emotional Involvement and Criticism Scale, Family Environment Scale, Cupach and Spitzberg's (1981) Self-rated Competences Scale, Cupach and Spitzberg's (1981) Alter-rated Competences Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, UCLA Loneliness Scale, Eating Attitudes Test (EAT-26), preenchidos <i>on-line</i> .
Leonidas & Santos (2013)	Não experimental, descritivo-exploratório, com enfoque qualitativo (NE 4).	Seis mulheres, entre 20 e 30 anos, com diagnóstico de TAs.	Roteiro de entrevista semiestruturada, Mapa de Rede e informações extraídas dos prontuários hospitalares.
Lyke & Matsen (2013)	Não experimental, descritivo (NE 4).	91 mulheres, entre 18 e 25 anos de idade, com TAs.	Formulário de dados demográficos, McMaster Family Assessment Device (FAD), Setting Conditions for Anorexia Nervosa Scale (SCANS), preenchidos <i>on-line</i> .
Mushquash & Sherry (2013)	Não experimental, descritivo (NE 4).	218 díades mães-filhas com TAs.	Questionários elaborados pelos pesquisadores, 5-item Multidimensional Perfectionism Scale, 8-item Psychological Control Scale, escala de discrepâncias do Reconstructed Depressive Experiences Questionnaire, escala de depressão do Profile of Mood States, Dutch Restraint Eating Scale e escala de bulimia do Eating Disorder Inventory (EDI), preenchidos <i>on-line</i> .
Perkins, Slane & Klump (2013)	Não experimental, exploratório, descritivo (NE 4).	82 mulheres, com TAs, entre 18 e 25 anos de idade.	Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2), Bulimia Test-Revised (BULIT-R), Cognitive Restraint of Eating Behavior, Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire, Parental Bonding Instrument (PBI), Structural Analysis of Social Behavior (SASB), Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR).
Valdanha, Scorsolini-Comin & Santos (2013)	Descritivo (estudo de caso de <i>coorte</i> transversal), com enfoque qualitativo (NE 4).	Avós, mãe e filha com TA.	Roteiros de entrevista semiestruturada.
Bezance & Holliday (2014)	Descritivo, com enfoque qualitativo (NE 4).	Nove mães de pacientes com diagnóstico de AN.	Roteiros de entrevista semiestruturada.
Forsberg et al. (2014)	Não experimental, descritivo (NE 4).	38 adolescentes com diagnóstico de AN, 36 mães e 25 pais.	Dados antropométricos, Working Alliance Inventory (WAI), Eating Disorder Examination (EDE).
Lampis, Agus & Cacciarru (2014)	Não experimental, exploratório, descritivo (NE 4)	213 garotos e garotas, com idades entre 14 e 19 anos.	Questionário sociodemográfico, Parental Bonding Instrument (PBI), Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACE), Eating Disorder Inventory (EDI).

Autores e ano de publicação	Delimitação do estudo e NE	População estudada	Instrumentos ou estratégia de análise dos dados
Horesh, Sommerfeld, Wolf, Zubery & Zalsman (2015)	Quase experimental (NE 3).	53 mulheres diagnosticadas com TAs e dois grupos controle: (1) 26 mulheres com sintomas de depressão e ansiedade; (2) 60 mulheres consideradas saudáveis.	Roteiro de entrevista semiestruturada, Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q), Eating Attitudes Test (EAT-26), Body Shape Questionnaire (BSQ), Beck Depression Inventory (BDI), Parental Bonding Instrument (PBI), Experience in Close Relationships (ECR), Social Cognition and Object Relationship Scale (SCORS), Object Representation Inventory (ORI).
Latzer, Katz & Berger (2015)	Quase-experimental (NE 3).	60 mulheres, com idades entre 13 e 31 anos: 30 mulheres que tinham uma irmã com TA (grupo de estudo) e 30 mulheres do grupo controle, sem irmãs com TAs.	Beck Depression Inventory (BDI), Brief Symptom Inventory (BSI), Sibling Relationship Questionnaire, Sense of Coherence Questionnaire.
Leonidas & Santos (2015a)	Descritivo e exploratório, com enfoque qualitativo (NE 4).	12 mulheres diagnosticadas com TAs.	Roteiro de entrevista semiestruturada, Mapa de Rede e Genograma.
Leonidas & Santos (2015b)	Descritivo, exploratório, com enfoque qualitativo (NE 4).	12 mulheres com diagnóstico de TAs.	Genograma e formulário de consulta aos prontuários hospitalares.
Lewis, Katsikitis & Mulgrew (2015)	Não experimental, descritivo, correlacional (NE 4).	20 díades mãe-filha com TA.	25 imagens em PowerPoint: alimentos com baixas calorias (n = 10), alimentos de baixo valor calórico (n = 10) e itens não alimentares (n = 5), Visual Analogue Scales (VAS), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), formulário de informações sociodemográficas.
Moura, Santos & Ribeiro (2015)	Descritivo, interpretativo (método clínico), com enfoque qualitativo (NE 4).	Seis mães de pacientes adolescentes com AN.	Roteiros de entrevista semiestruturada.
Wright (2015)	Descritivo, exploratório, com enfoque qualitativo (NE 4).	12 mulheres com AN e 13 profissionais de saúde, sendo 11 mulheres e dois homens (ambos médicos).	Roteiros de entrevista semiestruturada.

Autores e ano de publicação	Delimitação do estudo e NE	População estudada	Instrumentos ou estratégia de análise dos dados
Anastasiadou et al. (2016)	Descritivo, exploratório (NE 4).	48 mães e 45 pais de 50 pacientes com TAs.	Para pacientes: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime version (K-SADS-PL), Eating Attitudes Test (EAT-26), entrevistas clínicas. Para os pais: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), The Experience of Caregiving Inventory (ECI), The Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED), The Family Questionnaire (FQ), The Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES-II).
Dimitropoulos, Herschman, Toulany & Steingger (2016)	Descritivo, exploratório (NE 4).	15 mulheres jovens adultas com AN e/ou BN.	Roteiros de entrevista semiestruturada.
Hillard, Gondoli, Corning & Morrissey (2016)	Quase-experimental (estudo longitudinal) (NE 3).	89 adolescentes do sexo feminino com TAs.	Dados antropométricos, Family History of Eating Survey (FHES), 8-item Body Dissatisfaction subscale and 8-item Drive for Thinness subscale, ambas do Eating Disorder Inventory (EDI), 7-item Dieting Behaviors Scale (DBS).
Rhind et al. (2016)	Não experimental, descritivo (transversal) (NE 4).	144 adolescentes com TAs e 196 cuidadores.	Roteiro de entrevista semiestruturada e questionários de autoquestionário.
Valdanha-Ornelas & Santos (2016)	Descritivo, exploratório, transversal, com enfoque qualitativo (NE 4).	Três mulheres da mesma família (avó, mãe e filha).	Três roteiros de entrevista semiestruturada, adaptados para cada participante, de acordo com a posição geracional.
Cerniglia et al. (2017)	Não experimental, exploratório, descritivo (NE 4).	181 adolescentes do sexo feminino com diagnóstico de AN (n = 61), BN (n = 60) e TCA (n = 60).	Questionários de autorrelato, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-IV), Symptom Checklist – 90 Items-Revised (SCL-90-R), Family Satisfaction Scale (FSS), Family Communication Scale (FCS).
Hansson, Daukantaitė & Johnsson (2017)	Não experimental, descritivo, correlacional (NE 4).	235 pares pai-adolescente.	SCOFF questionnaire, The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), três questões para as(os) adolescentes sobre refeições compartilhadas e uma questão para os pais sobre TAs.
Leys, Kotsou, Goemanne & Fossion (2017)	Quase-experimental (NE 3).	Amostra não clínica de 143 mulheres jovens.	Eating Attitudes Test (EAT-26), Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – III (FACES-III), Resilience Scale for Adults (RSA).
Valdanha-Ornelas & Santos (2017)	Descritivo, exploratório e transversal, com enfoque qualitativo (NE 4).	Três participantes (avó materna, mãe e filho diagnosticado com AN).	Três roteiros de entrevista semiestruturada, adaptados para cada participante.

Os dados obtidos a partir dos estudos selecionados serão apresentados em categorias temáticas, construídas a partir da convergência dos temas investigados. Foram construídas quatro categorias: (1) Traços de personalidade dos pais de pessoas acometidas por TAs e sua influência sobre o funcionamento familiar; (2) Transmissão psíquica na trama de relações tecidas nos TAs; (3) Experiência de sofrimento dos cuidadores; (4) Experiência de grupos terapêuticos e redes de apoio. A categoria 1 se desdobrou em três subcategorias, que visam a detalhar as características de cada figura familiar (pai, mãe e irmãos) em particular, articulando tais características aos tipos de relações estabelecidas com o membro acometido por TA, a fim de demonstrar como tais funcionamentos familiares podem influenciar a precipitação e manutenção dos quadros clínicos. Essas categorias serão descritas a seguir, enfatizando-se as convergências e divergências observadas nos resultados, assim como as limitações e lacunas identificadas nos estudos.

Categoria 1 — Traços de personalidade dos pais de pessoas acometidas por TAs e sua influência sobre o funcionamento familiar

Essa categoria engloba nove estudos, que investigam as características de personalidade dos pais de indivíduos com TAs e a maneira como os fatores emocionais exercem influência sobre a dinâmica familiar que se estabelece nesses contextos. No geral, oito estudos evidenciaram a maneira como os pais lidam com suas próprias questões emocionais e com o adoecimento do(a) filho(a) com TA. O modo como os membros da família se relacionam entre si e o padrão de comunicação intrafamiliar influenciam diretamente no prognóstico do quadro clínico e nas estratégias de enfrentamento utilizadas frente às demandas do tratamento, sejam elas adaptativas / saudáveis ou não (Amianto, Daga, Bertorello & Fassino, 2013; Arroyo & Segrin, 2013; Cerniglia et al., 2017; Hansson, Daukantaitė & Johnsson, 2017; Lampis, Agus & Cacciarru, 2014; Leys, Kotsou, Goemanne & Fossion, 2017; Lyke & Matsen, 2013; Perkins, Slane & Klump, 2013).

Os estudos de Amianto et al. (2013), Lampis et al. (2014) e Hansson et al. (2017) se aproximam em suas conclusões ao afirmarem que algumas características emocionais dos pais regulam os relacionamentos que eles estabelecem com suas filhas, afetando-as negativamente. São destacadas características tais como impulsividade, insensibilidade, fraqueza, preocupação, pessimismo, dependência, ansiedade, instabilidade e obsessividade. Assim, concluiu-se que o quadro de TA das filhas pode ser influenciado, entre outros fatores, por dificuldades no exercício da função parental, em decorrência de alguns traços de personalidade

de mães e pais que comprometem a provisão de cuidado e afeto necessária ao desenvolvimento (Amianto et al., 2013). De maneira análoga, o estudo de Lampis et al. (2014) demonstrou que os padrões familiares de alto risco para TAs eram definidos pelo estilo parental controlador, menos atencioso e com características de perfeccionismo. Finalmente, Hansson et al. (2017) concluíram que os filhos imitam a maneira como os pais regulam as próprias emoções, indicando possível associação do TA com desregulação emocional entre adolescentes e pais.

Arroyo e Segrin (2013) observaram que as interações familiares invasivas e baixos níveis de habilidades sociais dos pais estavam associados à ocorrência de TAs nas filhas, uma vez que as famílias instilam valores, comportamentos e atitudes considerados básicos para o desenvolvimento de autopercepções e estratégias de enfrentamento saudáveis e não saudáveis. Leys et al. (2017) corroboram as conclusões do estudo de Arroyo e Segrin (2013) e acrescentam a rigidez da estrutura familiar como fator de risco para o desenvolvimento dos quadros de TAs. Esses autores argumentam ainda que jovens do sexo feminino que cresceram em famílias rígidas também apresentam menores índices de resiliência quando comparadas a mulheres educadas em famílias com funcionamento considerado adequado. O estudo de Dimitropoulos, Herschman, Toulany e Steinegger (2016) mostra que o apoio dos pais não deve ser rígido ou controlador, mas flexível e de natureza colaborativa, para encorajar as filhas a buscarem autonomia frente ao quadro clínico, por meio da oferta de suporte emocional, empatia e compreensão. Quando, pelo contrário, os pais perseveram em seu desejo de manter controle sobre o comportamento das filhas, ignorando seus anseios de emancipação, surgem tensões no relacionamento.

Os resultados do estudo de Lyke e Matsen (2013) indicaram que baixos níveis de responsividade afetiva e funcionamento familiar caracterizado por controle, rigidez e invasão são considerados fatores preditivos do risco para desenvolvimento de TAs, na medida em que geram insatisfação geral com a vida e ansiedade social e pessoal em um ou mais membros da família. O estudo de Perkins et al. (2013) complementa os dados obtidos por Lyke e Matsen ao demonstrar que dificuldades de cunho social, relacionamentos distantes ou marcados por menores níveis de empatia e carinho por parte dos pais, altos níveis de hostilidade e superproteção materna também podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de TAs.

No que diz respeito às diferenças observadas entre as famílias de mulheres que convivem com algum membro diagnosticado com algum dos diversos subtipos de TAs, Cerniglia et al. (2017) mostraram que os núcleos familiares nos quais havia se desenvolvido a BN tinham baixo grau de flexibilidade e coesão,

falta de organização e elevados níveis de conflito familiar e angústia, enquanto que as famílias de mulheres com AN reportaram problemas na manutenção de fronteiras interpessoais, baixa tolerância a conflitos, alto grau de insatisfação familiar e comunicação caótica entre os membros (Perkins et al., 2013). Por sua vez, famílias de mulheres com transtorno de compulsão alimentar (TCA) foram descritas como tendo baixo grau de comunicação, pouco envolvimento emocional e empobrecimento afetivo. Em suma, pode-se considerar que as famílias de adolescentes do sexo feminino com TAs tipicamente apresentam perfis inadequados de funcionamento, que determinam as especificidades de cada tipo de transtorno.

Apenas um estudo abordou a importância da aliança terapêutica estabelecida por profissionais de saúde com pais e seus filhos(as) com TAs (Forsberg et al., 2014). Foi constatado que a aliança dos pais com o terapeuta no tratamento familiar tende a ser mais intensa do que a estabelecida entre o(a) adolescente e seu terapeuta. No entanto, ainda que estabelecer uma aliança de trabalho seja viável com os pais nesse modelo de tratamento e que possa auxiliar na implementação de tarefas iniciais, não parece resultar em melhora nas taxas de recuperação encontradas no desfecho final. As diferenças observadas na relação estabelecida entre pais e psicoterapeutas e entre adolescentes com TAs e psicoterapeutas são previsíveis, visto que adolescentes tendem a negar o próprio quadro clínico e não mostram abertura e disposição para se empoderarem durante o processo de tratamento. Tais achados, obtidos no estudo de Forsberg et al., indicam que os profissionais de saúde devem continuar investindo na aliança estabelecida com os pais, mas também precisam se esforçar para se apropriarem de estratégias que permitam melhorar o vínculo com os(as) adolescentes. Para que o processo de cura possa progredir e ser bem-sucedido, é preciso envolver e trabalhar com a família como um todo, considerando paciente-família como unidade de tratamento.

1.1 — Características da relação pai-filha com TA

Foram localizados poucos estudos ($n = 2$) que abordam a relação pai-filha com TAs. Horesh, Sommerfeld, Wolf, Zubery e Zalsman (2015) encontraram um padrão vincular negativo entre mulheres com TAs e seus genitores do sexo masculino. Ao investigarem os modos como as filhas percebem o relacionamento com seus pais, os autores inferiram dois modelos subjetivos. O primeiro corresponde a um relacionamento mais carinhoso e benevolente, em contraposição ao segundo, caracterizado por um padrão de relacionamento excessivamente superprotetor e invasivo. Este último foi associado a maiores índices de preocupação

com a ingestão calórica, condutas sociais evitativas e depressão por parte das filhas, quando comparado ao primeiro padrão. Na contramão das conclusões do estudo de Horesh et al., Leonidas e Santos (2015b) observaram baixo protagonismo paterno nos cuidados com as filhas. As participantes mantinham relação emocional distanciada, contato superficial e vínculo enfraquecido com a figura paterna.

1.2 — Características da relação mãe-filha com TA

O estudo de Moura, Santos e Ribeiro (2015) buscou compreender como mães de adolescentes com TAs vivenciaram o processo de cuidar de suas filhas desde a gestação até os dois anos de idade, e explorou o modo como essas vivências se relacionavam com o surgimento dos sintomas de TAs na adolescência. Os resultados evidenciaram insatisfação das mães com a maternidade, pois tiveram dificuldades em atender às demandas das filhas, o que acarretou uma sensação persistente de impotência e intenso sofrimento durante a infância. As filhas foram descritas como bebês famintos e insatisfeitos, sugerindo que, provavelmente, teriam experimentado dificuldades precoces em assimilar os cuidados básicos oferecidos por suas mães nos primeiros anos de vida.

Dois estudos (Hillard, Gondoli, Corning & Morrissey, 2016; Lewis, Katsikitis & Mulgrew, 2015) constataram que as preocupações maternas influenciavam a maneira como as filhas percebiam o próprio peso e forma corporal, assim como os sintomas de TAs. Quanto mais as mães abordavam temas relacionados à alimentação e (in)satisfação corporal, maior a insatisfação relatada pelas filhas. Os autores hipotetizaram um possível efeito da modelagem na correlação obtida entre os escores dos sintomas de TAs de mães e filhas, assim como a presença de conteúdos não elaborados, referentes às vivências angustiantes do corpo e da alimentação, que são transmitidos entre as gerações sem a necessária transformação psíquica.

