



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

JULIANA BORGES DUARTE

**CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA CLÍNICA PSICANALÍTICA DA PRIMEIRA
INFÂNCIA COM CRIANÇAS COM DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO**

CAMPINAS

2023

JULIANA BORGES DUARTE

**CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA CLÍNICA PSICANALÍTICA DA PRIMEIRA INFÂNCIA
COM CRIANÇAS COM DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, na área de concentração Interdisciplinaridade e Reabilitação.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/ DEFENDIDA PELA
ALUNA JULIANA BORGES DUARTE, E ORIENTADA PELA
PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

Campinas

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

D85c Duarte, Juliana Borges, 1983-
Considerações a respeito da clínica psicanalítica da primeira infância com crianças com dificuldades no desenvolvimento / Juliana Borges Duarte. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Kelly Cristina Brandão da Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psicanálise. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Constituição corporal. 4. Sofrimento psíquico. 5. Pais. I. Silva, Kelly Cristina Brandão da, 1972-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Considerations regarding the psychoanalytic clinic of early childhood with children with developmental difficulties

Palavras-chave em inglês:

Psychoanalysis
Child development
Body constitution
Psychic distress
Parents

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Kelly Cristina Brandão da Silva [Orientador]
Paula Fontana Fonseca
Maria Fernanda Bagarolo

Data de defesa: 26-06-2023

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0009-0005-2530-8866>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/4626861342762724>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

JULIANA BORGES DUARTE

ORIENTADORA: PROFA. DRA. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DR. KELLY CRISTINA BRANDÃO DA SILVA

2. PROFA. DRA. MARIA FERNANDA BAGAROLO

3. PROFA. DRA. PAULA FONTANA FONSECA

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 26/06/2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as crianças, em especial,
ao Rafael e à minha filha Clarice.

Ao Rafael, que, através dos nossos encontros, fez
reacender meu desejo pela clínica da infância, aguçou minha curiosidade, despertou
questionamentos que estavam adormecidos em minha mente e caminhou ao meu lado,
confiando nos laços por nós construídos, possibilitando a realização deste trabalho.

À minha filha, Clarice, que diariamente me ensina sobre
afetos, sentimentos e sensações que sem ela não saberia que existiam e que não me deixa
esquecer de como vale a pena vivermos nossas emoções intensamente.

Como disse muitas vezes o psicanalista uruguaio Victor
Guerra: “As crianças nos presenteiam sua infância”.

Agradeço, emocionada, por me presentear com a
infância de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, aos meus pais, Devanir e Lúcia, que incansavelmente estão ao meu lado, apostando, se dedicando, acreditando em mim e sonhando ao meu lado pelos caminhos da minha vida.

Aos meus irmãos, Guti e Cuica (Ricardo e João Henrique) que compartilharam suas infâncias comigo e, mesmo na vida adulta, nossos apelidos infantis permanecem tão vivos, nos lembrando que nossas vivências infantis estarão conosco até o fim.

Ao meu marido, Thiago, que, desde o primeiro momento da possibilidade de iniciar essa pesquisa, não me deixou sozinha e, ao perceber meus momentos de desânimo, me ajudou tantas vezes a tomar mais um fôlego e seguir adiante.

À Kelly, obrigada por transmitir seu saber com tanto entusiasmo e afeto e despertar em mim a curiosidade pelo conhecimento, pelas trocas nos momentos de supervisão e orientação para esta pesquisa e por me acolher diversas vezes pelo meu percurso da maternidade. Sinto grande admiração por você.

Agradeço aos belíssimos encontros que a UNICAMP me proporcionou, nos quais construímos nossas amizades para além do nosso trabalho: obrigada, Marina e Viviane.

À minha sogra, Vera, que leu e releu meu trabalho, me incentivou, não me deixou desanimar quando precisei, e que tanto me ajuda ao longo de todo o meu percurso profissional e pessoal.

À Tereza, tia do meu marido e dinda da Clarice, a bióloga mais psicanalista que conheço. Muito obrigada pelo seu carinho e pela sua leitura do meu trabalho, pelas sugestões e pensamentos compartilhados.

À Professora Ana Paula, meu agradecimento por compartilhar tanto saber em suas aulas, por aceitar tão prontamente participar da leitura do meu trabalho e da banca, e poder levantar questões e sugestões que enriqueceram minha pesquisa.

À Professora Paula, que conheci no momento da minha qualificação, que aceitou meu convite desde o início e de forma tão acolhedora e carinhosa colocou suas questões a respeito do meu trabalho.

À Professora Maria Fernanda, que tão prontamente aceitou participar na banca da minha defesa e também a ler meu texto, para além disso, agradeço todo carinho e afeto que trocamos ao longo desses anos, através das aulas, dos encontros no CEPRE e com nossas conversas sobre a maternidade.

Aos professores da Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação que se dedicaram e enriqueceram minha trajetória profissional.

Aos funcionários do CEPRE

EPÍGRAFE

“Escrever é traduzir. Mesmo quando estivermos a utilizar a nossa própria língua. Transportamos o que vemos e o que sentimos para um código convencional de signos, a escrita, e deixamos às circunstâncias e aos acasos da comunicação a responsabilidade de fazer chegar à inteligência do leitor, não tanto a integridade da experiência que nos propusemos transmitir, mas uma sombra, ao menos, do que no fundo do nosso espírito sabemos bem ser intraduzível, por exemplo, a emoção pura de um encontro, o deslumbramento de uma descoberta, esse instante fugaz de silêncio anterior à palavra que vai ficar na memória como o resto de um sonho que o tempo não apagará por completo.”

(José Saramago)

RESUMO

A área de interesse desta dissertação é o trabalho da psicanálise com crianças pequenas, sendo o objetivo da pesquisa investigar o sofrimento psíquico de crianças na faixa etária de zero a três anos e suas relações com dificuldades no desenvolvimento, a partir da escuta aos pais na clínica psicanalítica.

Inicialmente, para compor esta escrita, falo a respeito da construção social do sentimento de infância e do reconhecimento do sofrimento psíquico em bebês; em seguida, relato sobre o surgimento da psicanálise com crianças, seguindo com algumas considerações sobre o desenvolvimento infantil e o processo de constituição psíquica; posteriormente, contribuições da psicanálise para a primeira infância e os sinais de sofrimento psíquico e a importância da participação dos pais para o tratamento psicanalítico com crianças pequenas.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada ao longo de dezesseis meses de atendimentos semanais com duração de quarenta e cinco minutos.

A seguir, vem o relato de caso das sessões que foram realizadas e, logo adiante, o capítulo que traz as discussões geradas a partir do caso clínico. São abordados os seguintes tópicos: as entrevistas preliminares e os primeiros contatos com Rafael, como a psicanálise entende sobre a alimentação, como a recusa alimentar pode ser um sinal de sofrimento psíquico na primeira infância, a importância do brincar para a angústia de separação, a discussão sobre desenvolvimento infantil e o processo de constituição psíquica. Finalizando as discussões, falo sobre o que uma criança pode fazer pela outra.

Para concluir, trago algumas considerações finais a respeito do trabalho e da experiência ao longo da pesquisa. A partir da escuta aos pais na clínica psicanalítica, propus investigar sinais de sofrimento psíquico em crianças na faixa etária de zero a três anos, e, apesar de ainda encontrarmos resistências em legitimar tal sofrimento nessa idade, diversas pesquisas de diferentes áreas de conhecimento vêm demonstrando esse fato.

A Psicanálise, área de conhecimento que utilizo em meu trabalho, tem como ponto central a escuta do sofrimento humano e preza o sujeito por sua singularidade. Assim, como ouvir e legitimar o sofrimento de crianças tão pequenas que ainda não conseguem se expressar por elas próprias?

Com as pesquisas, tem sido possível constatar que sintomas físicos, antes tomados pela área médica, têm sinalizado a existência de sofrimento psíquico nas crianças pequenas, como: dificuldades alimentares, problemas de sono, atrasos de linguagem, atrasos no desenvolvimento motor, doenças recorrentes e dificuldade em se separar e em se ligar ao outro.

Importante lembrar que, na primeira infância, deve-se ter cautela com diagnósticos reducionistas e deterministas, já que vimos através deste trabalho que oferecer um espaço

de escuta à mãe e um ambiente acolhedor e seguro à criança proporcionaram uma melhora significativa nos sintomas iniciais da criança.

Observa-se que, ao longo dos anos, a psicanálise com crianças sofreu modificações e, sendo assim, as intervenções terapêuticas também mudaram. Desse modo, com cada criança o terapeuta é um, considerando que esse profissional não só será alguém que irá interpretar, mas sim alguém que deverá acompanhar essa criança em seu processo de constituição psíquica.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; desenvolvimento infantil; constituição psíquica; sofrimento psíquico; pais.

ABSTRACT

The area of interest of this dissertation is the work of psychoanalysis with young children, and the objective of this research is to investigate the psychological suffering of children aged zero to three years old and its relations with difficulties in development, from listening to the parents in the psychoanalytic clinic

Initially, to compose this writing, I talk about the social construction of the feeling of childhood and the recognition of psychological suffering in infants; then I report on the emergence of psychoanalysis with children; following with some considerations about child development and the process of psychic constitution; later contributions of psychoanalysis for early childhood and the signs of psychological suffering and the importance of parental participation for psychoanalytic treatment with young children.

This is a qualitative research, carried out over sixteen months of weekly consultations lasting forty-five minutes.

Next, there is the case report of the sessions that were carried out, and right after that, the chapter that covers the topics about the discussions carried out from the clinical case. The following topics are covered: the preliminary interviews and the first contacts with Rafael, how psychoanalysis understands feeding, I discuss how the refusal to feed can be a sign of psychic suffering in early childhood, the importance of play for separation anxiety, the discussion about child development and the process of psychic constitution, and, finalizing the discussions, I talk about what one child can do for another.

Finally, I bring some final considerations about the work and experience throughout the research. From listening to the parents in the psychoanalytic clinic, I proposed to investigate signs of psychic suffering in children aged zero to three years old, and, although we still find resistance in legitimizing such suffering in these ages, several researches from different areas of knowledge have been demonstrating this fact.

Psychoanalysis, the area of knowledge that I use in my work, has as its central point listening to human suffering and values the subject through its singularity, so, how to listen and legitimize the suffering of such young children who still can't say it for themselves?

With the research it has been possible to verify that physical symptoms, previously taken by the medical field have signaled signs of psychic suffering in young children, such as: eating difficulties, sleep problems, language delays, motor development delays, recurrent illnesses, and difficulties in separating and bonding with others are some examples.

It is important to remember that in early childhood it is important to be cautious with reductionist and deterministic diagnoses, since we saw through this work that offering a listening space for the mother and a welcoming and safe environment for the child provided a significant improvement in the child's initial symptoms.

It is observed that over the years psychoanalysis with children has undergone changes, and thus the therapeutic interventions have also undergone changes, so with each child the therapist is one, considering that the therapist will not only be someone who will interpret, but also someone who will accompany this child in its process of psychic constitution.

KEYWORDS: Psychoanalysis with children; child development; psychic constitution; psychic suffering; psychoanalysis; parent's listening place.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
INTRODUÇÃO.....	17
1.1. Construção social do sentimento de infância e o reconhecimento do sofrimento psíquico dos bebês.....	17
1.2. O surgimento da Psicanálise com crianças.....	23
1.3. Considerações sobre o desenvolvimento infantil e constituição psíquica.....	29
1.4. Contribuições Psicanalíticas sobre primeira infância e os sinais de sofrimento psíquico.....	38
1.5. A importância dos pais no tratamento psicanalítico com crianças.....	44
MÉTODO.....	48
2.1. Metodologia.....	48
Tipo de Pesquisa.....	48
Procedimentos.....	51
RELATO DE CASO.....	53
3.1. Narrativas sobre Rafael.....	53
3.2. Primeiros encontros com Rafael.....	55
3.3. Tatiana.....	58
3.4. Trabalho com Rafael.....	59
3.5. Discussão de caso.....	75
- Entrevistas Preliminares e Primeiros Contatos com Rafael.....	75
- Um Olhar Psicanalítico sobre a Alimentação.....	79
- A Recusa Alimentar como Sinal de Sofrimento Psíquico.....	81
- A Importância do Brincar para a Angústia de Separação.....	84
- Desenvolvimento Infantil X Constituição Psíquica.....	90
- O que uma Criança pode fazer pela outra.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	98

APRESENTAÇÃO

Durante o processo de escrita desta dissertação, questionei-me em vários momentos sobre meu interesse pela temática da infância. Desde a faculdade, estudar sobre a infância, o desenvolvimento infantil e seus entraves, a relação mãe-bebê eram assuntos que me despertavam curiosidade, encantamento e um forte desejo de atuar nessa área.

Em 2012, fui contratada como psicóloga institucional da AMA – Associação dos Amigos do Autista na cidade de Ribeirão Preto. A AMA é uma instituição sem fins lucrativos que tem por objetivo criar programas educacionais de adaptação e integração social às pessoas portadoras de TEA (Transtorno do Espectro Autista).

Dentre minhas funções na instituição, uma delas, que acredito ser muito importante, era coordenar os grupos de pais que aconteciam semanalmente e receber as famílias que chegavam para tratamento institucional. Ao receber e escutar essas famílias, foi me chamando a atenção o quanto elas chegavam aterrorizadas, mas também com certo alívio por conseguirem nomear as diferenças que percebiam em seus filhos desde muito pequenos.

Por questões institucionais e políticas, as crianças que iniciavam seus tratamentos na instituição já tinham entre cinco e seis anos de idade. Lembro-me de que havia um discurso muito forte a respeito da possibilidade do diagnóstico somente a partir dessa idade, sendo que, antes disso, não se tinha muito o que fazer com as crianças.

Na escuta dos pais, era muito comum a percepção deles de que havia algo diferente em seus filhos desde um ano, um ano meio de idade. Diziam também que, ao questionarem seus médicos, não recebiam de volta uma validação do que estavam percebendo. Muitos pais escutavam desses profissionais que “aquele atraso na fala era normal”, ou que “o fato dele não cruzar o olhar com as pessoas era o jeitinho dele” ou então, que “as mães estão muito ansiosas e que cada criança tem seu tempo”.

Esses relatos ficaram cada vez mais comuns e frequentes e isso passou a chamar minha atenção. Comecei a pensar: O que será que essas mães estão dizendo que os médicos não estão podendo ouvir? Será que é realmente preciso esperar até os cinco ou seis anos de uma criança com atrasos no desenvolvimento para fazer alguma coisa por ela? Essas e outras questões ficaram em mim, não havia uma resposta certa e rápida para isso.

Após dois anos trabalhando nessa instituição, foi possível receber uma criança que acabara de completar três anos de idade. Ficamos inseguros no primeiro momento em recebê-la, mas ao mesmo tempo percebi em mim muita curiosidade e expectativa em relação àquela criança tão pequena que começava a frequentar a AMA. O que será que iria acontecer? O que será que a instituição poderia oferecer para essa criança tão pequena?

O tratamento que a instituição oferecia começou e poucos meses depois foi possível observar grandes diferenças nessa criança e, quando me dei conta, as questões que rodeavam minha cabeça estavam ali presentes novamente.

Quando a recebemos para iniciar o tratamento, logo de início não sabíamos em que sala de aula colocá-la, pois não havia nenhuma criança da sua faixa

etária. Dessa forma, sugeri chamar a mãe para conversarmos e podermos falar como estávamos pensando em iniciar nosso trabalho com ela e ouvir dessa mãe o quanto poderia nos apoiar no nosso trabalho. Ela não se demonstrou resistente ao que podíamos oferecer naquele momento, estava de alguma forma aliviada em receber o diagnóstico do filho e iniciar as intervenções.

O difícil para ela era a participação semanal nos grupos terapêuticos que eram oferecidos por mim. Ela chegou a dizer que me ver era a visão do inferno, pois era a confirmação de que eu levaria más notícias para ela. A partir dessa fala, propus ouvi-la individualmente nos dias em que se sentisse disponível. Ela topou.

Junto às propostas feitas para essa mãe, o trabalho com a criança foi acontecendo também. A criança participava de atividades pedagógicas e terapêuticas, individuais e em grupos. Logo ela demonstrou algumas mudanças e observamos que começou a criar laços com o educador principal, conseguia participar das atividades em pequenos grupos, apresentou melhora em questões de coordenação motora e, assim como ela, sua mãe também aos poucos conseguiu estar de forma diferente nos grupos terapêuticos e na sua relação com o filho.

Dessa forma, percebi que sim, é possível fazer algo pelas crianças pequenas e quando conseguimos intervir, elas demonstram rapidamente alguns resultados. Penso que, nesse momento, a clínica da primeira infância me encantou e me mostrou que, para que possamos trabalhar com crianças, a participação e a presença dos pais são imprescindíveis.

Dei seguimento ao meu trabalho na instituição ao longo de cinco anos. Ao mesmo tempo em que trabalhava na AMA, seguia com meu consultório particular e minha formação na linha psicanalítica. No final do ano de 2016, pedi demissão da AMA, finalizei minhas atividades no consultório e me mudei para Campinas.

Foi em 2017, já em Campinas, que me encontrei com a Profa. Kelly Cristina Brandão da Silva, através de um curso de extensão oferecido pela EXTECAMP com o título: Autismo e Psicose Infantil. Fiquei muito interessada e me inscrevi. Foram ótimos

os encontros desse curso e, ao longo das aulas, discutiu-se muito sobre constituição psíquica, psicanálise com crianças muito pequenas, com bebês, pesquisas recentes sobre esses temas e, mais uma vez, aquelas antigas questões que me intrigavam na AMA voltaram à minha mente e queria saber mais sobre isso.