Para compreender melhor a relação entre os TAs e a dinâmica familiar, Campos et al. (2012) investigaram as principais características da relação mãe-filha na AN, buscando fundamentos para desenvolver estratégias para melhorar o tratamento e prognóstico do quadro clínico. As características observadas com maior frequência nos relatos das mães participantes do estudo foram controle mútuo, dialética entre onipotência e impotência e a presença de sentimentos de devoção, paixão e aniquilação. Mushquash e Sherry (2013) também investigaram as relações entre o perfeccionismo e a relação mãe-filha nos comportamentos de

compulsão alimentar. Os autores constataram que a relação mãe-filha é marcada por tensões e que há forte pressão materna para que as filhas cumpram suas expectativas (as das mães), que envolvem altos níveis de perfeccionismo em vários âmbitos da vida, não se restringindo apenas ao peso e forma corporal. Os autores notaram que as filhas, expostas ao excesso de críticas e à falta de controle afetivo por parte das mães, encontravam-se mais propensas a desenvolver o comportamento de compulsão alimentar. O perfeccionismo é expressão da tentativa das mães de exercerem controle psicológico exacerbado sobre as filhas em vários âmbitos, como o das diferenças interpessoais existentes na dupla, da autoestima rebaixada e dos afetos depressivos da filha. Nesse contexto relacional, a restrição calórica muitas vezes é a solução encontrada para atender às expectativas da mãe.

As características descritas por Campos et al. (2012) convergem com as do estudo de Cobelo e Gonzaga (2012), que desvelou padrões de relacionamento estabelecidos entre a dupla mãe-filha com TA como expressão das dificuldades de diferenciação e separação, o que pode interferir negativamente na intervenção e no progresso do tratamento. Indo ao encontro desses resultados, o estudo de Leonidas e Santos (2015b) evidenciou que há uma relação de aliança bastante estreita e emocionalmente intensa entre as filhas com TAs e suas mães. Esse padrão vincular muitas vezes extrapolava o formato de aliança e configurava uma franca relação fusional. Esse modo de vinculação é reforçado pela dificuldade de sustentar a diferenciação eu-tu devido aos sentimentos de marcada ambivalência (relação de amor e ódio direcionada ao mesmo objeto) que une a díade mãe-filha, gerando intensos conflitos e sofrimento psíquico.

Nota-se que os artigos selecionados são confluentes ao apontar para a existência de uma relação indiferenciada entre mãe e filha com TA, o que ameaça a continuidade do desenvolvimento da adolescente. O sintoma anoréxico mais notável aos olhos do outro, que é o intenso emagrecimento corporal, representa, no plano da concretude, a extrema dificuldade da adolescente em crescer e se apropriar do corpo de mulher adulta: um corpo sexuado e que pode, conseqüentemente, reproduzir e vivenciar a maternidade. Tanto do ponto de vista psicológico como hormonal, a jovem com AN está paralisada no tempo, como se pudesse congelar suas emoções dentro dos contornos de um corpo infantil e indiferenciado, no qual ainda não se desenvolveram os caracteres secundários femininos, buscando com isso retardar o temível encontro com sua sexualidade adulta.

A marcada imaturidade emocional e o pacto mortífero que sela inconscientemente o vínculo simbiótico entre mãe e filha prejudicam a adesão ao tratamento. Isso se evidencia em aspectos tais como a falta de assiduidade aos atendimentos, as passagens ao ato (recaídas frequentes nos sintomas de compulsão ou

de recusa alimentar, ou alternância entre um e outro) e o ódio vivenciado frente a tudo o que possa ameaçar a continuidade da fusão psíquica com a figura materna. Pode-se hipotetizar, portanto, que os sintomas de TAs envolvem maneiras específicas (compromissos inconscientes) de expressar o desejo, ainda que ambivalente, de separação da figura materna, rompendo com o ciclo que aprisiona a dupla num abraço mortífero. Trata-se de uma tentativa malograda de dar uma resposta ao dilema narcísico: *sem você eu não sou ninguém / com você eu desapareço*. Esse insustentável paradoxo interpela o cerne da subjetividade e se faz presente de variadas formas nos sintomas das pacientes. O conflito também se expressa nas mães por meio do compromisso inconciliável entre anseio de separação e medo do abandono.

A compreensão psicodinâmica de como se estrutura a relação mãe-filha nos TAs e as características psicológicas peculiares que permeiam a dupla é indispensável para o planejamento de estratégias de intervenção que possam contemplar o apoio familiar, de modo que se possa incluir a família como unidade de tratamento e aprimorar o plano terapêutico oferecido. Vale ressaltar, com base nos estudos revisados, a importância de também envolver os genitores masculinos nos atendimentos clínicos, de forma que eles possam assumir um papel mais ativo na vida e no tratamento das filhas.

1.3 — *Características das relações fraternas*

No que diz respeito às relações fraternas, apenas dois dos estudos selecionados nesta revisão abordaram o tema. A investigação conduzida por Latzer, Katz e Berger (2015) indicou alto nível de relações prejudiciais e elevada prevalência de sintomas depressivos entre irmãs de mulheres com TAs, quando comparadas a um grupo controle. O estudo de Leonidas e Santos (2015b), por outro lado, constatou a importância do vínculo fraterno como fonte de apoio social nos quadros de TAs. Esse relacionamento pode ser positivo ou negativo, dependendo da maneira como a(o) irmã(o) compreende o TA da irmã acometida, e de como ele se relaciona com ela e com que estratégias ele conta para poder lidar com o impacto familiar dos sintomas.

No estágio atual do conhecimento ainda não há consistência científica a respeito do papel das relações fraternas sobre os sintomas de TAs. Os dois estudos que trataram desse tema indicam a necessidade de ampliar a compreensão dessas relações e de incluir os irmãos no contexto do tratamento, de modo a favorecer o entendimento que eles têm acerca do que se passa com a irmã acometida. Nesse

sentido, enfatiza-se a necessidade do desenvolvimento de mais estudos na área das relações fraternas no cenário dos TAs.

Categoria 2 — Transmissão psíquica na trama de relações tecidas nos TAs

A transmissão psíquica geracional divide-se em intergeracional e transgeracional. A *transmissão psíquica intergeracional* é a que se dá com a geração mais próxima, ou seja, dos pais para os filhos, na qual o material psíquico pode ser transformado e metabolizado ao ser transmitido na cadeia intergeracional. Caso não logre essa transformação, o material permanecerá danificado e será transmitido à próxima geração em estado bruto, sem qualquer avanço em termos de elaboração psíquica. Por *transmissão psíquica transgeracional* entende-se um mecanismo inconsciente no qual conteúdos ficam impedidos de serem transformados e metabolizados pelo aparelho psíquico familiar. Tais conteúdos permanecem encriptados e marcados por lacunas, que contribuem para a formação de compromissos sintomáticos nas gerações subsequentes (Rehbein & Chatelard, 2013). Na categoria temática em questão foram alocados três artigos que abordaram essa temática.

Valdanha-Ornelas e Santos (2016) encontraram, na linhagem feminina das famílias, conteúdos psíquicos negativos relacionados às experiências com o corpo feminino, sexualidade e alimentação, que foram transmitidos entre as gerações sem a devida elaboração psíquica. A contraposição dos relatos de uma avó, de sua filha (que por sua vez era mãe de uma jovem com AN) e da própria paciente evidenciaram experiências, reiteradas entre as gerações, que envolviam pouco cuidado afetivo entre mães e filhas, o que estava relacionado a vivências precoces com marcas de insatisfação corporal.

Em consonância com esses achados, Valdanha-Ornelas e Santos (2017) observaram nessas famílias que a presença da figura masculina é frágil, opaca e pouco relevante, padrão que havia se repetido nas duas gerações anteriores (avó e mãe) à da filha acometida pelo distúrbio alimentar. Essas considerações apontam para a necessidade de implementar medidas que possibilitem a inclusão dos pais no tratamento das filhas com TAs. Nessa direção, Valdanha, Scorsolini-Comin e Santos (2013) recomendam programar estratégias de atendimento psicológico que priorizem a fala e a escuta da família em conjunto, a fim de criar um espaço terapêutico que permita o entendimento e simbolização de conflitos transgeracionais, de modo a romper o ciclo de transmissão psíquica que tende a perpetuar os sintomas e os padrões vinculares disfuncionais na família.

Percebe-se que os autores buscaram, nos três artigos mencionados, destacar a temática da transgeracionalidade, investigando sua possível influência no desenvolvimento e manutenção dos sintomas de TAs. Em vista dos resultados, pode-se conceber que a transgeracionalidade e seus aspectos singulares, como a feminilidade e a sexualidade, estão intimamente relacionados aos sintomas de anorexia e bulimia, sendo possivelmente o elo de conexão com os familiares e a ancestralidade. Uma vez mais os estudos enfatizam a importância de incluir a família no tratamento, de maneira a dar voz e protagonismo à figura paterna e possibilitar a elaboração dos elementos psíquicos que permanecem encriptados na cadeia intergeracional.

Categoria 3 — Experiência de sofrimento dos cuidadores familiares

Nos últimos anos foram envidados esforços para compreender as experiências de cuidadores de indivíduos acometidos por TAs, com a finalidade de ampliar a assistência para alcançar também suas necessidades. Bezance e Holliday (2014) investigaram a experiência de mães de pacientes com AN que estavam em tratamento domiciliar como alternativa à internação hospitalar. Foi possível constatar a efetividade do acompanhamento domiciliar, que proporcionou a acomodação da paciente num ambiente já conhecido e de conforto, ao lado de pessoas de sua confiança. Além disso, algumas mães relataram sentimento de segurança ao perceberem que podiam contar com o apoio da equipe em seus domicílios e ao adquirirem melhor compreensão do papel da família no cuidado de suas filhas. Contudo, essa modalidade de tratamento não foi capaz de sanar todas as adversidades que acompanham a evolução do paciente com TA, quando aplicada de maneira isolada de outras modalidades de assistência.

O estudo de Wright (2015) documentou a importância do “maternalismo profissional”, característica considerada pela autora como positiva e necessária para o processo de recuperação das pacientes, bem como para a oferta consistente de apoio aos pais e mães, que também sofrem inúmeras atribulações e podem desenvolver vários sintomas em decorrência da sobrecarga que enfrentam no papel de cuidadores. A prática do maternalismo profissional inclui ajuda tipificada como “de mulher para mulher”, oferta de abraço acolhedor frente ao choro de alguma paciente ou ações que proporcionem senso de segurança capaz de facilitar a passagem da paciente pela experiência excruciante do TA. O trabalho com os pais também é importante para lhes proporcionar amadurecimento e indepen-

dência para o enfrentamento do quadro clínico da filha, nos diversos estágios de evolução do transtorno.

O envolvimento emocional das mães, no exercício de seu papel de cuidadoras, quase sempre implica sobrecarga de experiências de cuidado, visto que elas são culturalmente eleitas e naturalizadas como as responsáveis pela tarefa de acompanhar as filhas adoecidas no tratamento e pela maior quantidade de tempo investido nos cuidados emocionais e de alimentação (em média 2,5 horas por dia), enquanto que os pais (genitores masculinos) gastavam em média uma hora por dia (Rhind et al., 2016). O fardo subjetivo foi considerado árduo, “pesado”, gerador de angústias e ansiedades em mães e pais, com impacto mais intenso nas mães. A figura paterna foi considerada um apoio potencial e fonte de experiências positivas no cuidado de um filho com TA, o que reforça a importância de incluir os pais no plano terapêutico, buscando também aliviar a sobrecarga materna e atenuar os níveis de ansiedade das mães (Anastasiadou, Sepulveda, Parks, Cuellar-Flores & Graell, 2016).

Categoria 4 — Experiência de grupos terapêuticos e redes de apoio

Com relação às experiências de familiares de indivíduos com TAs em grupos de apoio, o estudo de Souza e Santos (2012) evidenciou que existem limitações quanto à participação efetiva dos familiares, visto que nem sempre há disponibilidade de recursos suficientes (especialmente de ordem emocional e financeira) nas famílias para lidarem adequadamente com os sintomas, resultando na baixa assiduidade aos encontros grupais, mesmo no contexto de tratamento gratuito oferecido por serviço vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, os autores enfatizaram que o mínimo produzido pelos familiares dentro dos grupos terapêuticos deve ser valorizado como uma contribuição relevante para o tratamento multidisciplinar para os TAs.

Os estudos de Leonidas e Santos (2013, 2015a) abordaram as redes de apoio de mulheres com TAs, com resultados que indicam dificuldades em manter e nutrir os vínculos afetivos com a família e amigos. Todavia, apesar dessas adversidades, as participantes atribuíram grande importância à rede social familiar, que foi considerada como sua principal fonte de apoio, capaz de amenizar o isolamento social e auxiliar durante o tratamento. Considerando-se a vulnerabilidade dessas famílias, os autores enfatizaram a necessidade de trabalho com as redes sociais, por conta da distribuição das responsabilidades de cuidados – o que colabora para mitigar a sobrecarga dos membros familiares ungedos como cuidadores “oficiais”

– e contemplar as demandas dos próprios familiares de inclusão no tratamento, possibilitando maior efetividade dos recursos mobilizados no cuidado.

A partir dos dados obtidos pelos estudos sobre as experiências em grupos terapêuticos e redes de apoio às pessoas acometidas por TAs, foi possível consignar a relevância das relações familiares e do empoderamento da família nos contextos social, pessoal e doméstico, assim como nos grupos de apoio coordenados por profissionais da saúde. À medida que a família, reconhecida como principal rede de sustentação e apoio social, se responsabiliza e se apropria do tratamento do familiar acometido, a comunicação com a equipe torna-se mais acessível e transparente. Conseqüentemente, a participação de todos – família e membro acometido – no tratamento torna-se mais integrada e produtiva.

Considerações finais

O presente estudo permitiu sintetizar e analisar a literatura brasileira e estrangeira dedicada ao contexto familiar dos TAs, contribuindo para o incremento do conhecimento na área. Os resultados das pesquisas selecionadas sugerem a necessidade de maior investimento na investigação de fatores que predisõem e mantêm ativos os sintomas e comportamentos disfuncionais dos pacientes, na perspectiva das relações familiares. De maneira geral, os estudos mostraram que influência é de dupla mão, isto é, a dinâmica familiar tanto pode afetar como ser afetada pela presença do membro acometido.

A família pode influenciar a precipitação e perpetuação dos sintomas de TAs nas seguintes esferas: relacionamento entre pais e filhas, que pode variar de emocionalmente distante a excessivamente protetor; relação fusional entre mães e filhas; dificuldades de comunicação entre os membros da família; características de personalidade dos pais; relacionamentos fraternos permeados por desconhecimento, por parte dos irmãos, a respeito da natureza psicológica dos TAs. Os estudos selecionados também enfatizaram a influência desses fatores sobre o prognóstico do(a) paciente, podendo em alguns casos ser o que fará a diferença entre o sucesso e o fracasso das intervenções.

No tocante à influência dos padrões de relacionamento familiar no âmbito dos TAs, destaca-se o padrão vincular estabelecido entre mãe e filha, tipicamente do tipo fusional, em detrimento do investimento na definição de contornos identitários que promovem autonomia e independência. Os estudos sugerem que essa configuração vincular é crucial para a compreensão psicológica dos TAs e que sua identificação pelo profissional é um passo necessário para a promoção

de estratégias de intervenção psicoterapêutica que abarquem o(a) paciente e sua família. Desse modo, explorar as nuances psicológicas da relação mãe-filha parece ser importante para definir a abordagem terapêutica mais apropriada, especialmente no contexto da AN, uma vez que se compreende que as particularidades que revestem esse vínculo podem estar na raiz dos impasses e complicações que emergem no relacionamento da dupla.

A relação intensa e ambivalente entre mãe e filha com AN é singular em vários sentidos, marcada pelo medo do abandono e falta de autonomia, o que leva a dupla a experienciar dificuldades no processo de separação, diferenciação e individuação. Isso dá a dimensão peculiar dos desafios que aguardam o psicoterapeuta e demais profissionais que compõem a equipe interdisciplinar. As dificuldades no nível do vínculo são transpassadas por sentimentos ambivalentes, uma vez que se observa que claramente existe amor e desejo de manter proximidade, porém fortes sentimentos de ódio aparecem quando uma delas (ou ambas) esboçam algum movimento na direção da separação/individuação, particularmente durante os períodos de transição que permeiam o ciclo de vida familiar. As dificuldades das filhas aparecem como sintomas clássicos da AN, que podem ser decodificadas como uma tentativa mal-sucedida de lograr a separação da dupla no plano psíquico. A expressão sintomática que reveste o conflito de base aparece como uma formação de compromisso entre instâncias psíquicas que travam uma luta descomunal com suas demandas antagônicas.

Alguns estudos trouxeram a importância de fortalecer a articulação das redes de apoio do(a) paciente e de investir nas tarefas de *cuidar do cuidador*, que na maioria das vezes é a mãe. O desenvolvimento de ações e estratégias que abarquem as necessidades dos cuidadores e que incluam a família como rede de apoio no tratamento é de vital importância para que se possa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde disponíveis. Tal melhora qualitativa dos serviços especializados em TAs demanda políticas que possam contemplar também as necessidades dos profissionais de saúde e, assim, contribuir para o aperfeiçoamento do serviço e o atendimento dos familiares e das pessoas adoecidas.

Ao examinar os referenciais metodológicos que fundamentaram os estudos, foi possível verificar que a maioria dos artigos encontrados tinha delineamento metodológico não experimental, descritivo e exploratório, com enfoque de pesquisa qualitativa. Notou-se ainda ausência de estudos com ensaios clínicos randomizados e um pequeno número de estudos quase-experimentais. Recomenda-se que futuramente estudos randomizados controlados, como os experimentais, sejam conduzidos no campo de estudo dos TAs e as relações familiares.