Finalizado o curso, foi possível montar um grupo de estudos com o intuito de dar seguimento aos temas que estudávamos no curso. A partir disso, surgiu a possibilidade de realizar atendimentos no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel O.S. Porto” (CEPRE-UNICAMP).

Através dos atendimentos, surgiram questionamentos que norteiam essa pesquisa: Como escutamos o sofrimento psíquico das crianças pequenas na clínica psicanalítica? Como esse sofrimento aparece? Como legitimar tal sofrimento se essas crianças não conseguem verbalizar através da fala?

A partir das questões supracitadas, essa dissertação tem por objetivo, a partir da escuta dos pais de uma criança atendida na abordagem psicanalítica na clínica da primeira infância, investigar o sofrimento psíquico de crianças na faixa etária de 0 a 3 anos e suas relações com dificuldades no desenvolvimento.

INTRODUÇÃO

1.1. Construção social do sentimento de infância e o reconhecimento do sofrimento psíquico dos bebês

Para iniciarmos a discussão a respeito da psicanálise com crianças, é preciso, primeiramente, compreender o conceito de infância na cultura ocidental. Por muito tempo, essa etapa não foi considerada nem valorizada como atualmente.

Houve um tempo em que não se tinha a concepção da infância como se tem hoje, a criança como um ser singular, com particularidades que a diferenciam do adulto. Segundo o historiador francês Philippe Ariès, na Idade Média as especificidades da infância não eram levadas em conta, não por menosprezo ou negligência em relação a tal etapa, mas sim porque não havia a consciência das individualidades emocionais, intelectuais e comportamentais das crianças (1).

Em seu livro *História social da criança e da família* (1986), o historiador nos leva ao conhecimento a respeito do nascimento e da construção desse *sentimento de infância*. Ele traça uma evolução histórica, desde a Idade Média até o século XX, a respeito de como eram vistas as crianças e qual sua importância dentro das suas famílias. O que seria o conceito de sentimento de infância? O historiador define como sendo a consciência das particularidades infantis, as quais diferenciam a infância da vida adulta (1).

Como no período medieval o sentimento de infância não era reconhecido, a partir do momento em que a criança tinha condições de não depender mais de sua mãe ou ama, partia para o que era chamado de mundo dos adultos. Molière, para se referir à criança pequena no século XVII, usava a expressão “não contava”. Devido ao grande índice de mortalidade infantil, era tido como “natural” perder crianças. Passada

a fase do alto risco de as crianças morrerem, elas já iniciavam suas vidas no mundo adulto (1).

Ariès destaca que a evolução do *putto* (figura do menino rechonchudo e quase sempre despido) levou a aflorar uma diferenciação entre a criança e o adulto: “Um novo sentimento da infância havia surgido, em que a criança, por sua ingenuidade, gentileza e graça, se tornava uma fonte de distração e de relaxamento para o adulto, um sentimento que poderíamos chamar de *paparicação*” (1).

Tal sentimento originariamente pertencia às mulheres encarregadas de cuidar das crianças – a mãe ou a ama. Segundo o autor, a maneira de ser das crianças sempre causara encantamento às mães e amas, mas tais sentimentos não eram expressos, mas a partir de agora as pessoas não hesitariam mais em admitir o prazer provocado pelas crianças pequenas e o prazer que sentiam em “paparicá-las” (1).

Então, a partir da Renascença, começa a construção de uma diferenciação entre o público e o privado e a família passa a se estabelecer como um grupo. A criança começa a ser vista como o centro da família e, para Ariès, as singularidades da infância não se exprimiam mais pela distração e brincadeiras, e sim pelo interesse psicológico e pela preocupação moral. Esse sentimento foi nomeado como apego à infância e serve de base para a educação até hoje (1).

Ao final do século XIX e já no início do século XX há uma preocupação com os estudos e a educação das crianças. Com isso, várias áreas de atuação, como pedagogia, medicina e especializações que se ocupam a pensar a infância conquistam espaço rapidamente (1).

A criança passa a ser vista e valorizada dentro de um modelo pedagógico com o objetivo de educá-la para assegurar o futuro das civilizações. Assim, surge a escola como meio de educação, substituindo a aprendizagem informal (2). Tal sentimento de responsabilidade pela formação da criança passa a fazer parte da família, assim como se ocupar de tudo que faça parte da vida dos filhos, desde as brincadeiras até a educação, incluindo hábitos de higiene e saúde física.

Desse modo, a ciência passa a se desenvolver em torno do conhecimento sobre a infância, compreendendo que nesse período o desenvolvimento está em fase inicial, passível de influências externas (3). O que, por um lado, proporcionou um estudo mais amplo sobre a infância, por outro lado desqualificou a família; os pais tornaram-se submissos aos ditos da ciência, acreditando que ela que seria capaz de educá-los (2).

Esse breve levantamento histórico nos ajuda a pensar em como, ao longo do tempo, o conceito e o sentimento de infância se modificaram. Para discutirmos sobre a Psicanálise com crianças, é importante entendermos como a criança era pensada na cultura ocidental, em outros tempos, e como é pensada na atualidade.

Partindo para a área de conhecimento da psicanálise, não se pode deixar de destacar a importância que a Segunda Guerra Mundial teve nos estudos psicanalíticos com crianças pequenas. Psicanalistas e médicos começam a perceber como a guerra proporcionou desorganização e sofrimento psíquico para as crianças e passam a estudar esse fato e o que foi possível criar após esse acontecimento histórico (4).

A psicanalista Leda Bernardino ressalta que a constatação de que um bebê sofre psiquicamente é recente. A autora cita estudos datados do pós-guerra, de Dorothy Burlingham, Anna Freud, John Bowlby, John Robertson e, na França, de Myrian David e Geneviève Appel para que a dor psíquica dos bebês e crianças pequenas fosse constatada. Seus trabalhos possibilitaram à comunidade científica o reconhecimento de que os bebês também podem experimentar a tristeza e deprimir-se, ou seja, também podem ter dores psíquicas (5).

Estudos sobre carência afetiva e separações precoces realizados por René Spitz na década de oitenta reconheceram o sofrimento dos bebês e como eles reagem após uma brutal separação do seu cuidador principal: choro, retraimento, indiferença, regressão no desenvolvimento e vários sintomas somáticos (5).

Já John Bowlby vai tratar daquilo que chamou de “distúrbios do apego”. Crianças entre 5 meses e 3 anos apresentam uma sequência comportamental em três fases: protesto, desespero e desapego. O autor destaca três pontos: a angústia desencadeada pela separação, as tentativas de luta contra essa angústia e, por fim, a depressão (5).

Ainda no campo da Psicanálise, Elsa Dias (4), psicanalista e estudiosa da obra de Donald Winnicott (1896-1971) (4), salienta a importância da formação médica do autor como pediatra, pois assim lhe era possível discriminar estados clínicos em que fatores físicos eram atuantes em sintomas psicológicos ou constatar, diante da ausência de distúrbio físico na criança, um distúrbio psicológico. Donald Winnicott (1896-1971) era médico pediatra e psicanalista que se interessava em estudar o desenvolvimento emocional dos bebês com base nas suas relações familiares e o ambiente externo.

Durante seus estudos em medicina, o autor depara-se com uma obra escrita pelo pastor suíço Oscar Pfister a respeito de Freud e encanta-se pela psicanálise e a possibilidade de abordar as doenças psíquicas e os distúrbios somáticos relacionados a aspectos psicológicos.

Dias (4) discute:

Ele parece ter sido muito cedo despertado para o fato de que a saúde, e mais do que a saúde, o sentir-se vivo, não pode resumir-se ao bom funcionamento dos órgãos e das funções, e que separar o físico do psíquico é um procedimento intelectualmente possível, mas altamente artificial.

Marcado por essa evidência, o esforço teórico de Winnicott caminhou na direção de explicitar o que se passa com um bebê no início da vida e qual é a natureza específica da dificuldade com que os recém-nascidos lidam.

A autora (4) coloca:

... constatar que a maior parte dos problemas que levavam as mães com seus bebês e crianças ao consultório eram devidos a perturbações emocionais primitivas. Mais: deparou-se com o fato de

que, não só crianças, mas bebês fisicamente saudáveis podiam estar emocionalmente doentes já nas primeiras semanas de vida. Impactou-o a precocidade dos distúrbios e a importância dos fatores psíquicos no surgimento deles.

Winnicott (6) acompanhou de perto o plano de evacuação de crianças das cidades para as zonas rurais para protegê-las dos riscos decorrentes da guerra. Alertou diversas vezes sobre os perigos que representava o afastamento prolongado de crianças, sobretudo as menores de cinco anos, do convívio familiar. Quando a evacuação foi posta em prática, segundo suas palavras, tornou-se uma história de tragédias. Dessa forma aceitou ser psiquiatra do Plano de Evacuação Governamental de uma área de recepção da Inglaterra. Nesse momento, ele se deparou com a desintegração da vida familiar, pois inúmeros lares foram desfeitos. O autor destaca que essas perdas e separações causavam impacto nas crianças, o que corroborou com sua percepção sobre a influência do ambiente externo na construção psíquica infantil.

Outro autor da Psicanálise que cita a Segunda Guerra Mundial como um evento que impulsionou as pesquisas relacionadas ao sofrimento psíquico de bebês e crianças pequenas é Bernard Golse, psiquiatra infantil, psicanalista, atual professor e chefe do serviço de Psiquiatria Infantil da Universidade de Paris V (René Descartes).

De acordo com ele:

Pessoalmente penso que os sofrimentos ligados à Segunda Guerra Mundial não são alheios a isso. A guerra sem dúvida ocasionou um quinhão de sofrimentos enormes. Os bebês pagaram um tributo pesado, e eu creio que, após esses acontecimentos terríveis, os adultos viveram um movimento de culpabilidade muito importante em relação aos pequenos e que, provavelmente, esta atenção aguçada a seu desenvolvimento físico e a seu desenvolvimento psíquico são um reflexo dessa culpabilidade. É em todo caso após a Segunda Guerra Mundial que se desencadeiam todos os estudos sobre as competências precoces e sobre as interações (7).

Golse (7) nos convoca a pensar que “no momento em que se concede ao bebê, enfim, oficialmente o direito à vida psíquica, se é obrigado a conceder-lhe aquilo

que é inerente, o direito ao sofrimento e à loucura. É preciso que se minimize o quanto puder os sofrimentos do bebê, mas não há vida psíquica sem que haja risco de sofrimento e loucura”. O autor ainda destaca que erradicar totalmente o sofrimento e a loucura dos bebês é uma utopia.

O autor supracitado discorre sobre o documentário de Bernard Martino “Loczy: Um lugar para crescer”. Loczy é uma instituição de acolhimento para crianças que ficaram órfãs ou foram abandonadas devido à Segunda Guerra Mundial (7).

Foi fundada em Budapeste pela pediatra Emmi Pikler (1902-1964), no ano de 1946. Ela estudou medicina em Viena nos anos 1920 e liderou estudos sobre o desenvolvimento de bebês e a conduta dos adultos responsáveis por suas crianças. A metodologia desenvolvida pela médica partiu da observação e do reconhecimento de que, desde o nascimento, os bebês são sujeitos ativos e não totalmente passivos necessitando somente de cuidados. Atualmente, o local não funciona mais como um abrigo, é uma creche onde são mantidos os ensinamentos da médica e, mesmo após as mudanças, continua com intensa atividade de pesquisa sobre a infância (8).

Um dos pilares fundamentais do orfanato era que seus funcionários aprendessem com a própria Pikler os primeiros cuidados com os bebês e crianças: alimentá-las, trocar-lhes a fralda, banhá-las, vesti-las sem pressa, ocupando-se delas com gentileza e afeto, considerando as necessidades individuais e reagindo aos seus sinais (8).

Desse modo, através desse novo olhar em relação aos bebês e com o aumento de pesquisas científicas nessa área, pode-se dizer bebês são suficientemente competentes para estabelecer contato com o outro, graças a um conceito chamado Intersubjetividade Primária, que prioriza a ideia de que o bebê desde a mais tenra idade é capaz de convocar ou até mesmo provocar um adulto familiar a fim de que se estabeleça uma relação a dois (9).

Na última parte do século XX, o bebê tornou-se muito precioso em vários aspectos na sociedade ocidental e espera-se e exige-se dele que seja quase perfeito

e que exames pré-natais assegurem que venha um bebê completo. Demanda-se ao bebê que ele seja autônomo cada vez mais rápido, o que pode ser muito grave para ele. Sobre isso, Golse coloca: "... me parece que um dia, entre os direitos da criança, será preciso sublinhar o direito à infância, pois não se pode ser uma criança, um adolescente ou um adulto com boa saúde psíquica sem ter tido o tempo suficiente de ser bebê" (7).

Em uma perspectiva histórica da cultura ocidental, pode-se observar que "partimos de um momento que predominava total desconhecimento da criança e que, no decorrer dos séculos, o discurso ideológico sobre a infância ressaltou a representação da criança marcada por uma natureza a ser corrigida pelo adulto, de um ser assexuado, sem desejo próprio e imaturo" (2).

1.2. O Surgimento da Psicanálise com Crianças

Ao pensar na história da Psicanálise com Crianças, destacam-se autoras como Anna Freud, Melanie Klein, já que Hermine von Hug-Hellmuth é um pouco esquecida em relação às outras duas autoras. Coube às mulheres, inicialmente, o papel de analisar as crianças (10).

A Psicanálise com crianças se inicia em um momento em que a comunidade psicanalítica está debatendo sobre a formação do analista. Nos anos pós-guerra ganharam força os debates sobre o mau uso da Psicanálise. Temores de charlatanismo contribuíram para a polêmica sobre a conveniência ou não de autorizar pessoas não médicas a esse exercício. Dessa forma, em 1927 a Comissão Internacional de Ensino decidiu que a prática psicanalítica não seria restrita somente aos profissionais médicos (10).

Esse conflito gerou uma busca contínua por reconhecimento da psicanálise com criança. Na raiz da sua teoria, persistiu um debate entre Anna Freud e Melanie Klein em torno do que seria a "verdadeira psicanálise". Para Anna Freud, as

crianças não eram capazes de estabelecer transferência com seu terapeuta; essa teoria não era defendida por Klein, o que foi mais aceito posteriormente pelos psicanalistas (10).

Pode-se considerar que a análise com crianças se inicia com o caso do pequeno Hans, publicado por Freud em 1909; essa análise foi realizada pelo pai do menino e supervisionada por Freud, sendo que os dois, Hans e Freud, encontraram-se uma única vez (2). Ao longo do ano de 1906 aconteciam na casa de Freud os encontros chamados de “sessões das quartas-feiras à noite”. Participavam desses encontros homens que estavam estimulados a compartilhar suas observações que faziam dos próprios filhos e, assim, Freud encontrou a possibilidade de comprovar que o funcionamento sexual começa no início da vida e pode se manifestar de diversas maneiras (10).

Apesar de ter dado os primeiros passos na Psicanálise com crianças, Freud diz não ter dado a atenção necessária nesse campo e defendia essa prática como algo profilático. Ao argumentar sobre os efeitos longos e duradouros, propôs também uma mudança na técnica, pois se acreditava que a criança não era capaz de sustentar a regra da associação livre. Já Melanie Klein propõe dentro do setting analítico a brincadeira, sendo este o caminho para o inconsciente da criança. Para Klein, o brincar é o equivalente da associação livre no tratamento dos adultos (10).

Em relação à transferência, Freud sustentava a ideia de que esta desempenha papel diferente na análise infantil, já que nesse caso há a presença real dos pais. Essa opinião era refutada por Klein. Tal questão é discutida até hoje pelos que praticam a psicanálise com crianças: qual o lugar dos pais ao longo do processo analítico do filho (10).

Hermine von Hug-Hellmuth foi a primeira analista a aplicar a técnica da análise infantil depois de Freud. Para ela, as crianças jamais confessariam seus desejos mais íntimos para os pais e, também, a franqueza psicanalítica não seria suportada pelo narcisismo parental. Em seu trabalho, ela buscava conciliar os

objetivos da análise com os da família, escola e sociedade, tentando desvendar segredos que as crianças ocultavam intencionalmente dos educadores. Defendia que o analista de criança se expressasse em atos simbólicos, sem a necessidade da linguagem falada; dessa forma, o analista seria terapeuta e educador que cura ao mesmo tempo. Essas ideias foram defendidas por Anna Freud (10).

Anna Freud iniciou sua vida profissional como professora infantil, apesar de não saber se essa seria realmente sua vocação. Inicia esse trabalho por não poder ainda cursar medicina. Desde muito cedo, demonstrou seu interesse pela psicanálise e dessa forma tenta se aproximar do seu pai, Sigmund Freud. Foi através da psicanálise com crianças que se torna reconhecida e publica seu livro chamado *O tratamento psicanalítico das crianças*. A autora recebeu fortes influências de Hermine von Hug-Hellmuth e, nesse livro citado, coloca os princípios da análise infantil. Ela recomendava que o analista de crianças desempenhasse um papel pedagógico. Estudou os comportamentos das crianças no jardim de infância, observou por quais brinquedos as crianças demonstravam maior interesse e em qual faixa etária e aplicava conhecimentos psicanalíticos a essas observações (2).

Em relação ao tratamento psicanalítico, Anna Freud estabelece algumas diferenças entre a análise de crianças e a de adultos. Para ela, não é possível que se estabeleça uma relação puramente analítica com a criança por imaturidade e dependência do meio ambiente. A criança não tem a consciência de seu problema e dessa forma não possui o mal-estar em relação ao seu sintoma e a necessidade de tratamento, pois geralmente são os pais que estão angustiados e preocupados com suas dificuldades. Sendo assim, a autora sugere um período chamado de entrevistas preliminares, para conscientizar a criança do seu sofrimento e da necessidade de ser ajudada (2).