Em suma, os estudos selecionados nesta revisão mostraram a existência de estreita associação entre os sintomas de TAs e os padrões de relacionamento, características de personalidade e padrões de comunicação dos membros da família. Ressalta-se a importância da exploração de estratégias de facilitação do cuidado integral às pessoas com TAs, que englobem efetivamente a família e outras redes de apoio social da(o) paciente.

A presente revisão apresenta como principal limitação o baixo número de estudos disponíveis nas bases de dados consultadas. No entanto, apesar dessa limitação, considera-se que a amostra de estudos incluídos é expressiva e sua análise ofereceu valiosas contribuições para o conhecimento a respeito dos fatores familiares que contribuem para a ocorrência dos TAs, além de deixarem em aberto a possibilidade de futuras pesquisas que poderão aprofundar os campos acadêmico, clínico e profissional acerca do tema em questão.

Referências

- Amianto, F.; Daga, G. A.; Bertorello, A.; Fassino, S. (2013). Exploring personality clusters among parents of ED subjects: Relationship with parents' psychopathology, attachment, and family dynamics. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 797-811. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.005>
- Anastasiadou, D.; Sepulveda, A. R.; Parks, M.; Cuellar-Flores, I.; Graell, M. (2016). The relationship between dysfunctional family patterns and symptom severity among adolescent patients with eating disorders: A gender-specific approach. *Women & Health*, 56(6), 695-712. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1118728>
- Arroyo, A.; Segrin, C. (2013). Family interactions and disordered eating attitudes: The mediating roles of social competence and psychological distress. *Communication Monographs*, 80(4), 399-424. <https://doi.org/10.1080/03637751.2013.828158>
- Arruda-Colli, M. N. F.; Perina, E. M.; Mendonça, R. M. H.; Santos, M. A. (2015). Intervenção psicológica com familiares enlutados em oncologia pediátrica: Revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e Prática*, 17(2), 20-35. <https://doi.org/10.15348/1980-6906>
- Arruda-Colli, M. N. F.; Santos, M. A. (2015). Aspectos psicológicos da recidiva em Oncologia Pediátrica: Uma revisão integrativa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 75-93. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v67n3/07.pdf>
- Balottin, L.; Mannarini, S.; Mensi, M. M.; Chiappedi, M.; Gatta, M. (2017). Triadic interactions in families of adolescents with anorexia nervosa and families of adolescents with internalizing disorders. *Frontiers in Psychology*, 7, article 2046. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02046>

- Bezance, J.; Holliday, J. (2014). Mothers' experiences of home treatment for adolescents with anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 22(5), 386-404. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.925760>
- Braun, V.; Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Campos, L. K. S.; Sampaio, A. B. R. F.; Garcia Jr., C.; Magdaleno Jr., M., Battistoni, M. M. M.; Turato, E. R. (2012). Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: Implications for treatment and prognosis. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(1), 13-18. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892012000100004>
- Cerniglia, L.; Cimino, S.; Tafà, M.; Marzilli, E.; Ballarotto, G.; Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: Family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 305-312. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145463>
- Cesnik, V. M.; Santos, M. A. (2012a). Do the physical discomforts from breast cancer treatments affect the sexuality of women who underwent mastectomy? *Journal of School of Nursing USP*, 46(4), 1001-1008. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400031>
- Cesnik, V. M.; Santos, M. A. (2012b). Mastectomia e sexualidade: Uma revisão integrativa da produção científica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 339-349. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000200016>
- Cobelo, A. W.; Gonzaga, A. P. (2012). The mother-daughter relationship in eating disorders: The psychotherapy group of mothers. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(3), 657-667. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000500003>
- Cobelo, A. W.; Saikali, M. O.; Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 184-187. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400011>
- Dimitropoulos, G.; Herschman, J.; Toulany, A.; Steinegger, C. (2016). A qualitative study on the challenges associated with accepting familial support from the perspective of transition-age youth with eating disorders. *Eating Disorders*, 24(3), 255-270. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1064276>
- Diniz, A.; Pillon, S. C.; Monteiro, S.; Pereira, A.; Gonçalves, J.; Santos, M. A. (2017). Elderly substance abuse: An integrative review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 19(2), 23-41. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p23-41>
- Ercole, F. F.; Melo, L. S.; Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 9-11. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
- Forsberg, S.; LoTempio, E.; Bryson, S.; Fitzpatrick, K. K.; Le Grange, D.; Lock, J. (2014). Parent-therapist alliance in family-based treatment for adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(1), 53-58. <https://doi.org/10.1002/erv.2242>

- Hansson, E.; Daukantaitė, D.; Johnsson, P. (2017). Disordered eating and emotion dysregulation among adolescents and their parents. *BMC Psychology*, 5(12), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0180-5>
- Hillard, E. E.; Gondoli, D. M.; Corning, A. F.; Morrissey, R. A. (2016). In it together: Mother talk of weight concerns moderates negative outcomes of encouragement to lose weight on daughter body dissatisfaction and disordered eating. *Body Image*, 16, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.09.004>
- Horesh, N.; Sommerfeld, E.; Wolf, M.; Zubery, E.; Zalsman, G. (2015). Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.04.004>
- Hughes, R. G. (ed.) (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. AHRQ Publication nº 08-0043. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Lampis, J.; Agus, M.; Cacciarru, B. (2014). Quality of family relationships as protective factors of eating disorders: An investigation amongst Italian teenagers. *Applied Research in Quality of Life*, 9(2), 309-324. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9234-x>
- Latzer, Y.; Katz, R.; Berger, K. (2015). Psychological distress among sisters of young females with eating disorders: The role of negative sibling relationships and sense of coherence. *Journal of Family Issues*, 36(5), 626-646. <https://doi.org/10.1177/0192513X13487672>
- Leonidas, C.; Santos, M. A. (2013). Redes sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 561-571. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000300016>
- Leonidas, C.; Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: An integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915-927. <https://doi.org/10.2147/NDT.S60735>
- Leonidas, C.; Santos, M. A. (2015a). Relacionamentos afetivo-familiares em mulheres com anorexia e bulimia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(2), 181-191. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015021711181191>
- Leonidas, C.; Santos, M. A. (2015b). Family relations in eating disorders: The Genogram as instrument of assessment. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1435-1447. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.07802014>
- Leonidas, C.; Santos, M. A. (2017). Emotional meanings assigned to eating disorders: Narratives of women with anorexia and bulimia nervosa. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.emae>
- Lewis, S.; Katsikitis, M.; Mulgrew, K. (2015). Like mother, like daughter? An examination of the emotive responses to food. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 828-838. <https://doi.org/10.1177/1359105315573442>
- Leys, C.; Kotsou, I.; Goemanne, M.; Fossion, P. (2017). The influence of family dynamics on eating disorders and their consequence on resilience: A mediation model. *The American Journal of Family Therapy*, 45(2), 123-132. <https://doi.org/10.1080/01926187.2017.1303654>

- Lyke, J.; Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors*, 14(4), 497-499. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.08.00>
- Machado, V.; Leonidas, C.; Santos, M. A.; Souza, J. (2012). Psychiatric readmission: An integrative review of the literature. *International Nursing Review*, 59(4), 447-457. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01011.x>
- Morgan, C. M.; Vecchiatti, I. R.; Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl III), 18-23. <https://doi.org/0.1590/S1516-44462002000700005>
- Moura, F. E. G. A.; Santos, M. A.; Ribeiro, R. P. P. (2015). A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 233-247. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200008>
- Mushquash, A. R.; Sherry, S. B. (2013). Testing the perfectionism model of binge eating in mother-daughter dyads: A mixed longitudinal and daily diary study. *Eating Behaviors*, 14(2), 171-179. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.02.002>
- Oliveira, E. A.; Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: A ótica do psicodiagnóstico. *Medicina, Ribeirão Preto*, 39(3), 353-360. <https://www.revistas.usp.br/rmnp/article/view/391/392>
- Perkins, P. S.; Slane, J. D.; Klump, K. L. (2013). Personality clusters and family relationships in women with disordered eating symptoms. *Eating Behaviors*, 14(3), 299-308. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.007>
- Rehbein, M. P.; Chatelard, D. S. (2013). Transgeracionalidade psíquica: Uma revisão de literatura. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(3), 563-583. <https://doi.org/0.1590/S1984-02922013000300010>
- Rhind, C.; Salerno, L.; Hibbs, R.; Micali, N.; Schmidt, U.; Gowers, S.; Macdonald, P.; Goddard, E.; Todd, G.; Tchanturia, K.; Lo Coco, G.; Treasure, J. (2016). The objective and subjective caregiving burden and caregiving behaviours of parents of adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 310-319. <https://doi.org/10.1002/erv.2442>
- Santos, M. A. (2017). Câncer e suicídio em idosos: Determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3061-3075. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.05882016>
- Santos, M. A.; Leonidas, C.; Costa, L. R. S. (2017). Grupo multifamiliar no contexto dos transtornos alimentares: A experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(3), 43-58. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v68n3/05.pdf>
- Silva, N. M.; Santos, M. A.; Rosado, S. R.; Galvão, C. M.; Sonobe, H. M. (2017). Psychological aspects of patients with intestinal stoma: Integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2950. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2231.2950>

- Soares, C. B.; Hoga, L. A. K.; Peduzzi, M.; Sangaleti, C.; Yonekura, T.; Silva, D. R. A. D. (2014). Revisão integrativa: Conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48(2), 335-345. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020>
- Sopezki, D.; Vaz, C. E. (2008). O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. *Interação em Psicologia*, 12(2), 267-275. <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewArticle/7831>
- Souza, L. V.; Santos, M. A. (2012). Familiares de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares: Participação em atendimento grupal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(3), 325-334. <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n3/a08v28n3.pdf>
- Valdanha, E. D.; Scorsolini-Comin, F.; Peres, R. S.; Santos, M. A. (2013). Influência familiar na anorexia nervosa: Em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 225-233. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000300007>
- Valdanha, E. D.; Scorsolini-Comin, F.; Santos, M. A. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 71-88. <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n1/06.pdf>
- Valdanha-Ornelas, E. D.; Santos, M. A. (2016). Family psychic transmission and Anorexia Nervosa. *Psico-USF*, 21(3), 635-649. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210316>
- Valdanha-Ornelas, E. D.; Santos, M. A. (2017). Transtorno alimentar e transmissão psíquica transgeracional em um adolescente do sexo masculino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 176-191. <https://doi.org/10.1590/1982-370300287-15>
- Vázquez-Velázquez, V.; Kaufer-Horwitz, M.; Méndez, J. P.; García-García, E.; Reidl-Martínez, L. M. (2017). Eating behavior and psychological profile: Associations between daughters with distinct eating disorders and their mothers. *BMC Women's Health*, 17(74), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0430-y>
- Vos, J. A.; LaMarre, A.; Radstaak, M.; Bijkerk, C. A.; Bohlmeijer, E. T.; Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: A systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5(34), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>
- Whittemore, R.; Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Wright, K. M. (2015). Maternalism: A healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 431-439. <https://doi.org/10.1111/jpm.12198>

Recebido em 03 de setembro de 2018
 Aceito para publicação em 23 de fevereiro de 2019

REPRESENTAÇÃO DA INFÂNCIA E REPRESENTATIVIDADE INFANTE: POSIÇÕES ÉTICO-POLÍTICAS

*CHILDHOOD REPRESENTATION AND REPRESENTATIVENESS
OF CHILDREN: ETHICAL-POLITICAL STANCES*

*LA REPRESENTACION DE LA NIÑEZ E LA REPRESENTATIVIDAD
DE LOS NIÑOS: POSICIONES ÉTICO-POLÍTICAS*

*Eduardo de Carvalho Martins **

*Cassio Vinícius Afonso Viana ***

RESUMO

Este trabalho visa a mapear, com base nas experiências do Instituto Camará Calunga de São Vicente, SP, os fundamentos e efeitos do uso de metodologias participativas com crianças e adolescentes, tendo em vista sua inserção nos dispositivos de produção e discussão no campo das políticas públicas. Para tanto, nos debruçamos sobre a presença delas em eventos destinados a debater os direitos da criança e do adolescente, como, por exemplo, acompanhar o processo de constituição de um bloco carnavalesco em defesa desses direitos. Foi possível identificar alguns fundamentos amparados na crítica das formas de representatividade política infante, muitos deles ligados às representações sobre a infância a partir de uma visão “adultocentrada”. Concluímos que as metodologias desempenharam papel relevante nas posturas ético-políticas das crianças e adolescentes, apontando para a importância da crítica em relação aos espaços simbólicos e concretos que a infância vem ocupando na vida pública em relação às formas de participação política. A alteração dos modos de interação com as crianças acabou contribuindo para os novos modos de implicação dos sujeitos infantes.

Palavras-chave: infância; direitos humanos; direitos da criança; tecnologia social.

* Professor-Pesquisador do Departamento de Pós-Graduação em Coordenação Pedagógica, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Psicólogo pela Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos, SP, Brasil.
email: martins21@unifesp.br

** Mestrando do Programa Interdisciplinar em Ciência da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Campus Baixada Santista, Santos; Gestão do Instituto Camará Calunga, São Vicente, SP, Brasil.
email: cassioviana@live.com

ABSTRACT

This paper proposes a discussion, based on the experiences of the Camará Calunga Institute of São Vicente, SP, of the fundamentals and effects of participatory methodologies with children and teenagers, regarding their insertion in the production and discussion mechanisms in the field of public policies. To that end, we focus on their presence in events designed to discuss the rights of children and teenagers, such as the process of setting up a carnival 'bloco' in defense of these rights. It was possible to identify some fundamentals based on the criticism of the forms of childhood political representation, many of them linked to representations about childhood from an "adult-centered" viewpoint. It is concluded that participatory methodologies played a fundamental role in the ethical-political stances of children and teenagers, pointing to the importance of criticism in relation to the symbolic and actual spaces that childhood has been holding in public life in relation to the forms of political participation. Altering the modes of interaction with the children has contributed to new modes of implication of children subjects.

Keywords: childhood; human rights; children rights; social technology.

RESUMEN

Este trabajo pretende mapear, basándose en las experiencias del Instituto Camará Calunga de São Vicente, SP, los fundamentos y efectos del uso de metodologías participativas con niños y adolescentes, teniendo en vista sus inserciones en los dispositivos de producción y discusión en el campo de las políticas públicas. Para eso, acompañamos ellos en eventos destinados a debatir los derechos del niño y del adolescente, como, por ejemplo, el proceso de constitución de un 'bloco' de carnaval en defensa de estos derechos. Fue posible identificar algunos fundamentos amparados en la crítica de las formas de representatividad política de los niños, muchos de ellos ligados a las representaciones sobre la infancia a partir de una visión "adultocentrada". Concluimos que las metodologías desempeñaron un papel relevante en las posturas ético-políticas de los niños y adolescentes, apuntando a la importancia de la crítica en relación a los espacios simbólicos y concretos que la niñez viene ocupando en la vida pública en relación a las formas de participación política. La alteración de los modos de interacción con los niños acabó contribuyendo a los nuevos modos de implicación de los sujetos infantiles.

Palabras clave: infancia; derechos humanos; derechos del niño; tecnología social.

Introdução

Assim, o radioso embrião da cidadania é esvaziado na sua essência, contido nas originalidades que traz ao mundo. Seus direitos jazem nos cemitérios de letras mortas. Não é sujeito, é objeto. Seu potencial é sepultado com textos que declaram seus direitos (...). (Campos Jr., 2012, p. 18)

Ao nos debruçamos sobre a produção de análises acerca dos lugares – materiais, culturais, políticos – destinados e ocupados pela infância, falamos das infâncias quase exclusivamente a partir da diversidade de vozes adultas. Ainda que nos esforcemos em falar algo “para” as crianças, estamos explícita ou sub-repticiamente tratando de falar “sobre” as crianças. Na ínfima minoria dos casos falamos “junto com” as crianças e, quando assim o fazemos, costumamos reiterar uma estrutura relacional vertical, ocasião para que diferenças se traduzam em assimetrias das relações de poder. Nesse processo de indução de uma afonia infantojuvenil, quase nunca paramos de falar, teorizar e analisar, e raramente nos abrimos a uma escuta atenta que permita às crianças exercitar algum discurso sobre si mesmas. Amparadas numa representatividade bem-intencionada, nossas falas são justificadas com base na proteção da infância, destinadas a resguardá-la de sua imaturidade afetiva e insuficiência cognitiva. Desse modo, nós, adultos, produzimos uma miríade de psicologias, pedagogias e políticas, nos apropriando historicamente da voz e das pautas das crianças no que diz respeito ao gerenciamento integral de seus corpos, territórios existenciais, desejos, leituras de mundo e projetos de vida. Em tal tarefa, desenvolvemos dispositivos de produção de saberes – e exercício de poderes – que produzem efeitos sobre a chamada invenção da infância:

Mais do que qualquer outro grupo social, nas ciências sociais e humanas, as crianças foram constituídas como simples objeto de conhecimento, coisificadas no esforço de objetivação com que o positivismo se propõe estabelecer a relação de conhecimento (...). (Soares, Sarmiento & Tomás, 2005, p. 50)

Para Philippe Ariès (1981), a invenção da infância, tal como entendida na atualidade, é propiciada por uma série de fatores históricos, culturais e econômicos, responsáveis pela construção social de certa compreensão hegemônica. Essa ideia é tida como um fenômeno histórico recente, atravessado por constantes mudanças.

O autor questiona as concepções universalizantes e naturalizantes baseadas em leituras excludentes sobre outras infâncias, dado que visam a versar sobre uma suposta ontologia ou “essência” infante, de cunho transcendental, condição e finalidade última de toda vivência infantil. As percepções sobre a infância, portanto, embora se constituam como construções sociais, apresentam diferentes significados conforme seus diferentes destinatários, sendo passíveis de apreensões críticas.