Seu método de trabalho consistia em aliar medidas pedagógicas aos meios analíticos, tentando conquistar a confiança da criança e dessa forma ajudar em seu engajamento no tratamento psicanalítico (2).

Melanie Klein inaugura a técnica da análise infantil através do brincar. Para ela, as brincadeiras traduzem de modo simbólico suas fantasias, seus desejos e suas experiências vividas. O principal elemento de seu pensamento é a prevalência da fantasia e dos “objetos internos” sobre as experiências vividas no contato com a realidade externa (2).

Assim, a autora constata que há uma diferença entre a análise de crianças e a análise de adultos, todavia o que muda é o método e não os seus princípios básicos. Ou seja, a teoria se apoia nos mesmos conceitos da teoria psicanalítica de adultos, como: o inconsciente, a transferência e a pulsão. Já em relação ao método, ela coloca que o brincar substitui a regra básica da associação livre e, dessa forma, comprova que é sim possível analisar crianças (2).

Donald Winnicott, baseando-se num extenso trabalho com bebês e crianças contribuiu muito para uma maior compreensão da constituição subjetiva. Por sua formação médica com especialidade em pediatria pôde observar e reconhecer através de suas experiências a importância do meio emocional no desenvolvimento de doenças físicas nas crianças. Apesar de ter sofrido grande influência de Melanie Klein, o autor opta por seguir seu próprio caminho, elaborando seus principais conceitos através de sua prática clínica (2).

Ao contrário do que Klein propunha, Winnicott defendia a participação do ambiente externo no processo de maturação e desenvolvimento infantil (10), sendo o ambiente sinônimo de cuidados maternos, ou seja, é a mãe ou algum substituto desta que irá favorecer ou dificultar o desenvolvimento desse processo. É através desses cuidados e da capacidade da mãe/cuidador de se adaptar às necessidades do bebê que ele passa a conhecer o mundo (2).

Apesar da grande ênfase que o autor dá à mãe/ao cuidador, Winnicott enfatiza a importância também do pai ou alguém que execute essa função. Ele diz que esse papel paterno “é necessário para dar à mãe um apoio moral, para sustentá-la em sua autoridade, para ser a encarnação da lei e da ordem que a mãe introduz na vida

da criança”; dessa forma, o autor restabelece um equilíbrio entre os polos materno e paterno (2).

No atendimento de crianças, o autor não se preocupava com o diagnóstico ou a demanda que levou a criança para o atendimento, ele buscava estabelecer uma comunicação com a criança. Também não era favorável a que todas as crianças que apresentassem algum sintoma necessitassem de um tratamento longo; para ele, às vezes um único encontro entre o analista e a criança poderia ajudá-la a dissipar seu conflito (2).

Em relação à técnica, preferia desenhar com a criança fazendo perguntas e sugestões para assim despertar seu interesse em falar de coisas que normalmente não falaria com outras pessoas (2). Propõe, dentro do setting analítico, ocupar-se mais dos conteúdos das brincadeiras. O autor considera o brincar como forma de comunicação entre a criança e o terapeuta, sendo, dessa forma, possível externar suas angústias, medos, inseguranças e também seus aspectos criativos (10).

Segundo a autora Costa, pretendia resgatar de maneira nova a questão do sujeito inconsciente e, para isso, recorreu a conceitos da linguística e se apoiou em saberes como a lógica e a topologia como instrumentos de trabalho. Ao longo do seu ofício, dedicou-se à formalização da psicanálise (2).

Para a linguística saussuriana, área de conhecimento que influenciou muito a teoria de Jacques Lacan, a linguagem preexiste ao sujeito, e é a partir dessa afirmação que o autor assegura que “a linguagem determinará que o sujeito se torne seu servo”; em outras palavras, desde antes do nascimento, a criança está mergulhada em um banho de linguagem, um discurso que a precede. É por volta dos anos 1950 que Lacan desenvolve suas ideias de que o campo do inconsciente é o campo da linguagem, e afirma que “o inconsciente está estruturado como a linguagem” (2).

Lacan não trabalhou diretamente com crianças, porém ao revisitar a obra de Freud, propõe uma releitura a respeito da constituição do psiquismo humano,

considera um novo olhar na função dos pais em relação às crianças e passa a considerar que o sintoma da criança corresponde ao sintoma familiar (10). O autor define da seguinte forma o sintoma na criança:

O sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar. O sintoma – esse é o dado fundamental da experiência analítica – define-se, nesse contexto, como representante da verdade. O sintoma pode representar a verdade do casal familiar. Esse é o caso mais complexo, mas também o mais acessível a nossas intervenções. A articulação se reduz muito quando o sintoma que vem a prevalecer decorre da subjetividade da mãe. Aqui, é diretamente como correlata de uma fantasia que a criança é implicada (10).

Dessa forma, passa a acompanhar de perto os trabalhos de Françoise Dolto, Maud Mannoni e Jenny Aubry, pioneiras da psicanálise com crianças na França. Dolto, considerada inovadora no que diz respeito à psicanálise com crianças, concentrou-se na escuta do inconsciente e nos traumas genealógicos. Sua proposta teórica é inserir a criança na estrutura desejante da família, pois para a autora a criança ao nascer é fruto de três desejos, o do pai, o da mãe e o do próprio sujeito. Para ela, o sintoma da criança é também o sintoma da estrutura familiar (2).

Em relação à prática clínica, a autora dava bastante atenção ao ambiente familiar; para isso, usava as entrevistas preliminares, que têm por objetivo identificar de onde vem a demanda, quem realmente está sofrendo, estudar a dinâmica familiar e o lugar da criança no narcisismo dos pais. A autora enfatizava sobre a importância de verbalizar a verdade para as crianças, sejam elas dolorosas ou não (2).

Diferente de Klein, que priorizou a técnica do brincar, Dolto usava principalmente a fala, o desenho e a modelagem em seu trabalho clínico. Ela não interpretava os desenhos, pedia que a criança falasse sobre eles e assim priorizava o trabalho associativo. Ela enfatizava a receptividade e a capacidade de escuta do analista, que deve estar atento à história genealógica da criança, ao censurado e aos não ditos, dessa forma priorizava a capacidade construtiva à interpretativa (2).

Para ela, não existia idade mínima para se iniciar uma análise, atendendo

até mesmo bebês, nesses casos recebia seus pais/cuidadores, escutava sua história e dirigia-lhe a palavra reconhecendo-o como sujeito (2).

Finalizo este breve relato sobre a história da psicanálise com crianças, considerando que apenas citei alguns dos muitos autores que contribuíram para o desenvolvimento dessa prática clínica.

1.3. Considerações sobre desenvolvimento infantil e a constituição psíquica

Pesquisadores da área médica definem o desenvolvimento da seguinte forma:

Aumento da capacidade do indivíduo em realizar funções cada vez mais complexas. Desenvolvimento infantil é um processo que se inicia na vida intrauterina e envolve crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, visando tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio (11).

O desenvolvimento se dá de forma dinâmica, através de mudanças biológicas e psicológicas que permitem que a criança adquira novos comportamentos. O acompanhamento do desenvolvimento infantil é uma intervenção preventiva que compreende questões do desenvolvimento normal e detectar problemas inerentes à atenção de saúde da criança (11).

Nos anos de 1984 e 2002, foram lançados no Brasil manuais do Ministério da Saúde com o objetivo de monitorar o desenvolvimento infantil. Tais manuais oferecem uma Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento que é uma espécie de roteiro que ajuda a identificar possíveis problemas de desenvolvimento. Já na versão mais atual, junto com os marcos do desenvolvimento maturativo, motor e social acrescentaram-se em cada faixa etária um marco do desenvolvimento psíquico (11).

As autoras (12) que atuam na área da Enfermagem compreendem o desenvolvimento infantil como um processo dinâmico envolvendo um sistema de expansão das habilidades físicas, cognitivas, psicológicas e socioemocionais que levam ao aumento de competências: da autonomia à independência. Concomitante a isso, o desenvolvimento refere-se ao crescimento expresso pelo aumento do tamanho corporal, o qual ocorre desde a concepção até o final da vida, sendo que a infância é um período em que ocorrem várias modificações.

Partindo para o campo da Psicanálise, além de considerar importantes os marcos do desenvolvimento global – Qual é a idade certa para começar a andar? Quando se começa a falar? Qual é a idade para controlar os esfíncteres? Com que idade colocar na escola? Quando a criança já precisa começar a comer sozinha? –, consideram-se também questões individuais, escutam-se as particularidades de cada criança, o que é de cada um, ou seja, a singularidade.

Segundo os autores Jerusalinsky e Coriat (13), ao falar sobre desenvolvimento infantil, “é preciso fazer uma distinção entre as articulações que constituem o sujeito e os instrumentos dos quais este se vale para realizar seus intercâmbios com o meio”. As primeiras são denominadas aspectos estruturais e os segundos, os aspectos instrumentais.

Aspectos estruturais são definidos pelos autores como sendo “o aparelho biológico, especialmente o sistema nervoso central; o sujeito psíquico; e o sujeito cognitivo como um sistema diferenciado dentro do psíquico” (13).

O aparelho biológico que possibilita a existência, pois é através do sistema nervoso central que condiciona, limita e possibilita, em seu funcionamento, o campo dos intercâmbios. É o sistema nervoso central que oferece abertura aos processos simbólicos (13).

Os autores colocam:

... sobre esse alicerce, determinado pela presença de uma estrutura familiar, constitui-se o sujeito psíquico. Cada acontecimento entre a criança e seus pais, é significado por atos, gestos e palavras,

articulados em uma sequência que recorta e delinea o lugar do filho. É a definição desse lugar que permite a criança ser sujeito... (13).

O interesse da criança por alguma coisa, em um primeiro momento, é algo que resulta interessante para sua mãe, esse meio enquanto coisas e pessoas tornam-se objeto de investigação, experimentação como um intercâmbio organizado. A partir dessa organização que vai fornecer sistemas cada vez mais confiáveis para a realização dos intercâmbios (13).

Os aspectos instrumentais, que são os sistemas nervoso, psíquico afetivo e psíquico cognitivo, pois eles possibilitam, marcam e situam o lugar e a modalidade desde a qual o sujeito se manifesta. Assim, nos acontecimentos entre as crianças e seus pais quase sempre se faz presente uma tripla exigência: preservar a vida e o bem-estar físico; entender e fazer-se entender e ensinar e possibilitar a aprendizagem. Por isso, “diante de uma perturbação qualquer do desenvolvimento, nossos olhares dirigem-se imediatamente a essas estruturas básicas, ou, melhor dito, as manifestações que podem significar uma alteração delas” (13).

Os aspectos estruturais são os alicerces básicos, as ferramentas das quais o sujeito se utiliza para realizar os intercâmbios necessários com o meio. Qualquer déficit ou ausência não impede o sujeito de se estruturar, porém ocasiona atrasos significativos; a ausência dessas ferramentas pode prejudicar a aprendizagem, hábitos de vida diária, jogos, relações sociais e a psicomotricidade, ou seja, atrapalha o desenvolvimento e a aquisição dos aspectos estruturais, o que sinaliza impasses na constituição do sujeito (13).

Marie Cristine Laznik (14), psicanalista e importante teórica na área da psicanálise, propõe o processo de estruturação do psiquismo através de dois pontos: o primeiro diz que existem sinais observáveis em exames clínicos para as instaurações estruturais que fundam o funcionamento do aparelho psíquico. Um dos sinais é o não olhar entre o bebê e sua mãe, principalmente se essa mãe não se dá conta disso, e em segundo, ela propõe pensar a respeito dos três tempos do circuito pulsional.

Em relação ao primeiro ponto, a autora (14) destaca a importância do olhar entre mãe-bebê, pois é ele que dá ao pequeno a noção de unidade, de imagem corporal, base de sua relação com os outros. É neste momento em que a criança “pede” ao adulto a confirmação pelo olhar do que ele percebe no espelho. Porém este olhar não pode ser confundido com a função da visão, a autora sugere um “orelhar” (olhar com as orelhas), um olhar atento que permite à mãe escutar de início desde os balbucios do bebê, suas mensagens, o que Winnicott chamava de loucura necessária das mães, que é a mãe poder antecipar, nomear, ver e escutar o que ainda não está, para um dia advir.

Já em relação ao segundo ponto, a autora atribui grande importância à instauração do circuito pulsional completo. Para que esse circuito possa ser considerado completo são instaurados três tempos: o primeiro, chamado de ativo, é quando o bebê vai em busca do objeto oral (seio ou mamadeira) para se apoderar. O segundo tempo é quando esse bebê tem capacidade autoerótica, se ele chupa a própria mão, o dedo ou a chupeta, que pode ser chamado de experiência alucinatória de satisfação. E o terceiro tempo, pode ser chamado de “satisfação pulsional” é quando o bebê se coloca no lugar de se fazer objeto para o outro, por exemplo, quando observamos um bebê colocando seu pé na boca da mãe ou seu dedo da mão para a mãe fingir que vai comê-lo de forma muito prazerosa, ou seja, o prazer compartilhado (14).

Nesse terceiro tempo, é possível observar clinicamente como a ideia de um bebê passivo é somente aparente. É de forma ativa e prazerosa que ele se faz ser comido pelo outro, para o qual ele se faz de objeto. Esse assujeitamento no qual o bebê se coloca visa fisgar a mãe, trata-se de uma passividade do bebê em relação à mãe aparente, já que é um lançar ativo que o bebê faz (14).

Para que haja a instalação desse circuito de satisfação que permite o desenvolvimento do bebê, a mãe ou o cuidador precisa sustentar as seguintes funções: estabelecer a demanda da criança, que é poder entender o choro do bebê

como um pedido a ela/ele e colocar-se na posição de responder ao seu bebê – a mãe poder traduzir em palavras esse choro; em seguida, supor um sujeito, que é a mãe se antecipar, supor, pois mesmo que o bebê não esteja constituído psicologicamente como sujeito e para que a constituição ocorra, é necessário que haja esta suposição; alternar presença e ausência, que é a possibilidade que a mãe ou o cuidador possa oferecer ao bebê uma alternância entre presença e ausência, e que esta alternância não seja somente física, que ela possa ser simbólica, pois, para que um bebê deseje, ele precisa ter a falta instalada: essa falta é possibilitada por essa alternância e a instalação da função paterna; quando esta função se instala é possível ao bebê que ele renuncie ao prazer imediato que ele tem com o próprio corpo e ao corpo da mãe ou do cuidador. Para que esta função seja instalada, é necessário que a mãe ou o cuidador possibilite a entrada de um terceiro nessa relação não fazendo da criança seu objeto único de satisfação (14).

A partir das descobertas baseadas nestas pesquisas, abre-se espaço para outra modalidade clínica, a clínica com bebês e um lugar de escuta para seus pais, em que aspectos psíquicos passam a ganhar lugar e relevância.

Assim, nota-se que, pelo viés da Psicanálise, desenvolvimento e estruturação psíquica não ocorrem de formas separadas, e sim, interdependentes, nos possibilitando pensar que desenvolvimento infantil não é algo que é herdado, ganho, ele não acontece naturalmente, e sim, é conquistado, é desenvolvido já que o ser humano necessita do outro para sobreviver (15).

Bernardino (15) afirma que, para pensarmos na infância, lidamos com dois eixos temporais entrecruzados, o diacrônico, evolutivo e o sincrônico, que é o estrutural. Assim, temos um organismo biológico que está em desenvolvimento e ao mesmo tempo um sujeito psíquico que daí precisa emergir.

Dessa forma:

Ao nos referirmos à criança somos remetidos à diacronia de um desenvolvimento que envolve um corpo real submetido a uma gênese anatômica, fisiológica, neurológica, que segue uma maturação própria

da espécie e se apresenta em determinado ritmo. Entretanto, o tempo sincrônico, estrutural incide sobre o que caracteriza biologicamente, pois como o ser humano se define por sua essência como ser falante, é a partir da linguagem que seu desenvolvimento se organizará (15).

Assim, embora seja importante verificar o desenvolvimento da socialização, aprendizagem, psicomotricidade, constituição de hábitos e comunicação, como fazem psicólogos do desenvolvimento, pediatras e outros profissionais da área da saúde, é muito importante verificar se o processo de constituição da criança como sujeito psíquico – ser que habita o campo simbólico, que fala em nome próprio e que deseja à sua maneira – está em curso, se ela está entrando nessa estrutura que organizará seu desenvolvimento (15).

A teoria psicanalítica entende o ser humano, fundamentalmente, como um ser de relação e, desse modo, o eu se constitui a partir da relação com o Outro. Esse Outro, escrito em maiúsculo, na psicanálise lacaniana, é uma presença real que responde a uma função simbólica. O bebê humano precisa de um olhar que o confirme e lhe diga quem é, o que viabiliza sua entrada no universo simbólico (16).

Para a Psicanálise, esse outro, quem administra os cuidados com o bebê, exerce a função materna. O bebê, mesmo que nascido a termo, é considerado prematuro em relação à formação da sua subjetividade. O bebê nasce com urgências vitais e as expressa através de gritos desarticulados. Esse grito não remete a nada de preciso a não ser pelo fato de vir a ser tomado por alguém como um apelo dirigido. Esse alguém é o outro que realiza a maternagem. Nesse momento, esse outro tem a função, por meio da interpretação desse grito, de inserir o bebê no mundo simbólico (17).

A entrada no campo simbólico é o que humaniza o bebê e permite que este se situe numa cultura com identidade particular. As variáveis presentes na formação do universo simbólico não dependem somente do bebê ou da criança pequena, mas, sobretudo, do outro que administra os cuidados (17).

Nesse período, mãe/cuidador e bebê ficam muito fusionados devido às repetições das experiências de trocas que realizam diariamente. É importante que essa fusão aconteça, porém é significativo que haja momentos de separação entre a dupla. Nesse momento em que ocorre a separação necessária entre eles, o bebê passa a perceber que não é e não tem o que a mãe deseja e a mãe reconhece que não pode ser o único objeto de desejo da criança. Para a teoria psicanalítica, a presença de um terceiro na relação mãe-bebê é o que se chama de função paterna (17).

Importante ressaltar que, para que aconteçam essas operações, é necessária uma série de interações que devem se realizar no interior de uma relação, sustentada pelos outros parentais transmissores da estrutura simbólica, pois nada advém naturalmente (15).

Ou seja, como ressaltou Jerusalinsky (18), “o que se desenvolve são as funções e não o sujeito”, isto é, as funções instrumentais (as diversas áreas do desenvolvimento), necessárias para a adaptação ao meio, evoluem de acordo com a maturação e o crescimento, dando origem aos diferentes esquemas de ação. Mas o que dá sentido a essas funções, o que move o processo é o sujeito que daí começa a surgir; de início sustentado pelo Outro primordial. Nesse sentido, diz esse autor, “o maturativo se mantém simplesmente como limite, mas não como causa”. Através dessa afirmação, Bernardino desenvolve que a causa está do lado subjetivo, no campo das significações. Mas a medida do que poderá ser realizado estará submetida aos limites maturativos do momento (15).

Segundo Bernardino:

Do que se depreende a dominância das questões simbólicas, de estrutura, sobre o que diz respeito ao corpo em desenvolvimento, embora este, retroativamente ao se consistir como imagem de unidade, dê paulatinamente um suporte narcísico, egóico, imaginário, à estrutura em sua abstração. Em outras palavras, é possível dizer eu e assumir-se como alguém em separado do outro cuidador, porque há uma imagem de corpo, uma representação mental de si, que dá

consistência a este eu, instância abstrata da linguagem, representante das identificações do sujeito (15).

Bernardino cita Esteban Levin (19): “Não há desenvolvimento possível sem uma estrutura que o origine e o sustente”. Esse é o aspecto simbólico que move o processo: caso não haja parceiros relacionais importantes e envolvidos no processo para dar sentido ao desenvolvimento, este se perderá. Em outras palavras, mesmo que o sujeito seja afetado pelo significante, é preciso que exista um sistema nervoso, uma base orgânica para que esse significante fique registrado. E, assim, àquilo que se refere ao aspecto orgânico, o tempo do desenvolvimento conta, pois há uma dependência de fatores maturacionais, neurofisiológicos.

Sendo assim, não há como negar que há uma interdependência entre os fatores orgânicos e de linguagem. Portanto, a partir da perspectiva da teoria psicanalítica, pode-se propor uma definição de desenvolvimento, de acordo com Bernardino:

É o atravessamento das diferentes interseções de tempos lógicos com estados cronológicos, que permitem o processo simbólico de inscrição e de passagem de um sujeito dito do tempo infantil, das inscrições fundamentais, ao tempo de apropriação da estrutura, em retroação constante, passando pelos diferentes estatutos imaginários que configuram sua posição em relação ao desejo: criança, adolescente, adulto, até o envelhecimento, tendo como eixo o infantil (identificações fundantes) que se repete (15).

Assim, a autora coloca que, para pensarmos a infância a partir da teoria psicanalítica, estamos no entrecruzamento entre a maturação biológica e uma lógica de linguagem que marca o acontecimento biológico, ao mesmo tempo em que é dependente dele – determinações genéticas, constitucionais e ambientais sofrerão ações do desejo do Outro (15).

Pensando nesse entrecruzamento que existe entre o desenvolvimento infantil e o processo de constituição do psiquismo que dificulta propor um diagnóstico mais definitivo para as crianças, principalmente na faixa etária da primeira infância, o

que os pesquisadores Jerusalinsky et al. (20) sugerem é que haja um olhar que considere a subjetividade das crianças.

Segundo os pesquisadores Jerusalinsky et al.:

A perspectiva de desenvolvimento na qual se baseia a Psicanálise parte do princípio de que a subjetividade é um aspecto central e organizador do desenvolvimento em todas as suas vertentes. Essa subjetividade, por sua vez, é constituída pela inserção da criança na linguagem e na cultura.

O que caracteriza o bebê humano é o fato de que seus instintos pré-formados são ressignificados por seu meio ambiente, o que o distancia do funcionamento animal em sua dimensão etológica. Nessa perspectiva, dá-se a possibilidade de uma abertura para a linguagem, que vai marcar e organizar as funções orgânicas, anatômicas, musculares, neurofisiológicas da criança, a partir do laço que ela estabelece com outro humano, geralmente a mãe ou o cuidador (20).

É importante pensarmos na interdependência em que o desenvolvimento infantil ocorre desde a primeira infância, pois é nesse tempo que as bases de saúde mental se estabelecem e são dependentes de relações corporais, afetivas e simbólicas que acontecem entre o bebê e sua mãe ou cuidador. Pode-se exemplificar da seguinte forma: atividades vitais de um bebê como dormir, mamar, acordar, olhar, defecar não dependem puramente do sistema orgânico, mas também de marcas simbólicas deixadas por seus cuidadores. Tais marcas são impressas no aparelho neuroanatômico do bebê e são fundamentais para o seu desenvolvimento, por isso é tão importante investigar o desenvolvimento infantil articulado ao processo de constituição psíquica (20).

É através dessas relações que o ser humano estará inserido na cultura e construindo sua subjetividade, o que é organizador para o desenvolvimento. Falhas nesse processo ocasionam transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil.

Os autores Jerusalinsky et al. afirmam:

Durante a primeira infância, as manifestações comportamentais que se operam nas pequenas crianças têm um caráter acentuadamente polimorfo. Assim, uma manifestação motora é ao mesmo tempo neuro-maturativa, psicológico-cognitiva, tem valor trófico-fisiológico, e

também é – simultaneamente – expressão emocional e significativa da relação com os outros em geral e com o meio (20).

Vale ressaltar que esses eixos citados não se apresentam separadamente ao longo do desenvolvimento infantil, eles estão entrelaçados nos cuidados que a mãe ou cuidador oferece à criança, eles fazem parte das funções tanto físicas quanto psicológicas (20).

1.4. Contribuições Psicanalíticas sobre a primeira infância e os sinais de sofrimento psíquico

No início da década de 1980 o campo das relações mãe-bebê começou a evidenciar potencialidades interativas do bebê. Nessa perspectiva, cuidador e bebê são participantes ativos na criação de uma experiência emocional (21).

Desde então, autores psicanalistas, psicólogos do desenvolvimento e neurocientistas nos apresentam um bebê ativo desde o nascimento, com competências e capacidades que lhe permitem interagir com seu entorno, diferenciar características de seus cuidadores, engajar-se em interações afetivas e até mesmo modular o tipo de interação no qual se encontra (22).

Bernardino (23) afirma que, através de estudos recentes, tem-se observado bebês dotados de um aparato que desde muito cedo os torna capazes de serem parceiros ativos nas interações com seus pais. Um recém-nascido olha os rostos que se debruçam sobre ele, e é capaz de distinguir o rosto da mãe e reconhecê-lo quatro horas após o nascimento, reconhece sua língua materna e demonstra preferência pela voz da mãe à de outras mulheres.

A autora afirma que a sensorialidade, a motricidade e as sensações corporais do bebê necessitam de uma integração e que ainda não é possível o próprio bebê realizar sozinho. Para que essa integração dos aspectos sensório-motores e

emocionais aconteça, é necessário que a mãe ou quem faça a função materna possa sentir os medos e as necessidades do bebê que são experimentados corporalmente sem consciência (23).

Golse (7) destaca sobre a importância de tomar o bebê como um ser ativo, e não totalmente passivo e dependente como antes. O bebê do século XXI é um parceiro ativo de suas interações com o mundo e com seus objetos e não mais pensado como passivo e reativo simplesmente. Em oposição ao que se acreditou por muito tempo, o bebê, desde o início, em vez de estar centrado sobre si mesmo, engaja-se em trocas emocionais significativas com seus cuidadores (24).

Diante de todas as pesquisas que vêm sendo desenvolvidas, todas elas consideram como fator essencial um meio ambiente afetivo e sensível às necessidades do bebê para que seu potencial inato se atualize e se desenvolva; para reforçar essa ideia, temos noção de plasticidade psíquica através da ênfase na inter-relação entre as capacidades do bebê e o investimento de seus principais cuidadores para que o desenvolvimento neurológico e afetivo se desenvolva (24).

Laznik, com pesquisas sobre indicadores de risco para autismo precoce infantil e transtornos graves do desenvolvimento; Cooper and Murray, com estudos sobre os efeitos da depressão pós-parto no emocional da criança e do adolescente; e Golse, com a clínica da intervenção precoce, nos comprovam que carências e problemas nas relações iniciais podem colocar em risco os elementos primordiais à constituição do psiquismo na primeira infância (24).

Para Jerusalinsky, a dificuldade em perceber o sofrimento psíquico precoce não ocorre por negligência, mas sim por falta de conhecimento. Por um lado, a ideia de que não é possível detectar que os bebês sofrem, pois se desconhece que os bebês em suas produções espontâneas estão se constituindo psiquicamente, e por outro lado, o temor de que toda detecção precoce signifique um diagnóstico fechado (17).

De acordo com Bernardino, pensar no sofrimento que incide sobre o psiquismo de uma criança é transitar pela flexibilidade das estruturas psíquicas da infância e se atentar para a pregnância das inscrições psíquicas que se fazem nesse tempo inaugural (15).

A Psicanálise trata o sofrimento psíquico como algo inerente ao processo de estruturação subjetiva e do mal-estar próprio da espécie humana, ter que unir dois campos tão distintos, como organismo e linguagem. Assim, podemos entender o sofrimento como inerente ao humano, pois nem sempre é possível associar bem instâncias tão distintas (15).

Dessa forma, ao analisarmos os sintomas de uma criança que esteja ainda na primeira infância, que compreende o período de 0 a 3 anos, esse olhar deve ser muito cuidadoso. É possível perceber sinais de risco que podem chegar a ser suposições diagnósticas, porém nessa faixa etária, da primeira infância, esses sintomas deveriam ser entendidos somente como hipóteses acerca do processo de constituição psíquica da criança (5).

Tal processo se desdobra ao longo do tempo da infância e pode ter seu curso obstaculizado ou paralisado, o que gera sofrimento psíquico para a criança. Nesse caso, segundo a autora Bernardino, o entendimento seria de que a criança está mobilizando defesas – os sinais de risco – contra o perigo de aniquilamento da falta de sentido para si mesma (5).

O objetivo para tais hipóteses seria o de um encaminhamento da criança para uma intervenção a tempo, mobilizando aquilo que em psicanálise se entende como uma aposta no sujeito que ainda não está ali, mas que se supõe que surgirá (5).

Intervir nesse tempo inicial significa intervir em um tempo de constituição, num momento de vida em que ainda não há um sintoma cristalizado (24).

Graciela Crespín (25), pesquisadora, psicóloga e psicanalista contemporânea, relata que inicialmente trabalhou em um hospital atendendo adultos, mais especificamente na psiquiatria, mas devido à alta demanda de trabalho, a autora

passou a trabalhar nos centros de prevenção que cuidavam das crianças.

Inicialmente, isso causou certa surpresa, pois, assim como a própria autora, as pessoas não entendiam o que uma profissional da psicanálise poderia fazer com bebês e mães/cuidadores que apresentavam boa saúde psíquica (25).

A própria autora se questionava sobre o seu papel nesse lugar, ela diz: “Colocava para mim mesma a questão de saber como poderia contribuir como psicanalista, numa consulta de lactentes, na qual a dimensão médica reinava”. E foi se interessando por sintomas (o bebê não fixar o olhar ou o bebê não conseguir ganhar peso mesmo com muitos esforços) que incomodavam a classe médica que Crespín começou a se desenvolver na clínica com bebês, e assim, iniciava-se um diálogo entre a medicina e a psicanálise (25).

Tais sintomas chamavam sua atenção, não tanto pela gravidade e sim por sua frequência e recorrência, a autora coloca a clínica precoce como uma abertura ao trabalho do psicanalista, sem confundir sua atuação com a atuação da área médica, da área dos educadores e da área dos assistentes sociais (25).

À primeira vista, esses são sintomas de domínio da área médica, mas a autora nos mostra como tais sintomas na primeira infância tornam visíveis os processos da formação do psiquismo. Quando o desenvolvimento infantil vai bem, a fixação do olhar ou o início da fala (balbucios) se desenvolvem ao longo das primeiras semanas e meses (25).

A autora descreve esses sinais como sendo bem conhecidos pelos profissionais que lidam com a infância, porém quando encontrados geram mal-estar. Ela sugere que esse mal-estar se dê entre a vontade de não alarmar inutilmente os pais e o cuidado de não deixar de lado algo grave que esteja acontecendo com a criança (25).

Ela separa esses sinais em dois grupos:

– Sinais positivos de desenvolvimento: quando os processos psíquicos estão funcionando como o previsto.

– Sinais de sofrimento precoce, que se subdividem em duas partes:

1. Barulhentos: são sinais que sempre alertarão os mais próximos, aqueles sintomas que frequentemente levam ao consultório médico.

2. Silenciosos: são sinais que geralmente passam despercebidos, os médicos não serão consultados e muitas vezes serão tomados como sinais positivos do desenvolvimento, já que a criança é tida como “a que não dá trabalho” (25).

Esses sinais podem ser percebidos e observados através do desenvolvimento e desempenho na dupla modalidade das funções materna e paterna; a partir das trocas realizadas com o bebê é que será possível identificar os sinais ditos positivos, como também sinais de sofrimento psíquico. Dessa forma, os sinais positivos aparecem quando é possível um equilíbrio entre essas funções e os sinais de sofrimento quando há um desequilíbrio, uma não organização entre elas (25).

A autora fala da importância de compreender esses sinais. A série barulhenta tem como função alertar os mais próximos a esse bebê, por isso esse nome, correspondem a um ato do bebê: o bebê é ativo e luta contra um possível excesso de mãe/cuidador, em uma tentativa de colocar limites na onipotência materna. Já os da série silenciosa podem passar despercebidos ou até mesmo serem confundidos com algo positivo do desenvolvimento, o que torna essa série mais perigosa para o bebê (25).

A autora diz:

Efetivamente, esses sinais parecem corresponder ao momento em que o bebê deixa de lutar para pôr um limite à onipotência materna, e parece se entregar a uma passividade e a uma atonia que podem tornar estes tipos de sinais extremamente confortáveis para os cuidados, daí sua periculosidade (25).

São aqueles bebês que podem ser manipulados à vontade, sem manifestarem qualquer diferenciação, o que pode ser confortável para uma mãe/cuidador que esteja sobrecarregado ou ausente, ou pouco implicado nessa relação (25).

No plano da pulsão oral, a autora apresenta a série “barulhenta”, como a recusa alimentar, e a série “silenciosa”, como a passividade de se deixar alimentar (5).

Já pensando na especularidade, teríamos na série “barulhenta” o evitamento seletivo do olhar e, na série “silenciosa”, a não fixação do olhar (5).

Com a pulsão invocante, na série “barulhenta” teríamos a persistência de gritos inarticulados e, na série “silenciosa”, a cessação do apelo do bebê (5).

Em relação ao sono, na série “barulhenta” estariam os distúrbios do sono – dificuldades para dormir ou acordar, acordar com muito choro. Na série “silenciosa”, a hipersonia ou a insônia calma (5).

Por último, no registro tônico-postural, o qual implica falhas no diálogo tônico-postural mãe-bebê, na série “barulhenta” teríamos as hipotonias (tônus musculares enfraquecidos) e hipertônias (tensão excessiva em músculos, artérias ou outros tecidos orgânicos) e na série “silenciosa” os balanceios, autossensorialidade e as estereotipias (5).

Como podemos perceber, os bebês e crianças pequenas têm maneiras diversas de expressar seu sofrimento, algumas mais visíveis, outras mais sutis; mas não podemos negar que o que apresentam em seus corpos, na regulação de suas funções, no seu desenvolvimento, diz respeito a um mal-estar que se situa além do registro orgânico. Eles conseguem sinalizar que algo está errado com o que dispõem na relação com o outro: seu corpo (5).

1.5. A importância dos pais no tratamento psicanalítico com crianças

Ao pensarmos sobre a clínica psicanalítica com crianças e sabendo que elas são dependentes de seus pais ou de quem as cuida, torna-se necessário refletir sobre as particularidades do tratamento analítico com crianças. Proponho iniciar pensando: O que se trata? E quem se trata? Lembrando que a demanda por atendimento não parte diretamente das crianças, pois quem nos procura geralmente

são os pais, escolas ou pediatras, são eles que trazem alguma queixa em relação à criança e não ela própria.

Faria afirma que, mesmo que se opte pela exclusão dos pais e reduza ao máximo as entrevistas, essa opção de manejo influenciará sobre a transferência dos pais com o analista e também no curso da análise com a criança (26).

A autora acima citada faz uma importante pergunta: “Seria a queixa dos pais condição suficiente para tomar uma criança em análise? ”. Ela diz:

Para evitar os riscos do tratamento por encomenda, de uma análise orientada apenas pelas demandas e expectativas dos pais, as entrevistas preliminares devem ser consideradas, também nos casos das crianças, um período de avaliação das condições necessárias ao início de uma análise, com uma reflexão que inclua o manejo do psicanalista tanto com os pais como com a própria criança (26).