Arroyo e Silva (2012), por sua vez, enfatizam que nem toda infância foi reconhecida nessa história. Assim, é necessário identificar também os múltiplos processos históricos para que a condição de sujeitos das crianças não seja negada em função de supostas autorresponsabilizações de seus atos, famílias ou origens. Os autores questionam se as pesquisas e teorias têm sido capazes de reconhecer as histórias de precarização envolvendo infâncias específicas, e se elas têm propiciado o devido espaço para o direito das crianças se reconhecerem positivamente. Esse exercício crítico, por sua vez, precisa ser investido daquilo que os autores denominam de positividade ética acumulada, apontando para “outra ética e outra epistemologia, outros estudos e outra história da infância” (Arroyo & Silva, 2012, p. 54).

Essa tarefa se torna relevante por possibilitar que o questionamento e compreensão das distintas concepções de infância em sucessivos momentos históricos possam contribuir para se pensar o contemporâneo e as emergências de novos olhares, permitindo a desnaturalização de saberes e práticas, bem como o olhar atento sobre discursos consolidados. Tal cuidado teórico-metodológico visa a contribuir para que o processo de construção social da infância instigue a conhecer apuradamente a realidade social, de forma que as ações também adquiram um sentido de produção de novas realidades e não de meras reproduções instrumentalizadas de saberes e técnicas. Tais saberes podem conduzir ao que Boaventura Santos (2000, p. 17) denomina hipercientificação da emancipação, descrito como o predomínio danoso de certo tipo de conhecimento (científico-instrumental) sobre outros (éticos, estéticos, comunitários, políticos). Essa preocupação é endossada por uma tradição que critica as interpretações – adultas – sobre a infância, usualmente tomadas como isentas, neutras e científicas.

Outros autores também defendem posturas ativas contra práticas de desumanização amparadas por uma razão excessivamente instrumental. Ao constituir um campo discursivo hiperespecializado e instaurar monoculturas das práticas e do saber, a infância passou a ser cada vez submetida ao domínio exclusivo de saberes autorizados:

As tarefas de traduzir e de interpretar o que é interesse da criança e do jovem, o que deve mudar em suas vidas, e o que deve ser aí pre-

servado, são, nas sociedades ocidentais modernas, desempenhadas pelos que se qualificam como mais experientes, ou como “profissionais” que detêm o saber autorizado. (Castro, 2008, p. 3)

Os dispositivos de saber e poder que incidem sobre a criança, por meio de um apriorismo que contribuiu para condicioná-la em uma infância cristalizada, faz com que não consigamos separar mais o sujeito infante de uma visão prevalente da infância. Essa concepção se fortalece nas normatizações jurídicas, disciplinares, pedagógicas, entre outras: “há uma infância que modela a criança. Quem concebe a infância é o adulto, que a pensa de maneira pregressa e assim retira a potência e a possibilidade de transformação que há na própria infância” (Abramowicz & Rodrigues, 2014, 465).

Na contramão dessa vertente, Freire (1996) aponta para a autonomia do ser dos educandos – infantes ou não – indicando, sobretudo, uma vocação ontológica para o “Ser Mais” de todo sujeito. A “inconclusão” do humano, longe de representar uma falha em sua ação no mundo, demonstra uma resistência ativa em relação às posturas preconcebidas, fatalistas e deterministas. O fatalismo, este sim, convidaria o sujeito a uma posição de imobilidade, negação do ser como presença no mundo, antagônico à proposta ética freiriana: “seria incompreensível se a consciência de minha presença no mundo não significasse já a impossibilidade de minha ausência na construção da própria presença” (Freire, 1996, p. 11).

No campo dos dispositivos jurídicos, o Brasil torna-se signatário da Convenção dos Direitos da Criança em 1990, promulgando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a partir de uma participação intensa de meninos(as) em situação de rua, em articulação com educadores sociais e a sociedade civil. O ECA tem sido um marco na conquista de direitos, ainda que muitas dessas garantias estejam apenas nas letras e na produção acadêmica *sobre* a infância e adolescência, sendo muito pouco produzido *com* elas e na afetação diária de suas realidades. Entretanto, é a partir da defesa desses marcos legais que certa concepção ético-política do que é ser criança e/ou adolescente começa a alterar paradigmas históricos como, por exemplo, o reconhecimento das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos.

Os questionamentos de Castro (2008) são bem-vindos quando nos convidam a pensar que a garantia dos direitos das crianças e adolescentes precisa pôr em questão de onde vem e para onde nos conduz essa concepção de criança. E podemos ainda, seguindo as contribuições de Gondar (2004) e Rosa (2013, p. 30), atentar para a dimensão clínica desse questionamento, uma vez que “política e sociedade são termos que relançam e explicitam a articulação da constituição

subjetiva com o desejo, o gozo e a dimensão dos laços sociais como laços discursivos”. Assim, poderíamos enfatizar a questão: estariam as concepções de criança e infância se efetivando em dispositivos que contribuem para que as crianças e adolescentes se tornem cada vez mais sujeitos de suas próprias histórias? Esta não é uma pergunta qualquer. Por um lado, a garantia dos direitos, tal como formulada, coloca em pauta a questão de saber a quem se destinam tais arcabouços jurídicos, apontando para a necessidade de se aprofundar a discussão sobre quem são esses sujeitos. Por outro lado, a fim de não perder a perspectiva instituinte que um processo de reconhecimento de direitos assume em uma sociedade em constante transformação, é importante reconhecer que esses mesmos direitos foram elaborados a partir de traduções e representatividades específicas, histórica e culturalmente localizadas:

Não é porque outorgamos direitos às crianças e jovens que podemos assumir uma boa consciência em relação a eles. Pelo contrário: são direitos delegados por outros, voz e expressão do outro, estratégia necessária por um momento, mas que demanda que se a ultrapasse para que cada um possa se assumir como falante. (Castro, 2008, p. 15)

Sem a intenção de nos aprofundarmos nesses documentos, é importante apontar as dificuldades que ainda permanecem e perpetuam posições ético-políticas pautadas em um “adultocentrismo” que compreende as crianças como sujeitos despolitizados e socialmente imaturos. O art. 12 da Convenção dos Direitos da Criança, por exemplo, garante:

Os Estados Partes assegurarão à criança *que estiver capacitada a formular seus próprios juízos* o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados com a criança, levando-se em consideração essas opiniões, *em função da idade e da maturidade da criança*. (Brasil, 1990, p. 143, grifo nosso)

No que diz respeito à participação política, a criança ainda continua a ser vista a partir de inúmeros condicionantes, ressalvas e classificações morais (imaturidade), numa racionalidade restritiva, ensejando questões que mereceriam aprofundamentos: quais são os critérios e atores que determinam a capacidade da criança em formular seus próprios juízos e participar das decisões relativas à vida social? Estariam elas representadas enquanto sujeitos de direitos e de fala em

relação à preponderância dos discursos produzidos por adultos habilitados por disciplinas e especialismos de toda ordem? A partir de quais concepções são determinadas as faixas etárias consideradas racionais ou maduras o suficiente para a expressão de opiniões e leituras de suas condições de vida e de suas permissões de influir sobre as dinâmicas de atuação em seus territórios e domínios existenciais? Como são levadas em consideração suas opiniões em relação às metodologias dos sistemas de ensino-aprendizagem, regimes de produção de lazer ou demais participações nos sistemas decisórios relacionados à gestão da vida cotidiana?

Considerando tais preocupações, Arroyo (2012) ressalta a importância de escutarmos essas infâncias e suas estratégias de aprendizagem desenvolvidas a despeito das pedagogias tradicionais, que em muitos casos funcionam como anti-pedagogias, ou como pedagogias do silenciamento – das falas, corpos e formas de expressão. Essa proposição pode ser também denominada de “pedagogia da escuta, porque respeita mais, prescreve menos e propicia que o encontro se dê” (Abramowicz, Levcovitz & Rodrigues, 2009, p. 182). Para tanto, é preciso cultivar uma mirada não apenas técnica e cognitiva, mas também afetiva e de escuta, direcionada às histórias de enfrentamento das crianças, que podem servir como ponto de partida para a consolidação de pedagogias da resistência e da libertação em relação às condições de estigmatização e segregação.

Apesar de notarmos um movimento associado à infância e adolescência que parece caminhar para o desenvolvimento de espaços dialógicos na produção da infância, podemos considerá-lo ainda embrionário, pois tem sido capturado por lógicas adultocêntricas e pelo argumento de autoridade pautado em uma espécie de fixação das representações adultas. Mesmo o bem-intencionado uso das “metodologias participativas” ainda costuma se pautar no predomínio ou exclusividade do lugar de fala adulto. Desse modo, não é raro que adultos se encontrem desconfortáveis diante da proposta de produzir algum tipo de material a partir de uma escuta genuína das crianças, entendidas como produtoras de falas sobre si mesmas e sobre seus desejos. Constituir processos dialógicos com as crianças faz com que os adultos tenham que se deparar com lógicas – de tempo, de afeto, relacionais – distintas, e com linguagens inéditas que exigem disposição e abertura. Essas disponibilidades no contato com a criança podem demandar processos de reconfiguração das subjetividades que, no entanto, estão usualmente pautadas pela lógica laboral acelerada e padronizada, pela centralidade das interações verbais e pela apropriação cognitiva de um conjunto de certezas pouco passíveis de revisão – o que poderíamos generalizar como características frequentes exigidas do adulto ocidental contemporâneo. De acordo com Viana, Imbrizi e Jurdi:

(...) é fazer um movimento que contrarie a lógica operante da valorização da fala racional, construída de forma lógica e de maneira facilmente compreensível, e se proponha, assim, a outras formas de se relacionar e ouvir as crianças. Ouvi-las por meios em que sejam permitidas fantasias, imaginação e criativas formas de olhar para si e para o mundo (...). (Viana, Imbrizi & Jurdi, 2017, p. 2)

Nesse sentido, é frequente observarmos que nos eventos ou processos formativos destinados às crianças e adolescentes – no campo dos movimentos sociais e nas deliberações institucionais, conselhos e convenções – as metodologias criadas para o diálogo com as crianças sobre suas leituras e opiniões políticas continuam sendo as chamadas “metodologias lúdicas”. Elas, aparentemente, visam a garantir voz e vez às crianças, procurando reconhecer as diferentes linguagens que as faixas etárias possuem para poder incorporá-las aos processos decisórios. No entanto, é possível afirmar que essas técnicas têm sido insuficientes para garantir a efetividade de suas intenções, dado que muitas continuam a cumprir uma função de distorção, desqualificação ou minimização do papel e das falas das crianças, chegando até um completo silenciamento.

Como exemplo dessa contradição metodológica, observamos adultos frequentemente desenvolvendo processos deliberativos apartados das crianças. Tal constatação é evidenciada na própria constituição dos espaços deliberativos, que pouco “misturam” crianças com adultos. Os ambientes destinados às crianças para reflexão sobre suas condições se tornam espaços voltados apenas à recreação, às brincadeiras ou à produção de cartazes e desenhos. Na prática, essa metodologia de produção documental, baseada em estratégias motivacionais de circulação da palavra dos sujeitos infantes, engendra processos de desqualificação enunciativa e política: acaba funcionando como o “lúdico” que tampona, que cala.

Os documentos provenientes dessas propostas, quando lidos ou vistos, costumam ser encarados como instrumentos de contemplação – “bonitinhos”, “fofos” –, isto é, como registros irrelevantes para compor o conjunto dos registros legais. A metodologia “lúdica”, portanto, se torna ou manipulada ou meramente decorativa, num exercício de pseudoparticipação infante, conforme aponta Hart (1992). Estabelece-se, portanto, um regime seletivo de (des)autorização discursiva que oblitera os sujeitos de seus lugares de fala antes mesmo que seus enunciados possam ser proferidos. Nesse caso, não se trata de uma questão de pertinência lógica ou de validade enunciativa, mas da construção de profecias autorrealizadas (Merton & Merton, 1968, p. 477) de desqualificação simbólica e, por conseguinte, política.

Se os adolescentes têm conseguido escapar com algum êxito dessas lógicas da desautorização discursiva, em função de sua maior adaptação às propostas dialógicas tradicionais, as crianças ainda continuam sendo geograficamente apartadas de modo sistemático e “bem intencionado”, sendo direcionadas para espaços “próprios”, com “pretextos lúdicos” que, ao fim das contas, produz o efeito de exclusão em relação às deliberações centrais. Desse modo, elas são sistematicamente “educadas” a ocupar uma posição de alienação em relação às discussões ético-políticas, ficando relegadas ao isolamento e/ou silenciamento. Tais estratégias se pautam em concepções arraigadas que derivam, segundo Abramowicz e Rodrigues, de uma colonização das representações acerca da infância:

A insuficiência, a negatividade e a corrupção da criança fundam, na pedagogia tradicional, o direito do adulto à intervenção. A criança deve ser submetida a uma vigilância constante, não deve fazer nada por si mesma, o adulto deve mostrar-lhe tudo. (Abramowicz & Rodrigues, 2014, p. 463)

Associada à noção da infância entendida como negatividade e “assombrada pela ideia do déficit” (Kastrup, 2000, p. 373), as posições dos adultos se devem também à insuficiência de práticas dialógicas efetivas no plano social, que culmina na dificuldade ou incapacidade de entrar em contato efetivo com as produções das crianças, de ler seus textos, de conversar com elas em outras lógicas, linguagens e temporalidades, sendo “predominante uma orientação epistemológica que se relaciona com as crianças como se elas fossem desprovidas de capacidade de reflexão da ação” (Soares, Sarmiento & Tomás, 2005, p. 51).

Assim, é possível identificar que esses pressupostos sobre a infância permanecem arraigados mesmo nas iniciativas tidas como inovadoras e politicamente comprometidas. É preciso reconhecer que a noção de representatividade política é contraditória e perigosa, dado que abre espaço para o exercício de formas de sujeição, servidão e concentração de poder:

Como representantes, nunca saberemos, de forma inequívoca, se a linguagem que emprestamos às crianças e jovens que representamos, organiza de forma adequada seus interesses. Não somos crianças, e nem somos jovens; no máximo forjamos uma identificação, quase impossível, com o que imaginamos que possam ser seus anseios e interesses. (Castro, 2008, p. 4)

A lógica da representatividade, e, com ela, os equívocos que acompanham as traduções dessas linguagens, enviesadas por concepções sobre a infância a partir da falta, nos conduz a um cenário em que é possível dizer que o campo da infância ainda continua imerso num plano de grande invisibilidade política. As crianças, por não terem a expressão política socialmente valorizada, com lugares instituídos e com poder de proposição nos mais variados espaços institucionais, mais uma vez são representadas por outrem, tomando-lhes de “empréstimo” suas visões e seus modos de expressão.

É importante ressaltar que não se trata de anular as conquistas dos marcos legais, por mais que tenham sido erigidos sem a participação efetiva dos sujeitos a quem são destinados. Nossa abordagem segue outro enfoque, que é a investigação sobre a produção de metodologias efetivamente participativas e que, portanto, considerem a infância em sua positividade ético-política. Trata-se de questionar a própria etimologia da palavra infância – do latim *infantia*, sem fala – em direção ao entendimento da criança como copartícipe ativo do processo de construção da(s) infância(s), menos atravessada(s) pelas representatividades e representações adultas e mais afeitas às suas variadas formas de expressão. Trata-se, portanto, de uma investigação-convite, que visa a incitar ao deslocamento, ao desassossego, aos novos agenciamentos das relações que os adultos e as crianças estabelecem com as infâncias, e que não podemos prever com exatidão, constituindo, portanto, uma investigação fundamentalmente ética. Os movimentos insurgentes terão de ser feitos também por elas, ressignificando as relações de criança-infância e de criança-adulto. Nesse sentido, Ceccim e Palombini, ao tratar das positivities associadas ao exercício da infância, afirmam que “o universo é para ser experimentado e vivido. Crescer não é em uma direção e sentido; é invenção de direções e sentidos. Desenvolver-se não é amadurecer e ficar adulto; é detectar potências de vida e dar-lhes existência.” (Ceccim & Palombini, 2009, p. 308).

Manifestações lúdico-políticas: a experiência do Bloco carnavalesco EURECA (Eu reconheço o Estatuto da Criança e do Adolescente)

Quando indagamos sobre a utilização das “metodologias lúdicas”, não houve qualquer intenção de desqualificar a ludicidade, entendida como dispositivo relevante – até necessário – para a produção de efeitos participativos no processo de construção da infância pelas crianças. No entanto, é importante apontar que o uso dessas metodologias não pode ser visto como condição suficiente que

garantirá automaticamente a efetivação da representatividade infante. Afinal, devemos reconhecer que a compreensão do “lúdico” e da “ludicidade” pode ser pouco aprofundada e, portanto, ter pouca apropriação. Assim, uma banalização desses conceitos pode fazer com que sejam usados de forma simplista.

Com o intuito de não encerrar nem concluir essa discussão, mas investigar o potencial de tal aposta ética de trabalho, procuramos mapear um conjunto de práticas realizadas por um coletivo de crianças, adolescentes e educadores no tratamento de questões envolvendo o campo das políticas públicas voltadas à defesa dos direitos da criança e do adolescente. As práticas se pautaram na utilização de metodologias participativas, sem deixar de lado a dimensão lúdica daquilo que é concebido e produzido pelas próprias crianças e adolescentes. Procuramos mapear o potencial político do brincar e do sujeito brincante, bem como a importância dessa dimensão enquanto linguagem válida e produção crítica, sem desqualificá-la e sem aderir a um suposto argumento de autoridade adultocentrado.