O bebê humano, ao nascer, é completamente dependente de um outro, sem esse outro que o ampare e o acolha ele não sobreviverá. Aquele que cuida do bebê traduz o choro em necessidade, supõe no grito uma demanda. Interpreta. Porém, o choro do bebê nem sempre foi demanda, como muitos acreditam, nem sempre foi um choro endereçado, é o que coloca Faria (26).

Albano afirma que todos os bebês nascem prematuros, até mesmo os que nascem a termo, pois o ser humano precisa de um adulto que lhes dê assistência, que o alimente, mantenha-o aquecido, faça sua higiene, mas além disso, das necessidades orgânicas, os bebês humanos precisam que um adulto o introduza no universo das trocas afetivas. É através dessas trocas que acontece a constituição de um corpo e sua subjetividade (27).

Faria, em seu livro *Introdução à psicanálise de crianças – O lugar dos pais*, aponta: “A mãe – ou aquele que acolhe a criança no nascimento – supõe uma demanda e oferece uma resposta que faz cessar o desconforto. Ao fazê-lo, tanto ela quanto a criança são capturadas em um circuito interpretativo” (26).

A autora (26) coloca que há um consenso na Psicanálise a respeito do pressuposto de que o sujeito não é inato, ele se constitui e, assim, o vínculo da criança com aqueles que dela se ocupam desde o nascimento tem papel fundamental nessa constituição.

Freud (28), em “Projeto para uma psicologia científica”, relata sobre o desamparo primordial do ser humano, e mostra como uma criança necessita de um outro para sua sobrevivência e desenvolvimento.

Através dessas contribuições teóricas, podemos constatar a importância dos pais ou cuidadores para a constituição psíquica das crianças. E podemos nos perguntar: Qual a importância de os pais estarem presentes no tratamento psicanalítico com crianças? (26).

A literatura a respeito da participação dos pais no processo terapêutico das crianças tem divergências. Há autores que defendem uma postura do analista mais próxima e receptiva em relação aos pais; outros autores defendem o contrário e propõem aos pais a mínima participação possível.

Zornig (22) diz que, se não escutarmos a demanda trazida pelos pais e não a acolhermos, a criança e seu tratamento não são possíveis. Elas chegam para o tratamento identificadas às narrativas contadas pelos seus pais. Para a autora, o discurso parental é importante, não para informar, para preencher uma anamnese, e sim, dizer sobre a história da criança, narrar sobre o lugar que essa criança ocupa nas fantasias dos seus pais.

Para Faria, o fato de excluir os pais do tratamento da criança tem consequências no seu percurso, como, os pais que não se sentem ouvidos podem deixar de pagar, começam a faltar ou abandonam o tratamento (26):

“A possibilidade de ruptura na análise da criança, sempre colocada no horizonte quando a transferência dos pais não encontra, no manejo do analista, um ponto estável de sustentação, é um fantasma que costuma assombrar psicanalistas que fazem essa opção. O que se encontra alienado no sintoma na criança transborda na transferência dos pais.”

Os sintomas que as crianças apresentam ao chegar para o tratamento psicanalítico muito têm a ver com questões dos seus pais/cuidadores. Os sintomas podem aparecer nas crianças como forma de elas serem ouvidas ou também podem denunciar algum conflito em que vivem os próprios pais/cuidadores (29).

Faria nos traz um exemplo clínico em seu texto que nos ajuda a perceber sobre o sintoma da criança chegar pela fala dos pais/cuidadores (26).

A autora relata: "... a mãe diz: *não quero que ela sofra como eu sofro*". De quem é o sofrimento que traz a criança para análise? É da criança? Essa queixa é a expressão clara da origem do sofrimento que envolve o tratamento da criança. A mãe sofre, e vê através dos sintomas da filha a possibilidade de ela vir a sofrer também, é isso que mobiliza a mãe e a faz procurar por ajuda (26).

Importante ressaltar que essa prática clínica sofre constante pressão por parte dos pais/cuidadores, demandando muitas vezes uma imediata resolução dos sintomas que a criança apresenta. (29)

Zornig (22) discorre sobre a importância de dar espaço para ouvir sobre os desejos dos pais no processo de formação do sujeito, ela mostra como desde o início da vida, para o bebê vir a ser um sujeito do desejo, a constituição é marcada pela intersubjetividade e o desejo dos pais/cuidadores.

Outra importante contribuição que Faria nos faz é diferenciar o sintoma *na* criança e o sintoma *da* criança. O primeiro é o que é atribuído à criança por aquele que demanda inicialmente o tratamento; o segundo é o sintoma nomeado como tal pela própria criança. Ela afirma que são esses dois pontos que precisam ser levados em conta para tomar a criança em análise ou não (26).

Outro ponto a ser levado em consideração é que os pais/cuidadores na maior parte das situações já estão angustiados e preocupados quando decidem procurar ajuda para a criança, e nesse momento é esperado que se faça um bom

vínculo entre analista e os pais/cuidadores, pois por outro lado eles depositam confiança ao deixar a criança aos cuidados de um profissional que não conhecem (29).

Dessa forma, o discurso dos pais/cuidadores tem grande importância nos sintomas que a criança apresenta, pois esta fixa sua existência num lugar determinado pelos pais/cuidadores. A criança procura responder ao enigma proposto pelos adultos, identificando-se ao que acredita ser objeto de desejo, na tentativa de preencher a falta estrutural do Outro e evitar a angústia de castração (22).

MÉTODO

2.1. Metodologia

Tipo de pesquisa

O presente trabalho tem como área de interesse a psicanálise na primeira infância, sendo assim, propõe-se como método de pesquisa a abordagem qualitativa baseada nos pressupostos da psicanálise.

Para Turato (30), na abordagem qualitativa não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender o seu significado individual ou coletivo para cada pessoa. Segundo o autor, o significado que é colocado tem função estruturante: o

modo como cada pessoa organiza esses significados terá influências em sua vida, inclusive com os cuidados com a própria saúde.

O autor ainda coloca:

... o investigador qualitativista quando vai a campo estudar *as coisas*, não é a elas em si que ele vai se ater, pois o termo genérico *coisas* neste caso é um sinônimo metodológico de objeto de estudo, que, em se tratando de pesquisa qualitativa, são as pessoas ou as comunidades em sua fala e em seu comportamento (as coisas que acontecem...). Por outro lado, é sempre no setting natural que ocorre o estudo, e nunca num ambiente reprodutor de situações (31).

Ainda em relação à pesquisa qualitativa, o autor fala sobre o pesquisador ser movido a uma atitude de acolhimento das angústias e ansiedade da pessoa em estudo e mostrando-se útil nos casos em que tais fenômenos tenham estruturação complexa, por ser pessoal, íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil. É importante valorizar as trocas face a face, dando importância às trocas afetivas mobilizadas na interação pessoal e escuta do sujeito. Observa-se o global na sua linguagem corporal, comportamental no sentido de complementar, confirmar um desmentir o falado (31).

Turato ainda nos aponta três características do pesquisador que sustenta o método: a primeira é a atitude existencialista, que seria a valorização e reflexão sobre as angústias e ansiedades dos sujeitos estudados; a segunda, a atitude clínica, que é ligada à qualificação de olhar e escuta que o pesquisador clínico deve ter ao ouvir os sujeitos da pesquisa; e a terceira é a atitude psicanalítica, que consiste na utilização de conceitos psicanalíticos como ferramentas para a intervenção, compreensão do fenômeno investigado, coleta de dados, análise e discussão dos resultados (31).

O método psicanalítico, diferente do positivista, segue o modelo epistemológico sujeito-sujeito, no qual a produção de algum conhecimento se dá através da relação do terapeuta com seu paciente. A investigação em psicanálise se dá através do estudo da relação intersubjetiva mediada pelas noções de transferência e contratransferência (32).

Celes mostra que a psicanálise é fundamentalmente um trabalho de tratamento. Para o autor, a intencionalidade terapêutica da psicanálise designa o primeiro sentido descrito por Freud, o motivo de existência e de valor da psicanálise. O tratamento permite a pesquisa, que, por sua vez, permite a formulação de teorias. Sendo assim, psicanálise é antes trabalho que conhecimento, e se constrói de novo ainda que diferente a cada caso (33).

Januário ressalta que o modelo criado por Freud não é determinista e explicativo, ele não lida com a noção de causa, e sim de desejo. A psicanálise não se constitui como um discurso coerente e controlado, e sim como narrativa. Dessa forma, o modelo proposto por Freud lida com sentidos e significados criados a partir da subjetividade. O instrumento de trabalho é a interpretação, por meio da qual o analista busca compreender os significados que cada paciente fornece aos acontecimentos próprios (32).

Safra coloca que para o método psicanalítico não é importante a explicação, e sim a narrativa, a descrição e a compreensão dos fenômenos, já que muitas situações subjetivas não são passíveis de explicações, e sim de compreensão (34).

O autor salienta que trabalhos psicanalíticos não são menos rigorosos por não utilizarem a metodologia tradicional, caracterizada pela dicotomia sujeito-objeto, já que as investigações psicanalíticas são realizadas com base no rigor dado principalmente pela fidelidade aos princípios que norteiam a prática da investigação psicanalítica. Tal rigor também se faz possível através do posicionamento do psicanalista a partir de uma perspectiva ética, sendo uma ética que se inscreve tanto na prática clínica quanto em sua forma de investigação (35).

Para trabalharmos com material clínico em pesquisa acadêmica, são necessários alguns cuidados e particularidades. Garcia-Rosa coloca que uma das especificidades desse método de pesquisa é o fato de ele defrontar com o não

antecipável e o que não é previsível, tendo assim uma dimensão não formal e a presença do real e do acontecimento (36).

Safra coloca que na pesquisa com material clínico, os dados não podem ser completos, pois muitas situações que acontecem durante as sessões não podem ser registradas (37).

Outra particularidade é o fato de o psicanalista pesquisador ter um dever ético com a ciência e com o paciente. Para Figueiredo e Coelho Jr., a pesquisa e a reflexão teórica devem vir depois e não atrapalhar ou impor seus meios e fins à prática clínica. Dessa forma, os autores chamam a atenção para o fato de que, em pesquisas clínicas, primeiro deve-se estar atento à situação clínica e, depois, às situações que envolvem a pesquisa, como sigilo e a privacidade do paciente, tendo sempre como base a responsabilidade ética com o sujeito (38).

Portanto, caminhando nesse sentido, Safra nos fala da importância de que não se pode tratar do estudo do fenômeno psíquico sem levar em conta a subjetividade do pesquisador, ou seja, a necessidade da análise pessoal do pesquisador/psicanalista e também do acompanhamento do supervisor no trabalho (37).

Dessa forma, Januário descreve:

A questão do singular e do geral na pesquisa psicanalítica é outro ponto que merece destaque. Sabe-se que em psicanálise não existe um saber que pode ser aplicado a todos os indivíduos, apesar dos indivíduos compartilharem fenômenos, que são próprios do humano e são, assim, universais. Contudo, o psicanalista, a cada sessão de análise, deve deixar em segundo plano seu conhecimento teórico sobre o psiquismo humano para poder acolher o original e o novo que cada paciente revela. A pesquisa em psicanálise está interessada no singular e no particular para, a partir deles, tentar construir modelos que abrangem o psíquico. Assim, a psicanálise foca nas particularidades que estão por serem redescobertas entre o universal da teoria e o singular da experiência subjetiva (32).

Procedimentos

Os dados analisados nesta dissertação referem-se a atendimentos psicanalíticos que aconteceram no período de março de 2018 a julho de 2019, totalizando um período de 16 meses. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (FCM/UNICAMP), com o número de parecer 3.270.616.

Os atendimentos referem-se a uma criança à qual darei o nome fictício de Rafael. No início do atendimento, ele estava com dois anos e três meses. Inicialmente, foi encaminhado ao CEPRE (FCM/UNICAMP) para atendimento fonoaudiológico por apresentar um quadro de recusa alimentar.

No momento da procura, não havia vaga para atendimento fonoaudiológico na instituição e, assim, foi oferecido à mãe, a quem darei o nome fictício de Tatiana, um atendimento psicológico, o qual foi aceito. Destaca-se que a pesquisadora da presente dissertação foi a terapeuta do caso.

Foram realizadas sessões semanais, as quais totalizaram 52 atendimentos, com duração de 45 minutos cada. Alguns desses encontros aconteceram com a mãe, quando solicitado por ela ou por mim.

As sessões foram registradas em diário de campo, em que foram feitos alguns registros aos finais das sessões de atendimentos sobre o que aconteceu naquela sessão e também impressões, sensações e pensamentos da terapeuta.

Todos os atendimentos foram realizados no CEPRE (FCM/UNICAMP). Nesse local são desenvolvidos atendimentos a pessoas com deficiência visual e/ou auditiva, desde 1973. Com o tempo, essas atividades foram ampliadas ao ensino e pesquisa passando a contar com uma equipe multidisciplinar. Passou a oferecer cursos de extensão e pós-graduação, ampliando sua área de atuação e atenção aos processos do desenvolvimento humano, linguagem e reabilitação.

Dentre as atividades realizadas pelo CEPRE (FCM/UNICAMP), há o Programa de Treinamento em Serviço para Profissionais da Saúde. Esse programa tem por objetivo conferir, complementar e atualizar conhecimentos nas áreas de atuação do profissional. Em 2017, iniciou-se o Programa “Intervenção Precoce em

crianças de 0 a 3 anos” e, em março de 2018, a pesquisadora passou a fazer parte dele como terapeuta. O trabalho tem por objetivo atender crianças dessa faixa etária que apresentem impasses na constituição psíquica.

A sala de atendimento de Rafael era sempre a mesma e contava com uma mesa e três cadeiras, um espelho, ar-condicionado, ventilador de teto, acústica adequada com isolamento e uma “maca” acolchoada. Para os atendimentos, a terapeuta ia até a brinquedoteca e escolhia alguns brinquedos. Além da própria sala de atendimento, era possível criança e terapeuta circularem livremente pelo ambulatório. O local de atendimento ainda contava com um grande quintal, que, com o passar do tempo, passou a fazer parte do setting terapêutico.

3. RELATO DE CASO

3.1. Narrativas sobre Rafael

Em março de 2018, a mãe de Rafael, Tatiana, chega ao CEPRE-UNICAMP encaminhada pelo pediatra do Centro de Saúde que frequenta, à procura de atendimento fonoaudiológico. Entro em contato com ela para marcar uma entrevista inicial e a oriento a não levar Rafael. Na data da procura, ele estava com 2 anos e 3 meses.

Ela comparece sozinha, explicando que os filhos, que são gêmeos, estão com o pai, pois não tem outra pessoa com quem deixá-los.

Nessa entrevista inicial, Tatiana me conta que é psicóloga, mas, desde que teve os filhos, não exerce mais a profissão. O pai é técnico em informática e trabalha na área. Ao perguntar sobre a gravidez, ela diz que foi um período muito difícil e que não foi planejada. O casal, na época, morava na cidade de São Paulo, ambos trabalhavam e não pensavam em filhos, e, ao saber que estava grávida de gêmeos, conta que se sentiram muito assustados.

Ela diz: *“Hoje estamos bem, conseguimos nos organizar, mas na época foi muito difícil, não tínhamos ninguém a quem recorrer e já que não tínhamos planejado um filho, saber que vinham dois foi muito difícil”*.

Lembro-me de Tatiana relatar nessa sessão que certa vez, quando estava voltando do trabalho já com a gravidez bem avançada, houve uma confusão no metrô, ela não conseguiu sair a tempo e foi derrubada no chão. Ela se lembra de ter sido pisada e que não tinha forças e se viu sozinha, sem ninguém para ajudá-la. Através do seu relato, me senti muito impactada, pensei em seu sofrimento, medo, solidão e desamparo que viveu nesse momento.

Após esse episódio, o casal decidiu mudar para Campinas, cidade em que mora a mãe de Tatiana, para que pudessem ter algum familiar por perto para ajudá-los. Após a mudança de cidade, ela não trabalhou mais.

As crianças nasceram e, pelo relato da mãe, correu tudo bem. Ela os amamentou até cinco, seis meses e, assim que iniciou a introdução alimentar, começou a observar dificuldades com Rafael em relação à aceitação dos alimentos. Pelo seu relato, o irmão gêmeo não apresentava esses problemas.

Tatiana narra que Rafael não aceitava nenhuma comida que ela oferecesse, somente o leite. Diz que parecia que ele tinha uma “trava” na garganta que não deixava passar nada, e mesmo quando aceitava algum alimento, a preferência era pelo leite.

Ao completar um ano, a mãe começou a procurar médicos, pois acreditava ter algo errado com o filho. Ela conta que as respostas que ouvia eram sempre muito

parecidas: “*Calma mãe, se ele não apresentar vômitos com a alimentação não é nada grave, vamos esperar mais um pouco*”. E assim o fez por um período.

Depois de um tempo, além de não aceitar a comida que era oferecida, ele começou a enfiar a mão na garganta e se machucar. Nesse momento, Tatiana decidiu juntar algum dinheiro e buscar um médico particular para realizar exames estomacais no filho, apesar da resistência médica. Rafael estava com um ano e meio nessa época.

Através dos exames, Tatiana recebe o diagnóstico de que Rafael estava com uma gastrite bem avançada e, assim, logo iniciou tratamento medicamentoso.

No momento desta sessão, Rafael comia somente pipoca, *cookie* de banana (um *cookie* que a mãe preparava para os gêmeos desde mais novinhos), leite e pão. O encaminhamento para o atendimento fonoaudiológico foi realizado devido à seletividade alimentar de Rafael.

Pergunto para Tatiana sobre outros aspectos da vida de Rafael, como contato com outras crianças além do irmão, desenvolvimento físico e cognitivo e como ele se relacionava com os demais familiares. Ela conta que eles ainda não frequentavam a escola e, por isso, não tinham contato com outras crianças e que Rafael não apresentava nenhum sinal de atraso no desenvolvimento físico. Mas não apresentava controle do esfíncter e não falava muitas palavras, além de balbucios e palavras como “mama” e “papa”.

Em relação a algum diagnóstico médico, a mãe fala sobre a gastrite e conta que o pediatra que a encaminhou ao CEPRE-UNICAMP chamou sua atenção para a questão da linguagem de Rafael, o que até o momento não era uma questão para ela, pois a sua maior preocupação era a recusa alimentar do filho.

Finalizamos essa sessão e marquei com Tatiana um primeiro encontro com Rafael para a semana seguinte.

3.2. Primeiros encontros com Rafael

Rafael chega à sessão acompanhado pelos pais e pelo irmão. Como Tatiana havia comentado, eles não têm com quem deixar as crianças durante a sessão, por isso comparecem todos juntos. O pai de Rafael comparece algumas vezes como acompanhante, digo que se quisesse participar de alguma sessão ele poderia, mas não participa dizendo que não consegue por conta das crianças.

Ao ver Rafael, lembro-me de achá-lo muito bonito, bem-cuidado, um pouco tímido, talvez desconfiado sem saber ao certo o que estava fazendo ali. Apesar da queixa da mãe ser sobre a seletividade alimentar, não achei que ele aparentasse estar abaixo do peso ou da altura.

Quando vou chamá-lo, ele olha para a mãe e ela se levanta para entrar junto. Tatiana fica um pouco em dúvida se poderia ir junto ou não, digo que não há problemas e nós três entramos na sala. O irmão também se levanta para entrar, o pai diz que ele não pode ir e ele chora.

Nesse primeiro encontro, separei alguns materiais em uma caixa lúdica, como massinha, lápis de cor, folhas sulfite, brinquedos de madeira, bola, pincel, tintas, brinquedos de encaixe e alguns instrumentos musicais.

Ao entrarmos na sala, Tatiana vai em direção a um sofá que fica do lado de fora da sala, mas bem próximo da porta. Não é possível para Rafael estar comigo separado da mãe naquele momento. Logo começou a chorar e ficava olhando para a porta todo o tempo, conferindo se a mãe estava por perto. Eu a chamo e digo que não há problemas ela estar conosco na sala.

Digo a Rafael que separei naquela caixa alguns brinquedos e algumas coisas que talvez ele goste e que tínhamos um tempo juntos para brincar ou fazer algo que ele escolhesse. Rapidamente, ele vai até à caixa e timidamente começa a olhar o que tem dentro. Tímido, mas curioso, ele fica um bom tempo descobrindo o que tem ali e a bola é o que chama a sua atenção.

Com a porta da sala aberta, ele pega a bola e sai, olha pelo corredor do CEPRE e dirige-se para o quintal. Quando chega ao quintal, solta a bola e começa a

correr, acredito que para conhecer todo aquele novo espaço. Passados alguns minutos, ele se dá conta que a mãe não está no quintal conosco e volta correndo para encontrá-la. Nesse momento, ela vai até onde estamos, mas não participa ativamente das brincadeiras, ela se coloca mais como observadora. Observo que com a mãe por perto, Rafael parece sentir-se mais livre e seguro para brincar, ele corre mais livremente, pede a ela para pegá-lo no colo, para arremessar a bola na cesta de basquete e, aos poucos, vai soltando gargalhadas com as brincadeiras que estava propondo.

Ele explora bastante o espaço do quintal, joga basquete, corre, brinca de chutar a bola para mim, me incluindo na brincadeira dele ao mesmo tempo que olha frequentemente para certificar-se de que a mãe está por perto.

Em determinado momento, ele começa a chamar pelo pai e pelo irmão, pergunto se ele está querendo me dizer que gostaria do pai e do irmão juntos com ele e ele não responde. Brincamos mais um pouco, ele os chama novamente e repito a pergunta. Dessa vez, balança a cabeça afirmativamente e combino com ele que quando faltar cerca de dez minutos para acabar a sessão os chamaríamos, assim Rafael poderia mostrar para eles o que fez. E assim fizemos.

Rafael fica muito animado mostrando tudo para o irmão, eles brincam juntos por algum tempo e, quando chega o horário de encerrar, digo que nosso tempo tinha acabado. O irmão de Rafael chora muito quando digo isso e não quer ir embora. Digo para o Rafael que na próxima semana nos encontraríamos novamente no mesmo dia e horário.

Na semana seguinte, Rafael comparece novamente acompanhado pela família toda e chegam com mais de dez minutos de atraso. Novamente, ele puxa a mãe pela mão para ela entrar junto. Nós três entramos na sala e Tatiana novamente tenta sentar-se do lado de fora, mas Rafael não quer e a puxa para dentro.

Separei para esse atendimento os mesmos objetos do atendimento anterior: bola, massinha, tinta, folhas sulfite, pincéis, alguns instrumentos musicais, e ele rapidamente pega a bola e corre para o quintal.

Brincamos muito no quintal novamente, jogamos basquete, ele pedindo colo para poder fazer a cesta, jogamos futebol e brincamos de correr um atrás do outro. Ele estava sempre muito atento para saber se a mãe estava por perto e, caso ela não estivesse, ele corria para encontrá-la e a puxava para que ela ficasse em algum ponto em que ele pudesse vê-la.

Quando nos aproximamos do final da sessão, ele pediu novamente para o irmão entrar e então o chamamos. Nesse momento, entram o irmão e o pai de Rafael, eles (os irmãos) brincam um pouco e digo que precisamos encerrar nosso horário. Os dois choram muito e não querem ir embora, começam a correr pelo quintal e nós três (pai, mãe e eu) corremos para conseguir juntá-los. A mãe pede desculpas e eles vão embora.

Na semana seguinte, marco uma sessão com Tatiana para conversarmos sobre o que foi observado nesses dois encontros e para falar sobre o atendimento.

3.3. Tatiana

Tatiana vem sozinha à sessão e chega com alguns minutos de atraso.

Explico a ela que teríamos algum tempo para conversamos sobre os dois encontros com Rafael, sobre o funcionamento dos atendimentos e questões que ela pudesse ter em relação ao filho e ao trabalho que seria iniciado.

Começo nossa sessão dizendo que, apesar de ela ter ido à procura de um atendimento fonoaudiológico por questões alimentares e atraso na linguagem, digo que é importante um tratamento psicológico naquele momento para Rafael. O que mais a preocupa é a questão da seletividade alimentar que ele apresenta, mas digo a ela que me chamou muito a atenção a dificuldade que ele tem de ficar sem a mãe por

perto, como isso o deixa inseguro e o atrapalha durante as brincadeiras. Ela concorda, diz que ele não tem costume de ficar longe dela, não tem contato com outras crianças além do irmão, mas que nunca havia pensado nisso como uma questão.

Outro ponto que chamou a atenção foi que Rafael verbalizou pouco nos nossos encontros e pergunto se em casa ele fala mais. Ela diz entender algumas palavras, como “mama”, “papa”, o nome do irmão, mas que não fala outras palavras além dessas.

Apesar da pouca produção oral, Rafael mostra-se expressivo. Nos dois encontros, consegui compreender algumas reações que ele demonstrou, sendo que ele consegue demonstrar claramente o que o agrada ou não.

Durante essa sessão com Tatiana, falamos sobre a importância de um acompanhamento psicológico diante das dificuldades que ele estava apresentando. Digo que o trabalho que seria desenvolvido é direcionado aos aspectos da interação, partindo da concepção de que a constituição psíquica está diretamente relacionada ao processo de aquisição da linguagem, sendo que ambos acontecem de forma interdependente.

Explico que os atendimentos acontecerão semanalmente, com duração de quarenta, cinquenta minutos cada, que as sessões serão realizadas de forma lúdica, partindo do interesse da criança, pois, para a psicanálise, é por meio das brincadeiras e jogos que a criança é capaz de ser criativa e usar a brincadeira como forma de comunicação.

Tatiana demonstra compreender o que conversamos, parece gostar da proposta do trabalho e concorda com o início dos atendimentos.

3.4. Trabalho com Rafael

Antes do início de cada sessão, monto uma caixa de brinquedos e, conforme os atendimentos acontecem, consigo perceber por quais brinquedos Rafael demonstra mais interesse. Inicialmente separo para ele materiais gráficos (folhas sulfite, canetinhas e lápis de cor), massinha, bonecos de plástico, alguns instrumentos musicais, bola e comidinhas de plástico.

Na primeira sessão, após o período de avaliação, Rafael chega com alguns minutos de atraso e está acompanhado de toda a família. Chamo-o e a mãe o acompanha, pois ele só entra se estiver com ela.

Explico para ele que nos encontraríamos toda semana e que durante esse tempo poderíamos brincar, conversar e fazer algo de que ele gostasse. Caminhamos os três juntos e mostro para eles a sala em que aconteceriam nossos encontros.

Digo que montei aquela caixa com brinquedos para ele e que poderíamos usar o que tinha dentro dela durante os nossos encontros e que, alguns minutos antes da sessão terminar, arrumaríamos os brinquedos e a caixa ficaria no CEPRE.

Ele se anima, vai para perto da caixa e começa a ver o que tem dentro. Logo ele pega a bola e corre para o quintal, vou atrás dele e a mãe vem atrás de mim. Rafael demonstra estar à vontade no quintal e durante os dois primeiros encontros foi o local em que ele mais ficou. Lá brincamos de bola, chutando-a um para o outro e logo ele chuta para a mãe também. Ela me olha perguntando se podia chutar de volta e respondo afirmativamente, convidando-a para brincar conosco.

Durante a sessão, Rafael começa a pedir que o pai e o irmão, que estavam na sala de espera, se juntem a nós. Digo para esperarmos mais um pouquinho e que faltando alguns minutos para finalizar a sessão chamaríamos os dois. Ele concorda.

As cenas descritas acima se repetiram em algumas sessões e consigo perceber como o processo de separação para toda a família é difícil e doloroso. Rafael não conseguia entrar em nenhum momento sem a mãe e no final das sessões também não conseguia ficar longe do pai e seu irmão. Quando o pai e irmão eram convidados a participar, todos ficavam muito animados, mas quando a sessão encerrava e

precisavam parar a brincadeira e se despedir era muito difícil e as duas crianças choravam muito.

Ao perceber tamanha dificuldade que a família toda apresentava em relação à separação, começo a me incomodar e me questionar sobre o que estava percebendo. Por que será que era tão difícil para Rafael estar sem o irmão e o pai naqueles momentos? Será que se sentia culpado em estar se divertindo sem eles, ou será que estranhava o fato de fazer algo separado do irmão? O que será que sentiria se entrasse para os atendimentos sem a mãe o acompanhar?

Após esses primeiros atendimentos, marco uma conversa com a mãe para falarmos um pouco sobre as dificuldades que estava percebendo até aquele momento. Tatiana não parecia se incomodar com a dificuldade de separação que Rafael demonstrava, sendo que o incômodo apareceu quando falei e acredito que até então ela nem percebia isso.

Pergunto se há realmente a necessidade de os quatro irem nos dias de atendimento e ela explica que precisava levá-los devido à logística e ao horário das sessões. Proponho então mudarmos o horário da sessão para testar o que aconteceria sem os quatro presentes. Ela concorda e marcamos um horário mais cedo no qual apenas ela e o Rafael estariam presentes nos atendimentos.

Proponho iniciarmos o processo com pequenas separações, pois as sessões eram um espaço dele, sendo importante que elas ocorressem sem a presença do irmão gêmeo.

Assim, nas sessões seguintes, somente Tatiana e Rafael compareceram. A mãe continuava a entrar conosco, brincávamos muito no quintal, ora de futebol nós três, ora de basquete nós dois. Algumas vezes, Rafael mencionou o fato de que o pai e o irmão estavam ausentes, mas ele não demonstrava se incomodar.

No final de algumas sessões, ele chorou e eu sempre dizia para ele que na semana seguinte nos veríamos novamente e continuaríamos nossa brincadeira ou alguma outra que ele quisesse. Com o tempo, o choro foi diminuindo, mas ele passou

a ficar muito nervoso e não ajudava a guardar os brinquedos. Em seguida, esse comportamento também parou e ele pareceu compreender que nos separávamos, mas que algum tempo depois estaríamos juntos e essa elaboração da separação o ajudou no final das sessões.

Após cerca de quatro meses de trabalho, começo a dizer para Rafael que sua mãe poderia entrar conosco, mas que ela esperaria por ele do lado de fora e que ele poderia ir até ela quantas vezes quisesse ou precisasse.

No início, Rafael a procurava a todo momento, ficava na sala comigo alguns minutos e corria lá fora para ver a mãe. Ela sempre o recebia com carinho e eu ia até a porta da sala e dizia que ficaria ali o esperando. Essa situação durou algum tempo. Fizemos disso uma brincadeira e concomitante a essa brincadeira Rafael ia até o quintal brincar de se esconder dentro de uma casinha e me chamava para eu achá-lo.

Essa brincadeira era muito divertida para nós dois, lembro-me de darmos muitas risadas toda vez que o achava e fui sentindo de alguma forma que o trabalho estava caminhando bem; aos poucos Rafael conseguia se sentir mais seguro em estar comigo sem buscar tanto pela sua mãe.

Aos poucos, Rafael procurou menos pela mãe fora da sala, conseguíamos ficar sozinhos durante quase toda a sessão e, apenas quando faltavam alguns minutos para acabar nosso horário, ele corria até a porta para conferir se ela estava o esperando.

Foi em uma dessas saídas que, ao encontrar a mãe, Rafael puxou a blusa dela e pediu “tetê” (peito). Nesse momento, me surpreendo e acho estranho ela não ter dito nada sobre isso até hoje, já que a maior preocupação dela em relação a ele era a seletividade alimentar. Ela parece um pouco constrangida, nega a ele o peito e fala para voltar para a sala, pois a sessão não tinha acabado e eu estava esperando por ele. Ele volta e terminamos a sessão alguns minutos depois.

Após essa sessão, Rafael falta cerca de três semanas aos atendimentos. Tatiana me avisa que ele estava com pneumonia e precisou ser hospitalizado. Após

ele sair do hospital, a mãe pede mais uma semana de descanso, pois o achava fraco ainda e respondo que não teria nenhum problema e que, assim que ele melhorasse, estaria esperando por ele.

Após esses acontecimentos, acho importante marcar uma sessão com Tatiana. Como de costume, ela chega alguns minutos atrasada, fato que tem me chamado a atenção. Eu a questiono sobre isso e ela explica que eles acabam se atrasando por terem um carro só, muitas coisas para arrumar antes de sair e quando estão chegando à UNICAMP pegam muito trânsito. Pergunto se ela gostaria de rever o horário e ela responde que não.

Digo a Tatiana que na última sessão observei que Rafael, ao sair da sala, foi encontrá-la e logo pediu pelo “tetê”. Antes que eu terminasse de falar, ela me interrompe e diz afirmativamente de modo que interpretei como defensivo: “É, ele mama no peito”. Digo que fiquei surpresa quando vi, pois, ela nunca havia mencionado sobre isso. Parece que ela então se desarma um pouco e diz que não consegue tirar o peito dele, diz que já tentou de tudo e tem muito medo de não o amamentar e ele passar fome, pois ele não come nada além do que ela já tinha contado.

Durante a conversa, falo que talvez o fato de ela dar o peito não o ajude muito a se interessar por outros alimentos. Ela responde que não vai parar de fazer isso para que ele passe fome, que outros médicos a orientaram em deixá-lo sem comer até que ele sinta fome e assim comer outras coisas, mas ela diz que ao tentar fazer isso ele não comeu nada e passou dois dias com fome e que ela não faria isso novamente.

Nesse momento, percebi um limite colocado por ela e que nesse momento não mudaria a rotina alimentar do filho e não mencionei mais isso com ela nessa ocasião.

Pergunto também sobre a rotina alimentar da família e não só do Rafael. Ela conta que o irmão come de tudo, que ele não teve problemas na introdução alimentar e que ele aceita tudo que lhe é oferecido. Ela explica que ela e o marido

comem de tudo, embora comam poucas frutas e que tudo que comem eles costumam oferecer aos filhos, mas Rafael recusa. Importante ressaltar que desde a procura inicial de Tatiana, foi observado considerável sobrepeso dela e ao longo dos atendimentos ela engordou bastante e isso chamou a atenção das outras terapeutas do CEPRE/UNICAMP.

Falo com Tatiana que talvez possa ser interessante pensar algumas formas lúdicas de oferecer a comida a ele, como uma brincadeira entre eles, e digo que tentaria algumas dessas brincadeiras durante os atendimentos para ver se isso interessaria a ela.

Falamos também sobre a internação dele e ela contou que eles ficaram muito assustados, mas que agora ele estava melhor. Falaram também que a médica tinha passado um remédio para ele e esse remédio estava dando urticárias em Rafael. Chama minha atenção uma certa fragilidade em relação à saúde dele e me questiono se talvez o fato de ele adoecer tão gravemente poderia nos comunicar algo.

Juntamente com esses acontecimentos, Rafael está iniciando sua vida escolar. Tatiana relata que a adaptação dele não está sendo fácil e que ela precisa ficar na escola com ele o tempo inteiro. Inicialmente, ela leva as crianças três dias da semana no período da tarde e fica na escola esperando-os nesse período. Rafael tem ficado sozinho na hora do lanche e chora o tempo todo em que está na escola. Após o período da internação, a adaptação na escola precisou ser reiniciada e isso aconteceu nos atendimentos também, pois ele retornou querendo a mãe por perto todo momento.