As experiências serviram para mapear uma possível dimensão positiva do argumento crítico anteriormente desenvolvido. O trabalho não se limitou ao apontamento dos problemas presentes nas práticas hegemônicas, mas, sobretudo, procurou identificar caminhos de superação existentes que poderiam ser explorados e aprofundados. Assim, os relatos se tornam relevantes na contribuição ao campo de desenvolvimento de tecnologias sociais; eles permitem investigar práticas que visam a contribuir para que sujeitos, silenciados por dispositivos de concentração de poder e saber, possam encontrar meios de produção de visibilidade social e de valorização de seus lugares de fala. Assim, tais experiências constituem importantes etapas do desafio da produção de saberes que contribuam para o avanço na formulação e execução de políticas públicas a partir das ações realizadas *pelos e com* as crianças e adolescentes, e não mais apenas *sobre* elas ou *para* elas.

1 — O Bloco carnavalesco EURECA

O Instituto Camará Calunga, localizado na cidade de São Vicente, SP, é proponente, há mais de treze anos, de um bloco de carnaval que sai às ruas – assim como blocos e escolas de samba em todo o Brasil – pautando o Estatuto da Criança e do Adolescente, com diferentes enfoques a cada ano. O bloco carnavalesco EURECA (Eu Reconheço o Estatuto da Criança e do Adolescente) se constituiu como movimento artístico-político de reconhecimento, promoção e luta pelos direitos de crianças e adolescentes, e é atualmente considerado como a

maior atividade de mobilização permanente pelos direitos da criança e do adolescente no Brasil (Viana & Franca, 2017, p. 783).

No estado de São Paulo, movimentos e instituições do campo da infância e da adolescência se articulam em rede para a produção deste bloco em diferentes cidades e regiões. Por exemplo, o bloco sai às ruas há 25 anos na cidade de São Bernardo do Campo, a primeira proponente-sede da experiência, através do Projeto Meninos e Meninas de Rua.

O bloco tem como princípio ético e como metodologia principal o protagonismo das crianças e adolescentes em todas as etapas de concepção e execução, incluindo: a escolha temática de cada ano, com encontros visando debater os assuntos pertinentes; a produção do logotipo, que articula com o mote central e com o samba-enredo; a escrita do samba-enredo, com os posteriores processos de gravação e divulgação da trilha sonora utilizada nos desfiles; a composição harmônica e sustentação da bateria; a produção das coreografias, alegorias e confecção de instrumentos; e a concepção, preparação e realização dos eventos de formação em um calendário anual:

No coletivo, o movimento não é só de outra linguagem, mas lugar de subjetivação, onde o corpo é instrumento de pôr em cena suas vibrações. Interferências estas que são políticas. A Bateria vai se fazendo movimento social. O povo ensaia outra melodia pra cidade, e são os meninos e meninas que fazem essa música. (Viana & Franca, 2017, p. 783)

Todo o processo de produção dos desfiles acontece numa perspectiva de trabalho em rede, com tema único para as cidades proponentes, definido em rodas de conversas e assembleias de crianças, adolescentes e adultos, que, conjuntamente, decidem de forma horizontal sobre o tópico mais relevante na luta pela garantia de direitos. Aos educadores cabe a tarefa de mediação das propostas dos protagonistas, as crianças e adolescentes.

O bloco se baseia na concepção e prática de deslocar e/ou ressignificar o que usualmente se propõe como manifestação política, bem como na ideia de representatividade de atores nos espaços públicos, que podem ser pensados como incipientes ágoras onde o exercício da cidadania se realiza. As formas conhecidas de organização de movimentos sociais são problematizadas na prática, e os padrões tradicionais e vinculações partidárias passam a dar lugar à valorização da ludicidade, entendida enquanto resistência e linguagem que pode se articular com objetivos políticos concretos. O bloco favorece relações de aproximação e

convida a participação dos demais cidadãos, ao mesmo tempo em que consegue dar ampla visibilidade às pautas referentes às violações de direitos vivenciadas por crianças e jovens em seus territórios.

Em relação ao seu funcionamento, podemos dizer que nos espaços institucionais nos quais as crianças ainda não têm voz garantida, a representatividade adulta procura fazer valer as garantias burocráticas e de segurança, visando a execução institucionalizada dos desfiles. Em São Vicente coube aos adultos, com apoio do Instituto Camará Calunga e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), encampar a luta para instituir como lei municipal a garantia do direito do bloco desfilar, promulgada na Lei Municipal nº 3.329, de 18/05/2015.

A bateria do bloco, encarregada da condução do desfile, é composta unicamente por crianças e adolescentes, de 6 a 17 anos, que compõem também um grupo percussivo denominado Afro-Calunga, com atividades formativas e culturais durante todo o ano. Esse dispositivo visa a reconhecer o direito de todo cidadão de participar ativamente na transformação do espaço físico, cultural e político da cidade, tomando-a como instrumento de transformação subjetiva. Castro (2001, p. 174) corrobora esta prática ao dizer que a ocupação da cidade pelas crianças as coloca frente às pluralidades e às desigualdades da sociedade contemporânea, espaços em que elas próprias vivenciam, conhecem, interpretam e sobre o qual têm algo a dizer. A autora também comenta que:

Temos visto, então, crianças e jovens com experiências culturais distintas que operam política e socialmente, ao analisarem e produzirem ferramentas simbólicas de entendimento das grandes mazelas da convivência brasileira, que são as desigualdades sociais (...) quando se está nas ruas pode ser o início de uma cultura política para crianças e jovens, ao colocá-los frente aos diversos e desiguais modos de existência numa mesma cidade. (Castro, 2002, p. 56)

O direito à cidade seria, também, um direito de mudar a nós mesmos pela interferência ativa no espaço urbano, conforme aponta o geógrafo David Harvey (2012). Um dos aspectos da luta por essa outra infância pode ser efetivado por meio da ocupação da cidade pelas crianças (Aitken, 2014), criando outros espaços-tempos e nos convidando a conviver neles e com eles. Tais apostas indicam a possibilidade de constituição de outras ordens da *polis* e, vinculadas a elas, outras formas de se exercer a política.

A visibilidade que as crianças e adolescentes conquistaram por meio dessa metodologia contrasta com a concepção de representatividade adulta anteriormente descrita. Ao investir na capacidade desses atores sociais, assumindo um papel político atuante perante a cidade, foram incorporadas pautas que lhes dizem respeito durante o carnaval e ao longo do ano como, por exemplo, as comemorações referentes ao dia 18 de maio (Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes) e ao dia 13 de julho (aniversário do Estatuto da Criança e do Adolescente).

2 — *Um desdobramento-analisador ético-político*

Quem, melhor que os oprimidos, se encontrará preparado para entender o significado terrível de uma sociedade opressora? (...) Quem, mais do que eles, para ir compreendendo a necessidade da libertação? Libertação a que não chegarão pelo acaso, mas pela práxis de sua busca. (Freire, 1987, p. 31)

Ao aceitarmos o convite, proposto pelas crianças, de serem reconhecidas enquanto sujeitos capazes de compreender politicamente a vida social – em linguagens pouco exploradas pelos adultos –, abrimos possibilidades de ocupação da vida pública por elas em seus territórios: sejam geográficos ou de existência. Estamos chamando tais aberturas de *desdobramentos ético-políticos*.

Na prática, coletivamente, o Instituto Camará Calunga construiu com as crianças encontros e formações para fortalecer e sustentar posturas ativas. Para tanto, as metodologias se voltaram ao convite para que os adultos e as instituições possam ouvi-las e consigam construir comunicações horizontalizadas. Suas interferências se dão em ato, e não se pautam pela perspectiva de adaptação, tampouco de invasão não dialética dos espaços “de adultos”. Para evidenciar essa metodologia, bem como os efeitos da proposta ética, trouxemos um episódio tido como *analisador* das experiências e intenções ético-políticas aqui apresentadas, entendendo o conceito de analisador, de acordo com Passos e Barros (2000), como acontecimento que assinala as múltiplas relações que ocorrem no plano da experiência da pesquisa, de modo a se considerar a intervenção e como ela se constitui. Esse desdobramento-analisador também traz um importante questionamento: quem participa efetivamente das discussões acerca das infâncias nos espaços a elas destinados?

O Camará é convidado com frequência a participar de eventos relacionados às políticas públicas no campo da infância e juventude. Os convites aceitos têm a precondição da participação das crianças e adolescentes. Com essa metodologia, já podemos identificar uma provocação-sugestão aos eventos e seus organizadores, que se relaciona com a concepção teórica e ética sobre a participação infante no campo sociopolítico.

A incitação à presença infantojuvenil nos eventos costuma deixar transparecer algum tipo de inaptidão por parte dos organizadores, revelando a dificuldade de reconhecer que elas podem e devem ter o direito de acompanhar as discussões. O embaraço é evidenciado pelo grau de “rearranjo” que a presença desses sujeitos gera nos eventos em que o Instituto participa. É comum observar os organizadores improvisando espaços “apropriados”, numa tentativa de estabelecer uma programação adaptada, ou então impedindo a participação das crianças e adolescentes, alegando desautorização por parte dos “responsáveis”.

Por compreender que congressos, seminários ou reuniões políticas também são espaços das crianças e para as crianças, o Camará adota como uma das estratégias de formação a participação de crianças em eventos de temáticas gerais – acompanhadas por educadores, para as devidas mediações, se necessárias. Atentas às agendas, as crianças participam da escolha dos eventos, seja em universidades ou reuniões políticas (direitos da criança e do adolescente, assistência social). Há, portanto, um posicionamento ético-político de construir interferências em ato na produção do conhecimento da infância, sobre a infância, *com* as crianças.

Nosso desdobramento-analisador ocorreu num seminário regional que visava a discorrer sobre infâncias. O Camará se inscreveu para participar durante dois dias. O grupo de crianças passou por um processo de formação prévia, em que estudou e debateu as temáticas em questão, de acordo com as preferências das crianças, construindo coletivamente combinados visando a uma participação proveitosa na programação. É de comum acordo os participantes se comprometerem ao repasse e diálogo com todos os que não participam das atividades, por meio das assembleias comunitárias, que funcionam como dispositivos de encontros semanais das crianças, adolescentes e familiares, realizando o planejamento, análise e organização dos grupos, numa gestão participativa.

O incômodo no evento foi provocado quando o grupo de quinze crianças adentrou no local (com público majoritário de educadores), despertando curiosidades e estranhamentos. Pode-se perceber que a ocupação desse espaço pelos corpos das crianças já gerou nítido desconforto. As crianças, apropriadas de suas intenções de participação, se dirigem às cabines de credenciamento. No entanto, pouco acostumada a esse tipo de participação, a atendente se recusa a credenciar

a primeira criança, requisitando a presença de seu responsável. A criança, por sua vez, sustenta o direito de inscrição, apresentando o documento e se referenciando ao coletivo que veio participar do evento. Nenhum acordo foi obtido nesta primeira tentativa. A criança então solicita auxílio do educador e ainda assim a atendente se recusa a liberar a credencial, alegando que o evento não seria apropriado para as crianças. As crianças e o educador questionam o fato de não ter nenhuma classificação indicativa para a palestra, que tinha como temática o “brincar no contexto escolar”. A atendente alega que o evento é destinado aos educadores e não tem formato “apropriado” às crianças. Para ela, a restrição estaria implícita no formato da palestra.

Enquanto a cena se desenrola, a fila aumenta. Alguns adultos se solidarizam e tentam mediar o conflito, defendendo a liberação das credenciais, enquanto outros alegam que as crianças não vão se interessar pela palestra. Esse desacordo, por si, já evidencia uma desautorização daquilo que as crianças estão dizendo com suas falas e corpos: elas afirmam conhecer a programação e querem participar do evento, mas o embate demonstra como são anuladas como sujeitos de desejos e de direitos e, em última instância, de fala.

Diante do impasse, o episódio se desdobra e o supervisor é chamado. O cenário é composto de uma roda de crianças, ante uma fila de adultos, que dialoga com dois educadores. Algumas crianças já se encontram desmotivadas e envergonhadas, desejando se retirar dali. Há uma evidente violência simbólica, uma expulsão velada das crianças que, ironicamente, constituem um dos focos do evento. O supervisor adentra a cena, dirigindo-se ao educador. Ele alega que o coletivo deve ter se enganado sobre a natureza do evento e sugere que as crianças participem apenas das oficinas, que terão “uma dinâmica mais lúdica e informal”. As crianças, ainda assim, não desistem de participar da conversa, que passa a ser protagonizada pelos adultos: “a gente sabe, mas a gente também quer ver a palestra”. O supervisor, dirigindo-se ao educador, sugere que as crianças fiquem no playground: “como educador, não creio que uma palestra de duas horas, em um anfiteatro escuro, seja o espaço ideal para uma criança”; “o espaço lúdico seria a melhor estratégia”; “depois veremos juntos uma adaptação para as crianças participarem das oficinas”. A resistência à presença das crianças é insistente e “justificada”, fazendo uso de uma autorização discursiva delegada ao adulto e à hierarquia completamente verticalizada entre educador e educando.

Diante deste cenário, desgastados e frustrados – a essa altura a palestra já havia começado –, os educadores do Instituto pedem que o supervisor se dirija às crianças com suas propostas e argumentos. Caso elas concordassem – devolvendo

às crianças seu espaço de participação – o coletivo participaria apenas de parte do evento.

Dirigindo-se às crianças, o supervisor repete os argumentos, ao que uma criança questiona: “se eu aguento ficar todo dia sentada quatro horas na escola ouvindo a professora falar coisa que eu nem quero saber, por que eu não vou aguentar ouvir duas horas uma coisa que eu quero ouvir, que eu vim aqui pra isso?”. Diante desse argumento, a resposta mais coerente foi no sentido da liberação das crianças para a participação no evento.

Essa vivência serve como analisadora de muitas outras recorrentes no cotidiano participativo do Camará. Ela é paradigmática no sentido de contribuir para que os envolvidos – inclusive nós, leitores deste artigo – reconheçam os distintos graus de inabilidade arraigados no pensamento aqui denominado de adultocêntrico. A cena é educativa para todos: crianças e adultos, que são convidados a reconhecer seus posicionamentos teóricos e ético-políticos para ampliar as possibilidades de participação e escuta das crianças na sociedade, sem ratificar lugares que se naturalizam e se universalizam: nesse caso, aos adultos caberiam apenas as discussões sobre as crianças; às crianças caberia apenas o parquinho para brincar.

A partir das falas das crianças e da sensibilidade produzida nos adultos é que foi possível exercitar uma mistura das vozes em direção à construção de novas concepções e posicionamentos dos lugares das crianças e das formas eticamente responsáveis de representatividade delas. Nas formações coletivas elas ganham sustentação e trazem convites de mudança de lógica, apresentando resistências ao adultocentrismo cristalizado, mesmo quando se apresenta bem-intencionado. Em nosso evento analisador, é provável que tanto a atendente quanto o supervisor pensassem apenas no bem-estar das crianças. No entanto, não reconheceram suas falas como válidas. Desse modo, a despeito de uma intenção protetora, acabaram por fortalecer o *status quo* da invisibilidade da voz da criança nos espaços que dizem respeito, prioritariamente, a elas.

Desenlaces/Conclusões

Se a infância não deve ser considerada como espécie natural, categoria universal e atemporalmente estabelecida, mas entendida a partir de uma genealogia que se relaciona com suas condições de possibilidade socio-históricas, é possível afirmar que suas condições de desenvolvimento e seus lugares de fala também não se encontram naturalmente dados, cabendo aos atores e saberes que compõem a sociedade o exercício crítico em torno dessas condições. Uma

provável tensão que se estabelece na compreensão da criança como sujeito em desenvolvimento e, ao mesmo tempo, como sujeito de direitos, pode e deve ser explorada com mais profundidade em trabalhos posteriores. Apenas nos limitamos a esboçar que muitas das concepções que subsidiam essa tensão partem de alguns dos pressupostos aqui levantados, a saber, da representação sobre a infância entendida como déficit, ou da “criação de uma ontologia” que resulta na defesa da sua desqualificação política.

A infância, permeada por dispositivos de construção social, e as crianças, entendidas enquanto sujeitos de direitos e idiosincrasias, merecem a devida atenção dos profissionais envolvidos com a promoção de suas condições de saúde, educação e cidadania, mas, sobretudo, merecem ser valorizadas como sujeitos que podem participar das construções de práticas emancipatórias presentes no conjunto da sociedade.

O contato com o infante pode se transformar, portanto, não apenas em repetição de vivências do adulto, transmissão verticalizada de experiências ou repetição simbólica de categorias em torno da infância, mas em oportunidades de cocriações de sentidos que emergem de travessias compartilhadas. A infância emerge, portanto, muito mais como um campo de produção do que meramente um exercício de reprodução social. É possível identificá-la como oportunidade de despossessão identitária que não implique algum tipo de desamparo traduzido em demandas de saberes instituídos e apaziguadores. Podemos pensar na infância como propiciadora de verdadeiros encontros, caracterizados como territórios de exercício de aprendizagens inventivas, ou seja, em oportunidades de travessias e viagens outras, tal como nos provoca Kastrup:

A viagem surge como ocasião de uma aprendizagem, pois o viajante não se dava conta de que as relações que tomava como óbvias e garantidas eram, a rigor, construídas e inventadas. (...) É que aprendizagem começa quando não reconhecemos, mas, ao contrário, estranhamos, problematizamos. (Kastrup, 2001, p. 17)

A partir das investigações aqui feitas, identificamos que a abertura para a escuta das crianças não se constitui num processo de recepção passiva de uma suposta alteridade infante, mas como um dispositivo com capacidade de produção de encontros propiciadores de verdadeiras experiências; ou seja, um campo empático de conexão intersubjetiva, um exercício de troca em que as diferenças não emergem como sinal de ameaça ou desvalor, engendrando reações defensivas, mas como oportunidades de cocriação e produção de vitalidades na relação com

o mundo, tanto o infantil quanto o adulto. A oportunidade de encontro com essas diferenças no outro permite também o acolhimento das nossas próprias “diferenças” potenciais, possibilitando a emergência de verdadeiras experiências, entendidas em um dos sentidos esboçados por Bondía (2002, p. 26): “É experiência aquilo que ‘nos passa’, ou que nos toca, ou que nos acontece. Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação”.

Apontamos, portanto, para pensamentos de autores como Walter Benjamin (1994), que reconhece a infância como potencial produtora de experiências genuínas e que, assim, tem também relevância estratégica no campo biopolítico:

É através de sua corporeidade que Thiago mobiliza e reinventa seu lugar no mundo. Na batida do surdo, desenha para si um novo corpo. Vai nascendo, ao passo que vai se estruturando e começando seus ensaios a Bateria Calunga, o jovem artista. (Viana & Franca, 2017, p. 783)

Ademais, as experiências que emergem nas práticas coletivas e democráticas do Instituto Camará permitem revelar processos de cocriação que se aproximam muito das propostas de Paulo Freire, sendo preciso “se identificar com a criança sem perder sua individualidade. (...) Isto pressupõe a democratização do poder, ou seja, ceder a participação nas decisões de todas as situações de processo educativo” (Freire, 1989, p. 13).

Tendo em vista essa experimentação, podemos indicar a importância de superar a falsa identidade entre a alegada vulnerabilidade maturacional da criança e a exclusão simbólica de sua compreensão como sujeito político. Essas cristalizações de significações baseadas na negatividade do infante podem reforçar constructos de silenciamento político e/ou subjetivo, retirando o papel de sujeito das crianças e adolescentes por parte dos dispositivos de exercício e transmissão de poder.

As experiências envolvendo metodologias participativas, ao contrário, têm demonstrado efeitos subjetivos ao considerar as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e de fala, produzindo experiências de reconhecimento que caminham na direção da superação de uma invisibilidade seletiva. Trata-se de reconhecer, como faz Foucault (1969/2003), as histórias silenciadas pelo poder e permitir-lhes que, por meio de suas próprias produções, lhes sejam garantidas existências e notoriedades outras. Nesse sentido, as perspectivas metodológica, clínica e política convergem com uma base fundamentalmente ética, contribuindo para o fortalecimento dos laços sociais.

Conforme apontado por Soares, Sarmiento e Tomás (2005), as metodologias participativas valorizam a voz e a ação das crianças, o consentimento informado das práticas realizadas com elas e a pluralidade de práticas e estratégias criativas de participação. Esses recursos se dão por meio da mobilização das crianças e adolescentes, do estabelecimento de parcerias com eles e da promoção do protagonismo das ações desses sujeitos. As metodologias participativas apresentam, além do cuidado metodológico, um profundo rigor ético, amparado em críticas em relação às epistemologias e metodologias hegemônicas. São também pautadas por proposições inovadoras no sentido da construção de práticas inclusivas e de escutas qualificadas que amplifiquem o sentido democrático e político dos diferentes sujeitos inseridos no campo social.

A postura ética e as metodologias que visam a dar visibilidade àqueles que têm sido desautorizados no campo político podem incitar e fortalecer ainda diversas outras reflexões no campo social em torno da criança e do adolescente, para que passem cada vez mais a serem reconhecidos enquanto sujeitos de enunciação acerca de seus próprios direitos. A escuta de crianças e jovens em situação de vulnerabilidade social também tem por desdobramento o potencial rompimento de cadeias de silenciamento que revelam estruturas sociais sistematicamente presentes de supressão de direitos, sobretudo nas periferias das grandes cidades.

Referências

- Abramowicz, A.; Levcovitz, D.; Rodrigues, T. C. (2009). Infâncias em Educação Infantil. *Pro-Posições*, 20(3), 179-197.
- Abramowicz, A.; Rodrigues, T. C. (2014). Descolonizando as pesquisas com crianças e três obstáculos. *Educação & Sociedade*, 35(127), 461-474.
- Aitken, S. (2014). Do apagamento à revolução: O direito da criança à cidadania / direito à cidade. *Educ. Soc.*, Campinas, 35(128), 675-698.
- Ariès, P. (1981). *História social da infância e da família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Arroyo, M. G. (2012). *Outro Sujeitos, Outras Pedagogias*. Petrópolis: Vozes.
- Arroyo, M. G.; Silva, M. R. D. (2012). Corpos precarizados que interrogam nossa ética profissional. *Corpo-Infância: Exercícios tensos de ser criança*, p. 23-54.
- Benjamin, W. (1994). *Magia e técnica, arte e política: Ensaio sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista brasileira de educação*, 19, 20-28.

- Brasil (1990). *Lei nº 8.069*, de 13/07/1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.
- Campos Jr., D. (2012). *Crianças do mundo inteiro: Uni-vos!* Brasília: Universidade de Brasília.
- Castro, L. R. (2001). *Subjetividade e cidadania: Um estudo com crianças e jovens em três cidades brasileiras*. Rio de Janeiro: 7Letras / Faperj.
- Castro, L. R. (2002). A infância e seus destinos no contemporâneo. *Psicologia em Revista*, 8 (11), 47-58.
- Castro, L. R. (2008). A politização (necessária) do campo da infância e da adolescência. *Revista Psicologia Política*, 7(14). <http://www.fafich.ufmg.br/psicopol/seer/ojs/printarticle.php?id=32&layout=html> (acessado em 30/04/2018).
- Ceccim, R. B.; Palombini, A. D. L. (2009). Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 301-312.
- Foucault, M. (1969/2003). A vida dos homens infames. *O que é um autor*, 3, p. 97-128.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1989). *Educadores de rua: Uma abordagem crítica: Alternativas de atendimento aos meninos de rua*. Bogotá: UNICEF.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática docente*. São Paulo: Paz e Terra.
- Gondar, J. (2004). A clínica como prática política. *Lugar Comum: Estudos de Mídia, Cultura e Democracia*, 19, 125-134.
- Hart, R. A. (1992). *Children's participation: From tokenism to citizenship*. Florence: UNICEF.
- Harvey, D. (2012). O direito à cidade. *Lutas Sociais*, 29, 73-89.
- Kastrup, V. (2000). O devir-criança e a cognição contemporânea. *Psicologia: reflexão e crítica*, 13(3), 373-382.
- Kastrup, V. (2001). Aprendizagem, arte e invenção. *Psicologia em estudo*, 6(1), 17-27.
- Merton, R. K.; Merton, R. C. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Simon and Schuster.
- Passos, E.; Barros, R. B. D. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79.
- Rosa, M. D. (2013). Psicanálise implicada: Vicissitudes das práticas clinicopolíticas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 41, 29-40.
- Santos, B. S. (2000). *A crítica da razão indolente: Contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez.
- Soares, N. F.; Sarmiento, M. J.; Tomás, C. (2005). Investigação da infância e crianças como investigadoras: Metodologias participativas dos mundos sociais das crianças. *Nuances: estudos sobre educação*, 12(13), 49-64.
- Viana, C. V. A.; Franca, J. C. G. (2017). Bloco Carnavalesco EURECA (Eu Reconheço o Estatuto da Criança e do Adolescente). *Anais do Simpósio Internacional sobre a Juventude*

Brasileira: JUBRA, p. 783. Fortaleza: Expressão Gráfica. <https://drive.google.com/file/d/1boIY3D3R-so0pU7exbdIATwYP82XNGVX/view>

Viana, C. V. A.; Imbrizi, J. M.; Jurdi, A. P. S. (2017). Narrativas sobre o brincar: Aproximação da experiência infantil. *Psicologia & Sociedade*, 29, 1-12.

Recebido em 28 de novembro de 2018

Aceito para publicação em 12 de março de 2019

SEÇÃO LIVRE

Gender Relations and Modernity

Affect, Emotion, Passion: the Lacanian approach

GENDER RELATIONS AND MODERNITY

*RELAÇÕES DE GÊNERO E MODERNIDADE**RELACIONES DE GÊNERO Y MODERNIDAD**Olivier Douville ****RESUMO**

A atualidade da psicanálise consiste em explorar as implicações subjetivas ligadas ao desvelamento do desejo e às incertezas identitárias que resultam da desconstrução dos interditos e das normas estabelecidas pela lei patriarcal. A maneira pela qual o sujeito inventa as soluções de identidade sexual, combinada à bissexualidade psíquica e à diferença dos sexos, encontra-se hoje em dia impelida por ideais sociais instáveis que implicam relações de identificação e poder. Hoje, a clínica psicanalítica deve revisar e reformular suas posições normativas vinculadas à idealização dos patriarcados. Não pretendemos reforçar as representações dominantes, mas desconstruí-las. Nenhum sujeito se realiza plenamente como homem ou mulher, ou como “trans” ou “queer”. É por conta de sua natureza conflituosa que a sexualidade se inscreve no âmbito da vida psíquica.

Palavras-chave: capitalismo; gênero; gozo inconsciente; patriarcado.

ABSTRACT

The current craft of psychoanalysis consists in exploring the subjective implications related to the unveiling of desire and the uncertainties of identity arising from the unraveling of bans and norms established by patriarchal law. The way a subject creates solutions for sexual identity, combined with psychic bisexuality and the distinction of the sexes, is currently driven by moving social ideals linked to relations of identity and power. Currently, the psychoanalytic clinic needs to revise and reform its normative stances tied to the idealization of patriarchies. We do not intend to support the prevailing representations, but

* Membro do Espace Analytique e da Association Française des Anthropologues; Université Paris-Nanterre, Laboratoire CRPMS, Université Paris-Diderot; Docente Sênior das Universidades, Paris, France.

email: douvilleolivier@noos.fr

instead to pick them apart. No subject is fully realized as man or woman, or as “trans” or “queer”. It is on account of its conflicting nature that sexuality nests at the heart of psychic life.

Keywords: capitalism; gender; unconscious enjoyment; patriarchy.

RESUMEN

La actualidad del psicoanálisis consiste en explorar las implicaciones subjetivas relacionadas con la revelación del deseo y las incertidumbres de identidad que resultan de la deconstrucción de las prohibiciones y normas establecidas por la ley patriarcal. La manera en que el sujeto inventa las soluciones de la identidad sexual, combinada con la bisexualidad psíquica y la diferencia de los sexos, es hoy día impulsada por ideales sociales inestables que implican relaciones de identificación y poder. Hoy, la clínica psicoanalítica debe revisar y reformular sus posiciones normativas vinculadas a la idealización de los patriarcados. No es nuestra intención reforzar las representaciones dominantes, sino deconstruirlas. Ningún sujeto se realiza plenamente como hombre o mujer o como “trans” o “queer”. Debido a su naturaleza conflictiva, la sexualidad si inscribe en el cerne de la vida psíquica.

Palabras clave: capitalismo; género; disfrute inconsciente; patriarcado.

Introduction

The logic behind relations between genders, a way of compromising to attain an impossible harmony, may vary depending on how much a society tries to forbid it, according to some ideal scenario of role assignment. That invites us to think about the relationships of psychoanalysis to anthropology and politics. Where are we now in our culture regarding the deconstruction of the “father” entity, which used to be central, and changes in current roads to pleasure?

This in no way argues that Freud’s breakthroughs, and Lacan’s rework, deny that gender identification rationales are “pure”, with no influence from the social environment. The fact that intimate matters are influenced by the political explains why psychoanalysts are interested not only in anthropology, but also theses such as Michel Foucault’s. We don’t limit our relationship to what’s sexual to a role: libido is indeed not determined by gender identification. However, we think sexuality over and above what sexual convention directly implies. The latter is dependent on the laws of sex; psychoanalysis has pointed out that the dialectics

between body and language take place around castration, that is to say, in more a structural way, the subtraction to a mythical pleasure (Chaboudez, 2019). Cultural scenarios play their part when they sexualize gender difference within the roles and expectations that modernity keeps redefining. And we could also say that, although new ideologies justly stand against the leftovers of patriarchy, it does not necessarily imply that the formations of the unconscious are now that free from patriarchal logic. The logic of the Speaking Body often underlines how it can be underground and rebellious in face of this social convention. The relationship anyone has with pleasure could not be defined and limited to its place in social discourses.

The other-worldly anthropologist tries, not without nostalgia, to set a “traditional” rationality for which the social discourse on the union and lineage changes is based on a more or less sustainable, or necessary, relationship between a man and a woman, between a woman and a lineage, between a marriage and a reference of ancestry (Douville, 2014).

Thus, the link between the self and the sexual cannot be totally understood through a law that attributes gendered ideal and sexual role. The principle of reality behind sexual pleasure breaks through the symbolic. Sexual pleasure does not aim at creating a harmonious and cohesive balance between men and women. As soon as psychoanalysis delves on love, pleasure or madness, it is in a sense adapted to its logic, we can better understand how psychoanalysis and anthropology may keep a regular dialog. What about the new modalities of sex life today, in a world that we believe is being very quickly changed by the fall of taboos?

Considering the lines of inertia of the representations of what one sex should be for the other, we could therefore think that until last century, gender roles were organized entirely around a simple score. Man “is what has”, he defines himself in the register of having or lacking, whether it is goods, power, or object of desire. This is an understanding of the impact of sexual law on the metaphors of being and having.

The novelty that modernity brings about on this sexual relationship, or relationship between the sexes, leads to a current deconstruction of the Father, of this father established according to the canons of Christianity, roughly since the series of councils from Nicaea to Aachen (whereas for other monotheisms the link between Father and God is far from being so substantial). That could, though it is a different incident, direct us towards a clinical anthropology of superegoic formations in their relationships and their reconciliations with the formations of the ideal and the fictions about what a Father is. At least, it is a path I explored in 2014, in my book *Les Figures de l'Autre* (Douville, 2014).

Psychoanalysis and Politics

Psychoanalysis would then have the possibility of speaking out on the effects of the unveiling of the impossible and the gap. This unveiling is the result of the dissemination of the figure of a Father taking upon himself the defects of his creations and of the forms of engendering and transformation of his creatures. The fact that psychoanalysis proposes another understanding of these pleasures, that it has the possibility of advancing to this point, does not imply in any way, as we see almost every day, that everyone advances. Because there is still a lot of confusion between the examination of the dissemination of the functions of a father and the usual moanings about a decline of the father. On the other hand, the heart of reasoning is to assume that psychoanalysis can have a say in the subjective implications of this revelation of the gap produced by the deconstruction of the prohibitions of sexual law, where we see that it is now an overcoming of a very phallic distributive logic. What Freudian theories and their resumption by Lacan make possible to establish is that, if the prohibitions on sex and pleasure are fortunately blunted, this does not in any way herald an era of unlimited jouissance without law and love. It is that, in the interstices of cracked patriarchal diktats, an impossible is revealed, that of the absolute complementarity between the male and female poles. This is good news, because it is this possible exposure that allows inventions of love, that helps the flowering of styles in the art of love.

One more word about our modernity. Globalization has the effect of making aggregates of people united according to their “sameness”, but it does not create connection, as long as mimicry prevails over the meaning of a discourse. What about the manifestations of Eros? Promises of love? Not to close oneself to questioning and hear the current of love, its failures and its knotting, is it not then what allows the analyst to leave the “discourse of capitalism”, a formula Lacan used to locate the possible ends of a psychoanalytical cure?

A Normal Sexuality?

There is a danger for psychoanalysis if we use it to think that there would be a normal sexuality eventually produced by the identification with the current sexual codes, without further questioning the possibility of deconstructing such codes. But it is important to say that psychoanalysis, that is to say also psychoanalytic treatment, does not aim at creating stereotypes of masculinity or femininity that we could call standards. Of course, our psychoanalytical world, so diverse,

is divided on this point. The strictly psychoanalytical question is about eroticism, about what makes something erotic for a subject, where the virulence of desire and the uncertainties of love collide; the way in which this Eros is or is not symptomatic in its relationship to the object and otherness. I would like to point out the following: it is not to define a superposition of what would be feminine with the category women, except to reintroduce the idea of a harmonious sexual relationship, whereas a major psychoanalytical question for a cure is to establish with which desires and fantasies we miss and reach for the other in the sexual encounter.

How can we preserve the chance for the subject not to become one with ideals taken *a priori* as conventional or subversive? This raises the question of sharing and identity exchange. It is therefore a question of highlighting features of identity grouping that function as heterogeneous entities compared to the enactment of conventional identity assignments. The stakes are high. It concerns the way in which we obey our identity imperatives, and in this respect no one can *a priori* determine whether or not this or that ideal leads to emancipation. Here we are dealing with a metapsychology of the links between the authority that commands the Superego, an often cruel authority that requires us to make it one with an identifying feature, and the ideal of the ego that can flourish in schemes where singular narcissism is based on common issues. This last point concerns the process of civilization (the possibility of loving and creating).

Psychoanalytical opinion takes part in the public debate and does so with its divergences and inconsistencies, and also with its prejudices. The question of the father, of the couple and of homosexuality are the most revealing evidence of the way in which some people renew a certain genuineness of the symbolic. All this is accompanied by a pessimistic folklore, mourning the fall of patriarchies and seeing in our modernity a kind of decay of humanity's symbolic buttresses. A minimal and outdated conceptual apparatus, derived from an ethnology based on the idealization of male and female poles and of the gendered distribution of roles and social tasks in societies considered untouched by capitalism, will serve as a basis for an essentialization of gender difference as a crucible of any symbolic law. Psychoanalysts are therefore divided by debates, often passionate and poorly justified. The blind spot comes from an inability to understand the sociological and anthropological questioning of the procreative level. As a result, the hierarchies and sexual dominations that rule our social order are not challenged.