Após essa breve interrupção, continuamos nosso trabalho e, embora Rafael tenha voltado querendo mais a presença da mãe nos atendimentos, percebo que a adaptação ao processo de separação foi mais rápida do que anteriormente.

Aos poucos, a mãe foi relatando que cada vez mais ele conseguia ficar na escola durante todo o período, mas que no horário do lanche ele ainda não conseguia estar com as outras crianças e não comia o que era oferecido pela escola. Sugeri que

ela deixasse de mandar lanches para ele, para que no momento do lanche ele estivesse junto e igual às outras crianças, mas Tatiana não acata minha sugestão, pois tem medo que ele não coma o que a escola ofereça e passe fome.

Durante as sessões, Rafael continua se interessando pelas brincadeiras no quintal e, com o passar do tempo, essas brincadeiras vão se tornando mais divertidas e exclusivas entre nós dois, pois a mãe já não participa das brincadeiras, apesar de continuar entrando nas sessões.

Assim, chegamos ao final do primeiro semestre dos atendimentos, comunico isso à mãe informando a ela as datas de finalização e retorno dos atendimentos e, em algumas sessões, falo isso para Rafael também.

Nas duas últimas sessões, anteriores às férias, eles não comparecem e a mãe sempre comunica essas faltas. No retorno das férias, eles também demoram cerca de duas semanas para voltar, o que me faz pensar na dificuldade em lidar com os movimentos de ligação/separação, ausência/presença.

Ao retornar das férias, percebo que a fala de Rafael está mais compreensível para mim e já é possível nos comunicarmos oralmente com certa tranquilidade. Ele também está adaptado à escola, demonstra gostar de ir, mas a mãe relata algumas queixas ainda em relação à alimentação e ao controle do esfíncter.

Durante as sessões, observo que Rafael quer ficar mais tempo dentro da sala de atendimento, a mãe já não precisa entrar conosco e ele tem se interessado mais por materiais gráficos (lápiz de cor, papel sulfite, massinha) e carrinhos. Ele gosta bastante de identificar as cores, brincar com letras de EVA e fazer algumas garatujas. Parece que as atividades da escola começam a fazer parte dos nossos encontros.

Depois de algum tempo, ele começou a demonstrar interesse por alguns jogos: ele brincava bastante tempo com um jogo de carrinhos e gostava muito de brincar de pescar peixes. Aos poucos, fui introduzindo as regras desses jogos, que ele compreendeu e passou a brincar de acordo com as regras.

Para as sessões, frequentemente coloquei na caixa de brinquedos comidinhas de plástico e, inicialmente, eles foram ignorados por Rafael. Um certo dia, enquanto estávamos brincando com alguns macacos, começo a brincar de dar comida a esses animais e ele fica observando. Passado algum tempo, ele diz: “Ele gosta de banana”. Pega uma banana de plástico e começa a alimentá-los. Assim, as comidinhas começam a fazer parte das nossas brincadeiras.

Ao final de uma das sessões, a mãe relata com certo desespero e nojo que pegou Rafael comendo o próprio cocô. Apesar disso, também rimos do acontecido e explico a ela que o cocô talvez esteja despertando a curiosidade de Rafael e que o fato de ele comer o próprio cocô pode ser nojento para nós, mas que era uma produção dele, feita por ele.

Do cocô, ele passou a comer chocolate, brigadeiro e pão de queijo. Comer pão de queijo após o atendimento na cantina da UNICAMP passou a ser um programa dos dois: mãe e filho. Algumas vezes, ao finalizar os atendimentos no CEPRE, eu também descia à cantina e por vezes pude observar esse momento de Rafael com a mãe. Vinha a minha mente uma sensação gostosa, os dois juntos, desfrutando da companhia um do outro e juntos se alimentando, algo sobre o que Tatiana, inicialmente, demonstrou muita angústia e insegurança.

Em uma dessas ocasiões, Rafael me vê ali na cantina também, me chama e quando eu olho, ele está muito alegre acenando para mim e me oferece seu pão de queijo, eu sorrio de volta e me emociono, talvez aliviada por ele poder comer sem sentir dor, feliz por ele vivenciar esses momentos com a mãe. Eu me sinto satisfeita em fazer parte do desenvolvimento deles.

Após esse movimento de introduzir alguns alimentos nas brincadeiras e, em seguida, no dia a dia dele, Tatiana me conta que tem percebido que ele tem sinalizado melhor em relação a fazer xixi e cocô e passa a se empenhar mais no processo de desfralde do filho. Parece que o desfralde do irmão aconteceu mais rapidamente e que, após ele conseguir controlar o esfíncter, não teve mais eventos de

escape, já com Rafael foi mais trabalhoso. Apesar de a mãe perceber o incômodo dele com as fraldas, ele não aceitava ficar sem elas e reclamava muito para a mãe de ter que ficar somente de cueca o tempo todo.

Até que um dia eles estavam na casa da avó, estava muito calor e a mãe teve a ideia de deixá-los só de cueca e todos irem brincar de mangueira no quintal. Ela diz a Rafael que para participar da brincadeira ele teria que tirar as fraldas, ele topa e a brincadeira acontece. Ela diz a ele que se precisar ir ao banheiro é só avisá-la que ela o levaria. Tatiana conta que depois desse dia ele não colocou mais as fraldas. Após isso, ele ainda teve alguns escapes de xixi, mas foi possível parar de usar as fraldas. Ela me conta tudo isso muito feliz, lembro-me que me mandou um áudio no WhatsApp em um final de semana para contar e comemorar essa conquista.

Com as evoluções que foram sendo observadas e por Rafael demonstrar estar bem, ele já não necessitava da presença constante de sua mãe, estava conseguindo controlar o esfíncter, passou a ampliar seu repertório verbal, comunicava-se melhor, aceitava mais alimentos e estava adaptado à rotina escolar, começamos a pensar em dar alta para ele. No momento em que pensávamos a possibilidade de alta, Rafael estava em atendimento durante mais ou menos oito meses. Apesar de a queixa principal da mãe ser em relação à alimentação, era possível ver que ele estava dando seguimento de forma satisfatória ao seu desenvolvimento global.

Marco uma sessão com Tatiana para conversarmos sobre a possibilidade de alta e explicar o que foi observado até esse momento e poder ouvi-la em relação a essas questões. Noto em Tatiana um conflito: ao mesmo tempo em que ela fica feliz com a possibilidade de alta do filho e aliviada por ele estar bem e se desenvolvendo, ela também tem certo receio de que ele fique desassistido sem nenhum atendimento.

Ela diz sentir-se satisfeita, mas não achava que ele estava indo tão bem e esperava que em relação à alimentação ele pudesse estar melhor. Digo a ela que a alta não seria algo repentino, mas gostaria de comunicá-la para irmos pensando nisso e conversando.

Na semana seguinte, durante o atendimento de Rafael, comunico a ele sobre a conversa com sua mãe na semana anterior e digo que observava algumas mudanças nele durante nossos encontros. Ele continuou a brincar enquanto eu falava, não parecendo prestar atenção em mim, mas continuei falando da mesma forma. Não percebi nenhuma reação de Rafael à minha fala.

Assim, chegamos ao final do primeiro ano dos atendimentos e por volta do mês de novembro Rafael volta a faltar nos atendimentos. Essas faltas foram todas avisadas pela mãe, que conta que não poderá levá-lo, pois ele estava muito resfriado. Na semana seguinte, ele piorou e precisou ser internado novamente e ela ainda não sabia quando ele sairia do hospital. Combinamos que ela me manteria informada.

Chegamos ao final do semestre e não foi possível que Rafael comparecesse aos últimos atendimentos do ano, pois se manteve internado por mais algum tempo. Quando ele recebeu alta do hospital, Tatiana me mandou uma mensagem e informou que eles estavam bem, já estavam em casa e que quando os atendimentos retornassem, ela voltaria com ele.

No retorno dos atendimentos, marco uma sessão com Tatiana, que consegue comparecer na semana seguinte, pois na semana em que retornamos ela teve problemas para chegar até a UNICAMP. Nessa sessão, ela contou melhor o que aconteceu. Rafael teve um resfriado no final do ano que se desenvolveu para uma pneumonia e, em exames realizados no hospital, descobriram que ele estava com água no saco escrotal. Por isso, precisou passar por uma cirurgia, permanecendo mais tempo que o esperado no hospital.

Durante o período das férias, ela conta que eles ficaram bem. Ele se recuperou bem, não houve problema na volta às aulas, mas a alimentação não mudou muito. Pergunto sobre a alimentação da família. Ela diz que era normal, sendo que eles continuavam fazendo as mesmas coisas e nada adiantava.

Sinto em Tatiana um grande desânimo quando falamos sobre a alimentação de Rafael. Parece que não havia mais o que ela pudesse fazer para que ele se interessasse por alimentos diferentes.

Pergunto se eles têm costume de sentar todos juntos para comer, para que assim Rafael possa vê-los comendo e ver o que estão comendo. Tatiana responde que é muito difícil fazer isso com duas crianças juntas e na maioria das vezes não é possível se sentarem todos juntos. Ela fala que até oferece algumas verduras e salada, mas que ele nunca quer comê-las e na escola continuava levando o lanche de casa.

Sugiro que eles tentem tornar o momento de comer em uma hora de todos juntos e que, apesar do desânimo e cansaço, ela não desistisse de oferecer outros alimentos a ele. Digo também que durante os atendimentos iria tentar levar algumas frutas de verdade para a sessão para ver como ele reagiria.

Como os atendimentos aconteciam no período da manhã, comecei a levar algumas frutas, como banana e maçã, além de continuar colocando as comidinhas de plástico como sempre. Não percebo em Rafael nenhuma reação ao ver as frutas de verdade na sala, ele brinca como de costume. Na brincadeira de alimentar os macacos do jogo, opto por pegar as frutas de verdade para brincar. Ele fica observando, mas não entra na brincadeira.

Mesmo ele não demonstrando reação às frutas, continuo levando-as nos atendimentos seguintes, até que em determinada sessão ele começa a pegar as frutas de brinquedo e as joga longe. Ele parece se divertir muito com isso, sempre que as jogava dava muita risada, depois de jogar todas ele repetia o processo. Isso virou uma brincadeira e começo a jogar algumas frutas também. Além de atirá-las, vou narrando a brincadeira e ele parece gostar.

Digo que talvez ele estivesse jogando as comidas tão longe porque durante um tempo comer o fazia sentir muita dor, tanta dor que hoje é difícil de comer. Ele ri e continuamos a brincadeira.

Aos poucos, Rafael vai deixando de lado as brincadeiras de faz de conta, não se interessa mais pelos materiais gráficos e tem preferido jogar jogos que ele próprio passou a escolher na brinquedoteca.

Quando começou a entrar na brinquedoteca, ele não conseguia escolher o que brincar. A quantidade de jogos, brinquedos e instrumentos musicais era muito grande e ele ficava perdido no meio de tanta coisa. Comecei a ajudá-lo, mostrando duas ou três opções de brinquedos para ele escolher e combinamos que quando ele cansasse do brinquedo escolhido poderíamos voltar e trocar. Com o tempo, Rafael pôde escolher um ou dois jogos da brinquedoteca do CEPRE-UNICAMP para levar para a sessão.

Ao final do mês de março de 2019, Tatiana me manda uma mensagem perguntando se na próxima sessão ela poderia ir sozinha, pois precisava muito conversar comigo. Digo que tudo bem, sinto que ela está aflita na mensagem e concordo sem pensar muito.

Tatiana pede essa sessão para contar que está iniciando um processo de separação com o marido e que achava ser importante me comunicar, relata que será um processo difícil e está com medo de como os filhos reagirão. Conta que ela está fazendo terapia e o irmão de Rafael também está sendo atendido e que isso a deixa mais segura com relação a esse processo.

Na semana seguinte, Rafael vem normalmente para a sessão, observo que ele está muito quieto, não querendo brincar com nada que estava disponível na sala e querendo muito ficar sentado no meu colo, algo bem diferente do que o costume. Digo a ele que estava percebendo que nesse dia talvez estivesse mais difícil querer brincar, mas que não tinha problema, disse que sabia o que estava acontecendo em sua casa, que Tatiana veio conversar comigo e que, se ele quisesse conversar, também estaria ali com ele.

Logo em seguida à minha fala, ele começa a chorar. Ele chora por um longo período, sai do meu colo e se senta ao meu lado, sempre mantendo um contato

físico com meu corpo. Ele pega uma folha sulfite e começa a rabiscar bem forte. É um rabisco que a mãe já havia me dito que ele estava fazendo nas paredes da casa desde que o processo de separação dos pais começou.

Nas semanas seguintes, Rafael demonstrava estar bem, ia para os atendimentos como de costume, animado, querendo brincar e disponível para a possibilidade de brincar com outras crianças que estavam sendo atendidas no mesmo horário.

Depois que Tatiana me contou sobre a separação do casal, todo final de sessão falo algum tempo com ela, para saber como estava e entender sobre o desenrolar do processo do divórcio.

Os atendimentos que estão sendo relatados fazem parte do Programa de Intervenção Precoce, no qual frequentam crianças com alguns entraves/dificuldades no desenvolvimento e outras crianças com impasses graves na constituição psíquica. As sessões do Treinamento em Serviço acontecem às quartas-feiras nos períodos da manhã e da tarde e algumas crianças são atendidas no mesmo horário por terapeutas diferentes.

Dito isso, nas sessões seguintes, Rafael e outra criança que estava sendo atendida no mesmo horário começaram a brincar juntas. Inicialmente, brincavam de forma mais retraída, sendo que as terapeutas tinham que estar muito atentas a eles, participando ativamente das brincadeiras. Com o decorrer das sessões, os dois foram se encontrando de outras formas e começaram a construir brincadeiras juntos.

A criança com quem Rafael começou a brincar apresenta graves entraves na constituição psíquica, assim poderíamos pensar: qual é o benefício terapêutico para Rafael ao ser colocado junto com essa criança?

É importante salientar que Rafael, nesse grupo, tomou o lugar da criança que fala, que inventa e propõe as brincadeiras e que brinca durante as sessões. Acredito que o trabalho que já estava sendo desenvolvido com ele, principalmente nas questões referentes às separações com sua mãe, facilitou seu processo de elaboração

da separação do casamento de seus pais. Além disso, ocupar esse lugar ativo no grupo de crianças o ajudou em seu desenvolvimento global.

Foi possível observar em Rafael uma grande evolução na sua fala, pois apresentava-se mais confiante para conversar com as outras crianças e as outras terapeutas. Além disso, os seus desenhos, que durante muito tempo eram garatujas, passaram a ganhar algumas formas convencionais. Ele começou a se interessar por letras, construiu um laço afetivo com as outras crianças e perguntava por elas caso alguma faltasse na sessão.

Já chegando próximo ao mês de julho de 2019, fomos todos juntos, terapeutas e as crianças que estavam participando do grupo de atendimento, até a brinquedoteca. Lá, escolheram alguns instrumentos musicais e começaram a levar os instrumentos para o quintal. Isso se repetiu em algumas sessões e, dessa forma, eles constituíram uma banda composta pelas crianças e pelas terapeutas. Tudo isso aconteceu de forma muito divertida e podíamos juntos inventar músicas e cantar outras escolhidas por eles.

Na banda tinha bateria, flauta e chocalhos. Cada um se responsabilizava por um instrumento e juntos experimentávamos tocar, ouvir cada som e criar músicas. Trocávamos também de instrumentos uns com os outros e as músicas tocadas eram algumas inventadas e outras que já existem.

Como a escolha pela banda se repetia ao longo das semanas, propusemos como brincadeira fazer ensaios com as músicas que eram tocadas para que em algum momento pudessemos fazer uma apresentação e que podíamos chamar os pais se as crianças estivessem de acordo. As crianças toparam a brincadeira, e assim, toda semana, fazíamos nossos ensaios. Foram sessões muito divertidas, cheias de barulhos dos instrumentos e das risadas que aconteciam nesses momentos. Entre as terapeutas falávamos da beleza daquelas sessões, olhávamos as crianças, cada uma com suas dificuldades/entraves e todas juntas brincando, se relacionando e principalmente, se divertindo.

Assim, no último dia de sessão antes das férias de julho, fizemos um show em que as estrelas eram elas, as crianças, e perguntamos a elas quem poderia participar dessa apresentação. Elas decidiram que as mães poderiam participar e assim cantamos e tocamos para elas.

Foi uma sessão diferente das outras, em que pudemos observar o quanto as crianças estavam felizes e animadas de poderem apresentar-se para as mães e de estarem juntas na mesma brincadeira. Cada pessoa que fazia parte da banda tinha um papel e uma função que foi determinada pelas crianças e respeitamos esses papéis para que elas se apropriassem daquele espaço e momento.

Após dezesseis meses de atendimento, Rafael recebe alta. Ao longo desse percurso aconteceram algumas outras tentativas de alta, porém, em outros momentos foi observado que não foi bem aceito por Tatiana e por Rafael. Quando se falava sobre essa possibilidade, a mãe se queixava dizendo que esperava que ele estivesse melhor e quando eu conversava com ele sobre a possibilidade de alta, ele chorava.

Com a mãe, vou conversando sobre o que ela estava realmente esperando em relação à alimentação do filho, tentando pensar com ela se a dificuldade era mesmo em relação à alimentação ou por uma possível separação que aconteceria caso ele parasse de ir aos atendimentos. Falamos sobre isso algumas vezes, inicialmente ela dizia que levava Rafael aos atendimentos para que ele comesse. Aos poucos, vou dizendo que ele estava comendo, experimentando novos alimentos e que parecia que ela não estava podendo perceber isso, e que isso me fazia pensar na dificuldade da separação.