Therefore, psychoanalysis paid attention really early on to the unconscious solutions a particular state of society finds to contain the expression of impulsive life. And this, even before Freud reconstructed, with *Totem and Taboo*, a geneal-

ogy of culture in everyone and in every state of culture (Freud, 1912-1913). No one will find any plea for revolutionary utopia in Freud's work. He notes that political systems are more or less toxic and repressive, he spares neither the nascent European totalitarianism, nor the Bolshevik revolution, nor the "American way of life", but this does not lead him to sketch the outlines of a lost and recovered paradise where everyone would find themselves in sweet or conquering agreement with their pleasure. Thus, Freud could be blamed for his pessimism by those who support hedonism within the psychoanalytical movement, and who were also sympathetic tenors of the Freudian left. Yes, Freud has never been in favor of utopia and he had the strength and talent to exempt us from embracing utopias based on the belief of a world where the sex would never again be an issue to the Speaking Body. From my point of view, the greatest merit of such utopias is to have been made reality as little as possible.

The sexual anomie

This is where the "politics" is questioned from a strictly psychoanalytical perspective, which is, in a way, how psychoanalysis tackles the question of social cohesion.

Since Freud, it has become very clear that what we ask, passively and indolently, to politics, which is to grant us carefree pleasure, clearly contributes to our alienation, and is, in this respect, a symptom. We are so much dominated by the tyranny of the principle of pleasure that we demand as little displeasure as possible, even if it means committing ourselves to a pursuit of material goods and putting ourselves at disposal of goods whose function is to prevent displeasure. This hedonistic lure, as we all know and hold on to, is something all of us think we are entitled to. This identitary ideal of consumerist convenience is sure to stray from the ideals of justice and freedom.

Freud's stroke of genius has been revealed as it was built during the 12 years that separate the observations on modern nervousness related to "civilized sexual morality" (Freud, 1908) from the Beyond the Pleasure Principle (Freud, 1920). The teaching of the latter text does not leave us in peace. The forces of Eros, which were destined to array in an antagonistic way with Thanatos, no longer overlap with a domination by the principle of pleasure. Eros is a victory, a transcendence, related to the perception of the distress and trauma that are inherent to the human condition. It is precisely here that Eros detaches himself from the pleasure principle that Freud used to postulate before 1920. The

faded consolations offered by the market of identities, which are held as the foundations of intimacy, are used to reduce to almost nothing the perception of distress and trauma, in other words historical condition, of any subject-being (Douville, 2018).

A simple reading of Freud therefore leads us to examine this overly recited maxim that places the profession of governing as something impossible. It would be a terrible fallacy to deduce from this that governing is a pointless task or that is always doomed to failure. For Freud, it is obviously not a question of arguing that the action of governing, educating or psychoanalyzing is materially, actually impossible. These three professions, as he wrote, are being practiced every day. It is a question of orienting these actions and specifying their ethical axis. Each of these practices must take into account an impossibility which is, for Freud and since Freud, the anomy of the sexual in every single social tie. We could then have thought that Freud had not read Marx. The latter, it is true, argued, and his more or less inspired or dogmatic followers even more, that the structure determined our modes of relationship to ourselves and to others, that this structure set our values and that the appreciation of capital goes along with losses of pleasure. It may well be that psychoanalysts, including Lacan, have “missed” a theoretical understanding of pleasure that would make from the notion of exploitation a priority. The same would be true in sociology and political anthropology when the notion of exploitation fades to the simplistic term “domination”¹.

The “Discourse of Capitalism” and the Principles of Love

One of Lacan’s thesis showed that a perversion of speech, called “Discourse of the Capitalist”, was reshaping social groups, by merging the gimmicks of language with objects supposed to be chambers of pleasure, with a limited use of language. If the convergence between Lacan and Marx came from a comparison of the Marxist concept of surplus value (a different concept from that of profit) and that of object, then we would be entitled to think that the subjective economy and the political economy have the same structure. A first homology would then be written between Marxist surplus value, which is the fruit of unpaid surplus labor, and the Lacanian surplus of pleasure, which comes from what is beyond the scope of symbolic work.

The subjective economy deals with the loss of pleasure in two ways: the desire to know, in order to account for this loss; and the call to pleasure, which causes the endless stimulation of the impulse. However, as far as the mechanisms

of pleasure are concerned, the less they rely on language, the more they become zealous servants of the passion of ignorance. This double process is unstable, fragile and the use of small pleasures, small goods, can annihilate the potentially subversive aspects of the desire to know. And one of the current problems we often hear in our cures is the subjective damage associated with the great markets of identities.

It would be announced that there is no longer any “impossible” and that all of us can and even are expected to achieved small pleasures ourselves. Whether it is created by the discourse of general uniformity or by the generalized “*métissage*”, this ideological error only our Parisian ethno-psychiatrists can only produce, as announced by a surprisingly prophetic Lacan, the rise of segregation, identity cults and victim attitudes, despite the imperative of uniformity in consumption and pleasure modes, which Lacan has identified in the “Discourse of the Capitalist”.

Let us push this logic proposed by Lacan to its most severe consequences. The divisive power of capitalism meets resistance which, paradoxically, reinforces it. Nowadays, there is a strong proliferation of identity or “community” groups that are trying to build themselves from a homogenization of modes of enjoyment and a stigmatization of other ways of enjoying life. Such groups are usually composed without any identification to an ideal characteristic, but more with the condemnation of scandal and the disturbing nature of the other pleasures. Capitalism and scientism can aim at a standardization and lead at the same time to a segmentation of social relations. Moreover, the resistance to standardization that they produce – but according to a mechanism that reinforces the logic of globalization – creates fewer and fewer groups which question the great concepts that foster difference: history, love and sex. Since many aspects of social ties are made up by matching with an identity feature often considered as the victim’s, the individual is, in return, asked to be proud of what they are much more than what they can risk to accomplish. If the individual is excluded from the logic of legitimacy, they would be asked to accept their dominated condition of minority, not looking for justice or rebellion, but for “globalized reparations”, the strong term employed by Monique Sélim (2019).

Such psychoanalysts’ pessimistic look on our obscure modernity cannot, however, lead to the slightest reactionary nostalgia. The psychoanalyst’s responsibility is to revive a discourse on these concepts: history, love and sex. The essence of psychoanalysis is to open up culture to another way of talking about love, poetry and the desire for emancipation. This responsibility can no longer ignore

Lacan's thesis stating that there is no such thing as a metalanguage, there is no Great Other on whom to unload one's discomfort. It is not the responsibility of psychoanalysts to serve this or that political or religious nostalgia.

Lacan, and Freud even more so, lived in times when the very notion of the State was prevailing, in a sense that the State was the place of power. Today, we live in a neoliberal era where capital is at a distance from the State. Paradoxically, the latter can defend some freedoms against the unstoppable dominant logics that economic globalization apply on our lives and intimacy. The political question on the agenda is twofold: whether the fragile but still quite strong alliance between capitalism and democracy will hold up, and whether the new forms of contestation of the neocapitalist homogenization will not lead to dangerously murderous identity and fundamentalist radicalizations.

Conclusion

The point is to establish the role of psychoanalysis today, which can only hope to survive through a rebirth. Either it adapts, not without cynicism, to the state of discourse and proposes that its scope should be defined by a small tinkering with its modes of pleasure and its small inventions, or it finds again its subversive edge, by depriving itself of the moral comments on the world which too many are so indulgent with. In the latter choice, the goal is to invent forms of governance and of transmission of analytical institutions that, with democratic decisiveness, reinvent social links among psychoanalysts. Without this commitment to keep existing in a non-dormant democracy, the psychoanalytical clinic will not be able to question political philosophy.

The key challenge that arises from a psychoanalytical understanding of politics is no longer to propose a new writing of the unease in culture, but to complete this understanding with a definition of a particular form of alienation, the one that obstructs for everyone the understanding of this malaise. Psychoanalysis further alerts that something in each of us can be threatened, that speech can be extinguished, reduced to chatter, communication, noise.

Psychoanalysts have sometimes been courageous, also naive, to consider anthropology. It is up to us to hope that an anthropological understanding of current psychoanalytical ideas will be explored. This would, I hope, help to break down the resistance of our psychoanalytical worlds to the current challenges of psychoanalysis.

References

- Chaboudez, G. (2019). *Ce qui noue le corps au langage*. Paris: Hermann.
- Douville, O. (2014). *Les Figures de l'Autre*. Paris: Dunod.
- Douville, O. (2018). L'angoisse, une maladie contemporaine. *Santé Mentale, Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 233, 44-49.
- Freud, S. (1908). *La morale sexuelle civilisée et la maladie nerveuse des temps modernes*. Toulouse: Érès.
- Freud, S. (1912-1913/2004). *Totem et Tabou*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In: *Œuvres complètes*, vol. XV (1916-1920), p. 273-338.
- Lacan, J. (1972-1973/1975). *Le Séminaire, Livre XX, Encore*. Paris: Le Seuil.
- Sélim, M. (2019). *Anthropologie globale du présent*. Paris: L'Harmattan.
- Sélim, M.; Garnier, M.-D.; Beneveniste, A. (2019). Les diagonales de Me too. *Psychologie Clinique, nova série*, 47 (Cliniques cosmopolites), 196-216. EDP Sciences.

Notes

- ¹ Allow me a word here about the “me too” movement. How can we not rejoice that a word is made free, and that deadly guilt is no longer encouraged. There is no irony in that. I have already said so. Nevertheless, I remain sensitive to some theories of “radical” feminists who also fear that in a secondary effect, this movement, whose audacity I once again praise, will also become a rhetoric of essentialization of gender roles (cf. Sélim et al., 2019).

Recebido em 03 de agosto de 2019

Aceito para publicação em 18 de outubro de 2019

AFFECT, EMOTION, PASSION: THE LACANIAN APPROACH

AFETO, EMOÇÃO, PAIXÃO: A ABORDAGEM LACANIANA

AFFECTO, EMOCIÓN, PASIÓN: EL PUNTO DE VISTA LACANIANO

*Marcus André Vieira **

RESUMO

Este artigo introduz a leitura lacaniana do conjunto de afirmações de Freud sobre o afeto, articulando-a à experiência clínica psicanalítica. Três fenômenos subjetivos são descritos e distinguidos: emoção, afeto e paixão. A abordagem fisiológica é posta de lado e a abordagem retórica é enfatizada. Finalmente, o autor descreve de que maneira as observações de Lacan, acentuando o ponto de vista ético sobre a paixão, vão além das regras morais da própria sociedade e trazem um tipo de reflexão sobre a ação e o que é um acontecimento subjetivo que pode ser verificado no campo da poesia.

Palavras-chave: Lacan; Freud; afeto; emoção; paixão.

ABSTRACT

This paper introduces the Lacanian reading of Freud's statements on affect, relating it to the clinical psychoanalytic experience. Three subjective phenomena are described and distinguished: emotion, affect and passion. The physiological approach is set aside and the rhetorical one is emphasized. Finally, the author describes in which ways Lacan's remarks, that stress the ethical view over the passion, go further than the moral rules of one's society, and brings the kind of reflection on action and on what is a subjective event that can be approached through poetry.

Keywords: Lacan; Freud; affect; emotion; passion.

* Professor Adjunto do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
email: mav@litura.com.br

Este trabalho teve apoio e financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

RESUMEN

Este artículo introduce la lectura lacaniana de las declaraciones de Freud sobre el afecto, vinculándola con la experiencia clínica psicoanalítica. Tres fenómenos subjetivos se describen y se distinguen: emoción, afecto e pasión. El paradigma fisiológico se pone en segundo plano con relación a el nivel de la retórica. Finalmente, el autor destaca las observaciones de Lacan que enfatizan el punto de vista ético sobre una pasión, más allá de las respuestas y valores de la sociedad, como una reflexión sobre el tema de la acción que se verifica por ejemplo en el campo de la poesía.

Palabras clave: Lacan; Freud; afecto; emoción; pasión.

From man to mouse

When it comes to affect, our mental habits, as well as what happens with each event refractory to objectification, usually follow a fundamental split. We can take the phenomenon in continuity with something already known. What was strange and unfathomable becomes accessible, for now it is possible, by analogy, to define what struck us. Our affects, being found on the monkeys' poor cousins, for example, can now be addressed by comparison, examined, reproduced and measured, explored under laboratory conditions. Differences are established, but the emphasis is in the similarity.

The other way is that of rupture. This path eschews the idea that man is an animal with a little bit more intelligence or sophistication and therefore assumes a qualitative gap between them. It is not difficult to liken this second approach to the religious view, in which man is an animal plus an immortal soul, breaking with its biological nature, just as it is not hard to recognize on the first statement one of the fundamental postulates of experimental psychology and even of the spirit of our time (Ferry, 2009, p. 25; Lacan, 1954-1955, p. 97).

In this latter context, even when the reasons for what ails us are out of reach, it will always be possible, by analogy, to determine causes. We just need to refer its secrets to what, in front of the mirror, we put before us. This "ecological" approach of the feeling becomes irresistible when it combines with the assumption of a universal energy, because it opens a way for decisive action, its *quantification*. We can submit any phenomenon to a measurement process, since they take these implicit assumptions and establish, by convention, a parameter. Gathering the information generated by the responses of an elementary questionnaire we have on hands an "objective" measure of vital energy, then taken as an index

and used to define a world of things, from the effectiveness of a new antidepressant to the popularity of a TV show.

This is the procedure we must describe and put aside in order to understand the Freudian approach. As for the religious version of our humanity, Freud undoubtedly denies it, and explicitly compares religion to a collective obsessive neurosis. Would he share then the experimental postulates? Although placing psychoanalysis in the scientific field, having worked with eels and used a number of anatomical and neurological metaphors, Freud did not establish psychoanalysis based on analogies. He invented a psychic apparatus that has no anatomical or cerebral correspondent and located his unconscious not in any clear-cut place, but “between the organs” (Freud, 1900, p. 649).

Decentering and passion

There is a third way: humanism. It presumes a qualitative leap between ape and man, not necessarily linked to a divine origin. The Freudian rupture, though, isn't this, firstly because it does not derive from a previous conception of what man would be. Repeatedly Freud insisted on keeping psychoanalysis apart from any worldly vision and on bringing it close to a practice, despite of the idea that “Freud can explain it”.

Secondly – and this is by far the most important reason –, rupture in an analysis is not that between man and ape, but between a man and himself. We cannot reconcile with our own flock of identities and characteristics that forms us, for we all are, each one of us, breaking with our own nature.

What Lacan called “decentering” of the ego is how he construed what Freud named splitting (“*Ichspaltung*”) as a radical cleavage between the self and a moat, a “hiatus” (Lacan, 1963-1964, p. 167). The famous quotation by Freud “The ego is not master in its own house” (Freud, 1917, p. 178) is to be understood in a much more radical way than usual. It is not because somebody else is living in it, a hidden lodger, a little primitive man representing the unconscious or the id, but because in the house of the ego there is a black hole. It cannot be illuminated, however much one may try. Implying a strange and undefined presence, it is a haunted house. The whole question is what will be made of this ghost-presence.

The need for explanation, to find meaning for what is lived intensely, mobilizes us and may be the first and strongest movement. That is why all horror movie heroines, hearing strange sounds in the basement, go naively downstairs,

in the middle of a storm, armed only with a candle. The neurochemical explanations respond to a similar need. We forget that in so doing, despite of acquiring palpable knowledge about our emotions, we lose ourselves from this uncontrolled strange thing that dwells within us, the most human in us.

Emotion

What Freud defined in relation to the identification, Lacan's reading unfolds in several aspects. One of them is called by Lacan "specular" and defined as imaginary identification, as mimesis and reproduction (Freud, 1906, p. 325; Vieira, 2008, p. 158). Such aspect is the founder and specifies much of what composes and mobilizes us. This countered proximity is highlighted in what connects me with my best friend, but also with my enemy, as with the immense universe of what in our lives works by analogy and comparison. That's what brings our feelings close to the feelings of apes. That's what is at work in the analogies established by our experimental psychology.

In the enormous continent of the affects, of all feelings described in our dictionary, we shall nominate *emotions* the ones that better fit this kind of approach (Lacan, 1962-1963, p. 20). Pity and Fear will be taken by Lacan as paradigmatic emotions, those more typically based on imaginary identification (Lacan, 1959-1960, p. 297). They will be defined on an Aristotelian basis that has survived the centuries and established themselves as "fear for itself" and "fear for the other". In both cases, I suffer. In the first, because I glimpse a threat; in the second, because I see it coming over the other, on whom I have mercy. A close relationship is established between me and him, made of proximity by analogy.

More than just classifying such feelings, we are turning them into true paradigms. They are the feelings that translate better than any other the way we are affected by resemblance, by what is our own kind. That shall be the general name of what, of all things caused in us by others, is more related with which of them affects us by empathy or compassion – everything that starts on my neighbor is exhausted. Wouldn't other emotions be more obviously "in the mirror"? No doubt. Envy for sure; also jealousy, adding another one to this equation, since it needs at least three to be unleashed, even if despite of that it remains centered in the rival duality. However more marked by rivalry and violence these emotions tend to give into an aggressive act, and with that to the rupture of the imaginary axis. In envy, it's me or him, never both; in jealousy too. If I break through, however, over my double and miss the minimum distance that separates and unites us, the emotions cease.

The essential is that regarding emotion, the cause is obvious. It is right in front of us, being something or somebody; that's why Lacan defines fear and pity as affects arisen from the "world of goods", the sphere of daily exchanges and demands, space of comparison and accounting, of all exchanges and negotiations involving the "soup to nuts" of the everyday life.

Passion

Thus, not everything can be described as emotion, because not every single component of the feelings is related to images: there is *passion*. This distinction is essential and pointed out by Jacques-Alain Miller in his commentary on Lacanian ideas named *Lacanian Orientation* that we follow through this whole text (Miller, 1998, p. 37; and also Vieira, 2001, p. 160; Lacan, 1957-1958, p. 84; Lacan, 1957-1958; Lacan, 1972-1973).

Freud rarely uses the term *Leidenschaft*, so familiar to philosophy. Most probably for this reason, it was neglected, because the important thing was to highlight something that seemed very concrete and distant from philosophical speculations. Lacan, on the contrary, explicitly rehabilitates it and operates a dramatic turnaround in the reading of the Freudian indications about the affection.

He reserves for the term *passion* the dimension of feeling not saturated by knowledge. Passion keeps away the physiological considerations and their objectifications by quantification, as well as the analog comparison. In connection with our ghosts, it emphasizes the vague "something more" of existence, the larger engine of analytic treatment.

Let's take love, for example. When we love, we are always involved with what we conventionally decided to call emotion. When we approach love at the zero point of imaginary passion, as "love at first sight", it is this: an image that captures us. However, when it comes to love it is rarely enough, forcing us to ask: What is it that takes me beyond everything that I could have imagined? Hormones? My genetic background? The full moon? There must be something else, something extremely singular that gives passion its root, but also keeps itself a secret. The passion of love is defined, thus, as a movement supported by the plan of the visible, the plan of images and bodies, but that cannot be exhausted by them (Lacan, 1953-1954, p. 218). We can understand why passion takes us beyond the "world of goods" – differently from the emotions, since it aims at something different from common sense, different from the predetermined forms. The passion

lives with the violence of a “losing myself from me”, impossible to grasp with the emotion always triggered and maintained by a guiding image.

Getting lost from oneself is breaking with the images from which one recognizes oneself and is oriented in life, all that gives identity. On the top of this list we find the image of our own body, and passion shows itself capable of making us forget about it. To passion we reserve the title of the limitless role of affect that moves us beyond – for better or worse, indeed. It constrains, therefore, in its extreme, with *jouissance*, not any pleasure, but of a pleasure in its mortal aspects, that is as much an encounter as it is a loss. No wonder psychoanalysis has gained the world and keeps strong. It is because its work is conducted from beginning to end by passion. Not so much in the common sense meaning, the violent loss of self, but in the one it goes beyond.

Divine details

In *passion*, by definition, there is a fundamental blind spot in the heart of the Other which animates the fascinating picture it captures of us. These opaque elements are not pure abstractions, but “divine details”, an expression used by J. A. Miller from Paul Valéry (Miller, 2010). They are concrete particles of uniqueness, which are not composed with the fascinating *gestalt*, but are still there in the picture.

The analyst is taken in the transference, not because he bears this or that quality, but because he is the support of those still unknown elements of consciousness. The divine details of the beloved one establish connections with the mysteries of passion, seemingly more concentrated on the event than on the images and leading us to want to offer everything and more. Even what is unknown to me, in love, will belong to my beloved; where Lacan’s formula, “love is to give what you do not have” can be read as: love is a deposit, in the encounter with the beloved, of the secret of the divine details that find the deepest of life in us (Lacan, 1957-1958, p. 397).

The way they are put to work will cause an analysis to be without the fate of the passional dissolution. In this case, it is not only love that has such power, as hatred can also drive one to subjective dissolution, and beyond this Lacan adds to the same list *ignorance*, and with the subtle dance of these three meanings he defines *transference*. It is through these paradigmatic forms that passion reveals itself in psychoanalysis. Thus, since we cannot demonstrate it here, let us assume that they all have limitless roles compared to their relationship with

reality – the opaque particularity pointed out by Lacan as follow: “Love (...) always looks beyond the imaginary capture the being of the beloved one (...) [in a] particularity and in what this particularity may have of more opaque, more unthinkable” (Lacan, 1953-1954, p. 315 e 316; and also Vieira, 2001, p. 161 e 232; Miller, 2010).

For Freud, the divine details are neither purely divine nor details, but taken as representations (*Vorstellung*). In the field of what he calls representations, some will be included in the self, made into self-knowledge, in a subjective manner, others will not. The last ones, the waste in the sieve, are the most important in an analysis. They have a special value for our uniqueness, because they are the record of the times when we were something beyond the personality we learned to have (Freud, 1914, p. 259 and 244).

These signals, in the words of Freud, “represent” drives, obviously not in the way of a reproduction on a smaller scale, like a map reproduces a country. There is nothing here of mimesis. They are, following another Lacanian metaphor, as diplomats representing their country, having nothing in common with it, but inextricably linked to it. The signifiers represent drives in Lacan’s word, like the diplomats represent their country, without any relation or resemblance to it. Not just representation, but also the affect is defined by Freud as representative of the drive. The natural tendency is to approach both as a revival of the classic opposition between body and soul, as if they were two distinct essences taken to live together as a rider and their mount. From this perspective, affect would be the true representative of the drives, being so close to their animal power, while the representation, understood as the knowledge, would represent the pilot of the vessel, the abstract in man, his soul. Freud’s definition of affect as discharge seems to bring together the psychoanalytic metapsychology to this vision, in which instinct and affection would keep a relationship of representation, not as in the case of the signifier, in the manner of the diplomats, but rather as an identity of essences (Lacan, 1963-1964, p. 167, for the diplomats, p. 209; Vieira, 2001, p. 91).

The danger here is to take the Freudian unconscious as a recovery of the dualism body vs. soul that would reduce analysis to an ethereal treatment of the soul that left out its bodily base. The Freudian assembly is something else, far from the dualism. It locates outside of the discourse a driving force, which invests certain representations, privileged fragments of the historical environment of an existence, and goes stitching it on the body image, making the poor assembly that we call an individual. Those of this allotment who could not compose the whole, unconscious significant, will be kept especially “charged”

so as not to interact directly with the Other as those of consciousness do. In this structure – Freud is emphatic – the affection represents the drive only secondarily to the signifier, because it is located exclusively in consciousness. “It is the essence of a feeling to be noticed, to be known by consciousness”, says Freud (1915, p. 203-206).

Words and catharsis

The role given to passion in an analysis is specific. Not only because in such circumstance it is at the same time love, hatred and ignorance, nor for the fact that the analyst often forgoes using or involving his own emotions during analysis. As a matter of fact, it is because during one session one will never leave with nothing. This “something else” that defines passion is replaced by what Lacan defines as the *signifier*. A signifier is not the meaning that often follows it. It has links to the contents of knowledge, but in its materiality, has no meaning by itself, it is just a phonic mass. However, it has the power to inscribe its traits in flesh. It is not a meaning, but just a *trace*. It is the trail left behind during the encounters with the *Other*, or the tool used by the signifier one to trace its own cattle – using a metaphor of Lacan’s taste (1958, p. 636). It distinguishes and defines me, even without saying anything about myself. It is knowledge simply because it is a letter, one that can be read without properly making sense. In case it is read, it turns out to be a *knowledge-wisdom* universal, embodying, but it can rest in the state of *trace*, merely a *knowledge-guide* way over which it can be drained out of its senses. This “over” of life, echoing in the lyrics of the body, out of sense, lends more uniqueness to a scar than to a face, more truth to the description of an object than to its photo, or to the telling of a dream than to its images, more life in the signifiers than in the significant.

One psychoanalysis mobilizes *jouissance* and the unconscious signifiers and accomplishes, as Lacan says, the catharsis in a very peculiar way, defined as an alternative translation to the aristotelian *Katharsis*: not “purge” but *purification* – a word that cannot be taken as an improvement, but rather as decanting (Lacan, 1959-1960, p. 297). In fact, in one analysis, much of the meanings we have merge in fundamental scenes and sayings – decantation of small elements of libido, while significant and concentration points of *jouissance*. Manuel Bandeira can help us with the following poem, in which he presents, clearly, this kind of depuration and its cathartic effects (Bandeira, 1986, p. 142).

My Great Tenderness

My great tenderness
 For the dead birds
 For the little spiders.

My great tenderness
 For the women who once were beautiful girls
 And became ugly women;
 For the women who once were desirable
 And just turned it off.
 For the women who loved me
 And that I couldn't love back.

My great tenderness
 For the poems I couldn't realize.

My great tenderness
 For the beloved ones who aged without malice.

My great tenderness
 For the drops of dew
 the only ornament of a tomb.

The intense emotional effect of the poem is undeniable, but what and where would be the great tenderness? These little things, Bandeira's drops of dew, on the top of it, "produce" the poem, as well as the affection that the poem engenders. I believe we can keep the analogy of Bandeira's operation with the analytical process, if we keep in mind that an analysis will go so far in the direction of the uniqueness of the signifiers' fragments to the point of those having value only for who takes them with himself. Such and such, in the confines of the shared meaning, will not serve any poetic or artistic creation.

Therefore, it is a double-edged process: on one hand the excess becomes trace, while on the other what was converted in affect glitters. This is what Lacan refers to as purification – it goes alongside what happens in the sphere of narrative, when romance becomes haiku. It is the fragment of libido that returns to us when we are freed from the meaning; when the trace changes its use, its function, marking the beginning of a "this is what really is" instead of a "maybe it's

not exactly like this” (about Aristotle and the catharsis, see Freud, 1906, p. 325; Regnault, 2001, p. 79-90; and Lacan, 1959-1960, p. 374).

Moral and Ethics

By privileging the signifier over the meaning and passion over emotion, Lacan introduces ethics as a new tool for the analyst, related to affect. It is a word that must be handled with care, since nowadays everyone tends to disregard whatever cannot be approached by comparisons or quantitative methods and to take it as some kind of obscurantism.

Ethics and morale will not be used here as synonyms, just as Lacan starts his seventh seminary pointing out this distinction between them – stating that morale is the set of prescribed conducts accepted in a specific space and time, whereas ethics stands as a reflection over the action, without necessarily having a predetermined set of values. Distinguishing and privileging ethics over morale is sustained, if we follow Lacan, by the psychoanalytical experience itself, that is, in many senses, a “return to the meaning of the action” – as Lacan states –, a return to the meaning of what the *Other* did to ourselves and what we have done with it, thus creating a new relationship with our own actions (Lacan, 1959-1960, p. 10 e p. 374).

It is important to change the emphasis from everyday morale to ethics for another – and much more important – reason: an analysis always progresses by dealing with amoral components, “out of the moral realm”, as Lacan states. Morale is always inextricably related to consciousness, the realm of the *ego*, since it aims what seems to be the best for the individual within a collectivity, while an analysis deals at first with a “very large group of things that comprises the set of sexual desires” in its most secret details. It is the kind of thing that, according to Lacan, Aristotle describes as “literally, out of moral realm” or “within the realm of monstrous anomalies” (Lacan, 1959-1960, p. 14).

Monstrous? In Victorian times it was much easier to recognize this psychoanalytic extremism. Because everything that transcended the so-called normal boundaries of sexual behavior – matrimony and reproduction, to be clear – was demonized. Times have changed, but the Freudian radicalism remains present, since there is always something monstrous on each and every individual desire. It can be either insignificant or terrible, but on either case it will always be the things that do not fit for being incompatible with the *ego* and that, for this exact reason, disturbed consciousness, through the unconscious, like a parasite.

It wasn't really new to assume that we all have our private ghosts and demons. What is, in fact, revolutionary in Freudian analysis is that our monsters always live in the realm of sexuality. This is what Freud states when distinguishing reproduction – serving the interests of the species –, on one side, from *jouissance*, on the other – the moment when the individual has a satisfaction that resists the pressure of simply channeling the seeds of his kind, thus reclaiming a place and moment for his singular pleasure in the world (Freud, 1920, p. 219). During sex, lips, legs and hands are mixed, confusing themselves – there is no relationship, no “holding hands”. Sex is a realm of absolute difference, always carrying a taste for violence and death – it runs against the common rules, forcing the self to its own dissolution. Thus, we are always one *ego*, bound to interact joyfully with the world surrounding him, and at the same time one “thing” that carries the most intense vibrations, that tends to lead this *ego* to its ruin.

Poetry and “Well-Saying”

Now we must add what has been called so far as singularity to this monstrous drive that arises, during psychoanalysis, deeply attached to the violence of a desire. Ethics is the name of a way of dealing with these monsters that cannot be domesticated by analogies or numbers. Lacan bets that they can be placed in the center of action without commanding destruction. But how can one give place to such a peculiar desire, the Freudian drive, as a parameter of our actions, since it is completely amoral? And since it is outside the realm of the ego and logical discourse, how can one nominate the irrational as a guide without truly embracing mysticism?

Lacan, at the closure of his seminar on ethics, places desire at the center of psychoanalytic ethics – but only at the expense of this paradox. Ten years later, however, in “Television”, he finds a solution to drive away the paradox, leaving desire in second place and defining psychoanalysis as the ethics of “well-saying” (Lacan, 1974, p. 508-543; and Vieira, 2001, p. 199).

The ethics of well-saying is not *saying the good*, which would be impossible, for there is not a cure to the irreparable incapacity of language to say what's real. It is also not *saying well*, making a perfect speech as our ideal. It is *to say*, because nothing can stand above it: we are what we say. And it is *well*, because it is the “saying” that gives a place for the monsters of desire, called “objects a” by Lacan – our devils full of life, always insisting without truly consisting.

An analysis is not the discovery of personal eroticism, however specific it may be. It does not define practices involving objects of desire, but, according to Lacan, an erotology, an exploration of how our objects “*a*” coordinate the possible and impossible for our *jouissance*. They draw for each subject a corner of their own, where they invariably came across (and will come across) with the unspeakable surprise of the *jouissance*. Let’s read the “guinea pig”, also by Manuel Bandeira (1986, p. 208).

Guinea Pig

When I was six years old
I got a guinea pig.

What a heartache it gave me
For the little animal would only want to remain under the stove!

I would take it to the sitting room
To the most beautiful and clean places.
It didn’t like that: It would only want to be under the stove.
It would not care at all about any of my little tenderness acts...

— My little guinea pig was my first sweetheart.

The poem shows how dealing with the libido, as an object, can produce unimaginable effects, far from those observed when it is reduced to an undifferentiated energy charge. It was a monster turned into a pet that, nevertheless, retains its power of rupture, causing surprise. The “guinea pig” is the libido made into an object thanks to this nomination, locating a *jouissance* that is not only danger and excess, but eventually a partner presence, even if only under the stove.

The prowess of the poet is the ability to convey to the reader the monstrosity of his uniqueness and to make it a part of his life. It is a very different “inclusion” from the morality enforced in the cultural studies, for example, but it is still inclusion, that may be distinguished from the Freudian concept of sublimation. We cannot do it here; let’s just assume that Manuel Bandeira’s guinea pig does not constitute any alternative erotism, but can be a solution for the impossible cohabitation of pleasure and *jouissance*. Its operation makes an object “*a*” foothold a place in the Other and rearranges the field of the desire.

The articulation between ethics and passion guides us to address affect in psychoanalysis, in how to deal with this excess. It is not the same everyday, but neither is it less real. Lacan shows us how in an analysis one separates oneself from the idea that we must balance our energies, or that we can only go as far as our partner's freedom goes. In an analysis I walk away from the middle path, the path of the fair measure and wisdom that guides my actions in the city, and I allow myself to move where violence and passion set the rules.

What I did of what others made of me will be the guideline of the analytical course that extracts from this true epic its essential coordinates. In this way, modeled moral values of family and community eclipse; there will remain only those re-appropriated from the rewriting of a unique history. This rewrite is not knowledge, it is just a new script. That, however, includes the brands of our uniqueness, always uncomfortable.

Making them fit in the life one leads is the main requirement of the analytical device. No wisdom can be inferred from them, but it opens up the possibility of a new responsibility, because our lives will always be inhabited by an excess that will never cease to amaze, to provoke laughter and scandal and to demand that in every corner of life we be up to what excites us.

References

- Bandeira, M. (1986). *Poesia completa e prosa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar.
- Ferry, L. (2009). *A nova ordem ecológica: A árvore, o animal e o homem*. Rio de Janeiro: Difel.
- Freud, S. (1900/1976). A interpretação dos sonhos. In: *Edição Standard Brasileira Completa das Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, vol. IV e V. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1906/1976). Tipos psicopáticos no palco. In: *Edição Standard Brasileira Completa das Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, vol. VII, p. 321-327. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/1976). Sobre o narcisismo, uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira Completa das Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915/1976). O inconsciente. In: *Edição Standard Brasileira Completa das Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917/1976). Uma dificuldade no caminho da Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira Completa das Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, vol. XVII, p. 171-184. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1920/1976). Além do princípio do prazer. In: *Edição Standard Brasileira Completa das Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.

- Lacan, J. (1953-1954/1986). Os escritos técnicos de Freud. In: *O Seminário: Livro 1*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1954-1955/1985). O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. In: *O Seminário: Livro 2*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1957-1958/1999). As formações do inconsciente. In: *O Seminário: Livro 5*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1958/1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*, p. 591-652. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1959-1960/1988). A ética da psicanálise. In: *O Seminário: Livro 7*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1962-1963/2005). A angústia. In: *O Seminário: Livro 10*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1963-1964/1988). Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. In: *O Seminário: Livro 11*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1972-1973/1985). Mais, ainda. In: *O Seminário: Livro 20*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1974/2003). Televisão. In: *Outros Escritos*, p. 508-543. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miller, J.-A. (1998). A propósito dos afetos na experiência analítica. In: *As paixões do ser*, p. 31-51. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Miller, J.-A. (2010). *Los divinos detalles*. Buenos Aires: Paidós.
- Regnault, F. (2001). *Em torno do vazio*. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Vieira, M. A. (2001). *A ética da paixão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Vieira, M. A. (2008). *Restos, uma introdução lacaniana ao objeto da psicanálise*. Rio de Janeiro: Contracapa.

Recebido em 14 de maio de 2019

Aceito para publicação em 17 de outubro de 2019