Já com Rafael, vou falando dos progressos que teve ao longo dos atendimentos e que por isso talvez ele não precisaria mais vir, que faríamos isso aos poucos para que ele pudesse se despedir de todos, das crianças, das terapeutas e de mim.

E assim, durante umas quatro sessões vamos fazendo essa despedida entre as crianças e parece que Rafael vai reagindo bem. Vou compartilhando com

Tatiana como tinham sido as últimas sessões com ele. Em um desses momentos, ela me pede se posso fazer uma sessão de despedida somente com Rafael, sem as outras crianças, pois ela diz que ele sentia falta dos momentos em que as sessões eram individuais. Digo a ela que sim, que podíamos ter esse momento.

Na semana seguinte, um dia antes da sessão, ela me manda uma mensagem dizendo que não poderia levá-lo e se poderíamos marcar para a semana seguinte. Digo que sim. Na semana seguinte, quando vou chamá-lo, Tatiana estava sozinha na sala de espera. Ao me ver, ela logo se levanta e caminha até mim, me cumprimenta e eu fico sem reação por algum tempo. Senti-me perdida naquele momento e parecia que eu não conseguia entender o que estava acontecendo.

Vamos para a sala de atendimento e pergunto a ela onde está o Rafael. Ela ri um pouco nervosa e diz ter achado melhor não o trazer, pois seria muito difícil para ele se despedir de mim naquele momento. Todavia, mesmo trazendo o filho, ela gostaria de conversar comigo.

Conversamos por algum tempo e durante esse momento em que estávamos juntas fui sendo tomada por muitos sentimentos que acredito que não consegui controlar. Senti raiva por ela não ter trazido o Rafael e fiquei triste por não me despedir dele como estava imaginando. Enquanto ela falava, me sentia confusa, pensando se deveria estar ali com ela ou não. Após um tempo, comecei a ficar curiosa, me perguntando o que será que ela queria ali comigo, o que queria me dizer, por que estava tão difícil o encerramento das nossas sessões?

Talvez os questionamentos que me fiz nesse e nos próximos dias não sejam respondidos. Lembro-me de Tatiana me agradecer por muitas coisas e por conversar comigo sobre suas insatisfações ao longo dos atendimentos. Confesso que nesse dia não consegui falar muito, estava ali tentando escutá-la, mas fiquei muito envolvida com os sentimentos que estavam surgindo em mim. Assim, nos despedimos e foi essa a forma possível de realizar o encerramento das nossas sessões.

3.5. Discussão do caso

Dedicarei este tópico à discussão a respeito do relato de caso descrito acima. Para me apoiar nesta discussão, utilizarei a teoria psicanalítica como descrito no método. Vale ressaltar que a descrição e análise dos materiais escolhidos não obedecem a uma ordem cronológica e surgem a partir de inquietações vivenciadas ao longo desse trabalho.

Pensando sobre a importância de escutar e compreender cada criança através das suas particularidades, nessa discussão há um cuidado para valorizar os detalhes, os pormenores e estar atenta a características muitas vezes desvalorizadas por outras práticas clínicas.

– Entrevistas preliminares e primeiros contatos com Rafael

Percebe-se que o papel dos pais/cuidadores ganhou espaço quando falamos de análise com crianças, dessa forma, novas formulações teóricas e manejos clínicos buscam compreender e intervir nessa relação, considerando-os parte do setting analítico (39).

Em seu livro *Introdução à psicanálise de crianças – O lugar dos pais*, a autora Michele Faria inicia da seguinte forma:

O sintoma da criança é a via de entrada para seu tratamento, com uma particularidade que o caracteriza. Aquele que procura o psicanalista, aquele que sofre com o sintoma, aquele que se queixa, não é a criança. Há uma impossibilidade, própria à condição da criança, de que ela nos procure por si mesma. Ainda que a criança tenha sintomas, sintomas que lhe causem sofrimento, ela só virá ao encontro com o psicanalista se seu sintoma fizer questão para seus pais, produzindo uma demanda de tratamento que é, inicialmente, deles (26).

A partir dessa citação, dou início à discussão do meu relato clínico. Tatiana chega ao CEPRE encaminhada pelo médico do Centro de Saúde que frequenta. Sua

queixa é que seu filho Rafael apresenta seletividade alimentar. Ao me relatar isso, escuto na fala de Tatiana que esse é o sintoma que a leva até mim, esse é o sintoma que a mobiliza a buscar ajuda.

Conta que percebe dificuldades na alimentação do filho desde o tempo da introdução alimentar, por volta dos seis meses de idade, e que busca por ajuda médica desde que o filho estava com um ano. Ainda durante a primeira sessão, ela conta que não foi ouvida anteriormente pelos profissionais que procurou e que, depois que Rafael passou a se machucar, ao colocar a mão na garganta durante as refeições, ela consegue juntar uma certa quantia e, por conta própria, faz um exame médico que constatou que Rafael estava sofrendo de gastrite.

É interessante que ao chegar no CEPRE, Tatiana buscava por tratamento fonoaudiológico, o que na época não foi possível de oferecer. Explico a ela sobre essa impossibilidade e que seria possível o atendimento psicológico, o que ela aceita prontamente. Ao aceitar o atendimento, me perguntei: Qual é o sofrimento que ela está me contando? Quem está sofrendo nessa família?

Françoise Dolto compreendia que o sintoma da criança era como uma forma de adoecimento familiar. Dessa forma, a autora salientava a importância de tratar para além da criança, sendo que muitas vezes trabalhava com os pais dentro da sala de atendimento. Todos juntos, sendo imprescindível estabelecer uma relação de confiança com os pais/cuidadores para que pudessem se manter engajados no processo terapêutico da criança (39).

A autora Faria coloca que precisamos estar atentos à queixa dos pais, pois há um sofrimento que é deles próprios. A queixa de Tatiana pode nos mostrar a origem do sofrimento do filho, mas é ela, a mãe, que sofre ao perceber no filho tal sintoma (26).

A condição inicial de toda análise de criança é uma demanda inicial dos pais que se articula pela via de um sintoma que os pais localizam *na* criança. O sintoma nomeado pelos pais é um recorte subjetivo deles próprios (26).

Ao ir ao encontro com Rafael pela primeira vez, vejo uma criança bonita, bem-cuidada, bem entrosada em seu meio familiar, visto que estava a família toda no início dos atendimentos. Ao chamá-lo, demonstra certa timidez ou desconfiança, talvez curiosidade em saber o que faria ali. Logo me apresento, digo meu nome e falo que ele estava ali, pois sua mãe estava preocupada com ele. Explico que teríamos algum tempo para estarmos juntos.

Logo ele pega na mão da mãe e só entra na sala de atendimento na companhia dela, o que acontece durante algumas sessões. A qualquer sinal de que a mãe possa sair de perto, Rafael chora e não consegue ficar comigo na sala de atendimento. De início, o fato dele não conseguir se tranquilizar sem estar vendo a mãe é o sintoma que mais chama minha atenção ao estar com ele.

Supor que conhece e sabe o que se passa com a criança em questão é um risco na clínica psicanalítica. A receber a criança é importante manter em suspenso o sintoma que foi nomeado pelos pais. O sintoma *da* criança só é possível acessar através da própria criança (26).

Segundo a autora Michele Faria, é importante para o psicanalista situar o sintoma de duas formas distintas: 1. como sintoma *na* criança, quando o sintoma produz nos pais um sofrimento que se traduz em demanda para tratamento e 2. que a própria criança encontre o fio condutor de sua própria demanda, da sua própria queixa (26).

Tal distinção proposta pela autora é um alerta para os riscos ao assumir uma criança para tratamento supondo saber o que se passa com ela somente através do discurso dos pais. Ela ainda diz:

Não se trata de confrontar os discursos, o da criança com o dos pais, a fim de buscar a verdade capaz de orientar o tratamento para um objetivo comum, mas, ao contrário, de lembrar que, tanto no que diz a mãe, como no que diz o pai, e também no que diz a própria criança, há verdade (26).

Pode-se pensar que se o psicanalista estiver atento a essas duas particularidades acima descritas, ele estará em uma boa posição para o manejo clínico do tratamento com crianças (26).

Após os primeiros encontros com Rafael, chamo Tatiana para conversarmos sobre o trabalho que será oferecido a ele e sobre o que fora observado naquele momento inicial. Digo que, além da seletividade alimentar, que muito a preocupa, observei uma grande dificuldade dele em se ver longe dela, o que prejudicava sua brincadeira. Além disso, noto que Rafael tem um atraso de linguagem significativo.

Por esses motivos, digo a Tatiana que seria importante o acompanhamento psicológico naquele momento. Ela logo aceita e acredita que será bom para o filho. Refletindo sobre esse recorte clínico que acabo de descrever, é importante poder sustentar ao longo do trabalho o sintoma trazido pela mãe (seletividade alimentar) e os sintomas observados por mim durante os primeiros encontros (angústia de separação e atraso na linguagem).

– Um olhar psicanalítico sobre a alimentação

Em seu artigo intitulado “Distúrbios Alimentares em Bebês: Uma interlocução entre a fonoaudiologia e a psicanálise”, a autora Rosa Maria Mariotto afirma que o ato de se alimentar/ser alimentado deve ser analisado sob três aspectos: **fisiológico**, como uma indicação do grau de maturidade neurológica e muscular do bebê; **nutricional**, como se fosse o combustível para o desenvolvimento e crescimento neuropsicomotor e **estrutural**, o elo no contato mãe/cuidador-bebê (40).

Geraldini afirma que o recém-nascido, quando acordado, alimenta-se grande parte do tempo e, por meio dessa experiência, o bebê se desenvolve física e psicologicamente. É por meio da boca que os bebês começam a conhecer o mundo (41).

Na ótica dessas duas afirmações, a alimentação aqui não é entendida apenas como a ingestão de leite e outros alimentos, mas também como tudo aquilo que envolve aspectos emocionais presentes no primeiro relacionamento da criança com sua mãe/cuidador, o que é fundamental para as relações posteriores.

Em seu trabalho, Geraldini (41) diz que os bebês são capazes de emitir sinais que demonstram suas necessidades, como comida e atenção. Em contrapartida, as mães/cuidadores estão aptos a reconhecer esses sinais e satisfazê-los, dessa forma, o relacionamento entre eles gira em torno inicialmente das necessidades do bebê. A mãe/cuidador ao oferecer suporte à necessidade do bebê, este sente-se compreendido e aos poucos passa a buscar mais do que o alimento nessa relação. Ele passa a buscar também amor, companheirismo, compreensão e também prazer.

A qualidade dessa relação é vital para o desenvolvimento emocional do bebê e para sua capacidade de se relacionar com o outro (41). Quando Tatiana me relata sobre a dificuldade alimentar de Rafael desde os tempos da introdução alimentar, a qual se deu por volta dos seis meses de idade, é possível identificar a angústia de separação que fica evidente durante algum tempo. No decorrer do tratamento, me pergunto como foi se estabelecendo e se desenvolvendo esse laço inicial entre os dois, já que Tatiana me conta que somente com Rafael encontrou dificuldades em relação à alimentação.

Ao final de uma sessão, Rafael sai correndo em direção a sua mãe, que o esperava no banco ao lado da sala de atendimento, e começa a pedir por “tetê”. Como ele puxava a blusa de sua mãe, entendi que Rafael ainda era amamentado no peito.

Após essa sessão, chamo Tatiana para conversarmos. Comento com ela sobre essa cena. Eu lhe confesso ter estranhado, já que ela nunca havia mencionado esse fato. Digo-lhe que talvez oferecer o peito atrapalhasse a ingestão de comidas sólidas. Prontamente, ela me responde que o médico já pediu que ela o deixasse sem

comida, pois assim ficaria com fome e comeria. Firmemente, ela diz que não consegue seguir essa orientação.

Crespin sublinha que essa é uma intervenção médica muito comum. Para a autora, o médico, sem saber, sustenta assim a função paterna, que está à escuta e se questiona através das reações e comportamentos do bebê; de certa forma, ele intervém de maneira oposta ao que seria o desejo maternal; na história de Rafael, o desejo da mãe é que ele se alimente com variedade de comidas. Em sua experiência, a autora acompanhou diversos casos como esse, e observou um número expressivo de vezes em que, quando a mãe suporta a recusa da criança amparada e sustentada pela palavra do médico, a tendência é de que a criança comece a comer (25).

Pela reação dela, percebo que esse seria um assunto delicado de conversarmos e logo me vem à mente a angústia de separação.

Geraldini diz:

A passagem para o alimento sólido é algo delicado, pois representa uma separação concreta entre mãe e filho após a primeira e maior separação, que é o nascimento. É uma separação que não é só do seio ou mamadeira, mas também da pessoa com quem o bebê teve a primeira relação íntima, próxima. Além disso, a passagem para a comida sólida também é delicada e merece atenção, pois pode representar um momento para ressignificar os conflitos da relação pais-bebê que surgiram durante a amamentação (41).

Ao pensarmos na alimentação pelo olhar psicanalítico, é necessário levarmos em consideração a relação mãe-bebê. Não serão somente características do bebê que influenciarão em como a mãe/cuidador responderá às suas necessidades. A história pregressa dessa mãe/cuidador tem grande influência nessa relação. Sua infância, sua relação com seus pais, sua forma de lidar com a alimentação é importante quando ela se torna mãe, começa a alimentar seu bebê e se sente mais ou menos ansiosa nesse novo papel que está desempenhando (41).

– A Recusa Alimentar como sinal de sofrimento psíquico

Logo após essa sessão com Tatiana e supervisão com minha orientadora, começamos a pensar na questão de a dificuldade de alimentação de Rafael estar relacionada com algum tipo de sofrimento psíquico.

Dificuldades alimentares durante o desenvolvimento inicial apresentam-se constantemente como grande fonte de preocupação e angústia para os pais/cuidadores. Geralmente apresentam-se como pouco apetite, recusa na aceitação do alimento ou até mesmo dificuldades em engolir a comida, resistência a mudança de alimentação, seletividade, aversões, vômitos frequentes, redução/ganho de peso insuficientes, cólicas, evitações e aversões alimentares, dificuldades entre cuidadores e bebês na regulação de ritmos alimentares, diferenças nas percepções de saciedade e oferta excessiva de alimentos são as principais maneiras de manifestar que algo não vai bem em relação à alimentação (42).

A dificuldade alimentar do bebê/criança pequena mobiliza nos pais/cuidadores angústias, medo, culpa, fantasias relacionadas ao desenvolvimento saudável ou não da criança e possíveis problemas de crescimento e, nos casos mais graves, risco para continuidade de vida do bebê (42).

Graciela Crespin, em seu livro intitulado *A clínica precoce: O nascimento do humano*, traz algumas importantes reflexões sobre o tema. A autora nos propõe pensar sobre sinais de sofrimento precoce e logo afirma que é mais importante a qualidade do investimento do Outro da relação do que a quantidade de alimentos que é oferecida (25).

Tal afirmação pode parecer chocante, por exemplo, em relação a populações que sofram com a desnutrição, pois essa condição leva muitas crianças à morte, mas, segundo a autora, sem a satisfação e prazer na qualidade dessa troca entre mãe/cuidador e bebê, a potência mortífera seria potencializada devido a vivências de privação psicoafetiva (25).

Partindo do que é proposto pela autora, ter satisfação e prazer nos momentos dessas trocas é tão central que sua ausência pode atrapalhar a satisfação

da necessidade alimentar. É como se, recusando-se a se alimentar, o bebê/criança pequena nos mostra que a existência é mais importante que a sobrevivência. Sendo assim, recusas alimentares simples podem sinalizar sinais de sofrimento psíquico em bebês/crianças pequenas (25).

Mariotto cita que Winnicott afirma que dificuldades alimentares em bebês se referem mais às dificuldades da mãe/cuidador em se adaptar às necessidades do bebê do que inadequações bioquímicas. Seguindo essa afirmação, no caso de refluxo por exemplo, a criança suga, mas não mama, assim, a função de sugar está presente, o funcionamento da deglutição é que apresenta dificuldade (40).

Pensarmos as recusas alimentares simples à luz da troca que existe entre mãe/cuidador-bebê aponta a importância do laço primordial que nesse momento é construído. Percebe-se prontamente por que essa recusa provoca os mais próximos: além do fato de faltar algo que é vital para o ser humano (alimento), o que provoca grandes reações na mãe/cuidador é que essa recusa abala violentamente sua onipotência primordial, ou seja, o bebê ou a pequena criança “lembra” brutalmente a sua mãe/cuidador de que ele é um outro. O bebê, visto como um sujeito ativo na relação, ao recusar, coloca um limite à onipotência originária da mãe (25).

Pensando na dificuldade alimentar como um sintoma da relação mãe-bebê e retomando a história que Tatiana me conta no nosso primeiro encontro sobre não ter planejado a gestação e o medo que sentiu quando soube que seriam gêmeos, é possível conjecturar a respeito da sua ansiedade ao se deparar com seu novo papel: ser mãe. Devido à sensação de impotência em relação aos cuidados com as crianças, o marido e ela decidem mudar de vida e retornam à cidade de Campinas para contar com a ajuda da família.

Porém, ela conta que sua mãe a ajuda, mas também a cobra muito em relação à limpeza e organização da casa, o que era muito difícil de controlar conforme os meninos iam crescendo. Isso foi fazendo com que Tatiana frequentasse menos a

casa da mãe, o que a deixava triste e sentindo-se cada vez mais solitária e impotente em tomar o papel da maternidade para si.

Pergunto também sobre os costumes alimentares que eles têm em casa, o que costumam comer, se conseguem sentar juntos para as refeições, se têm o hábito de oferecer o que eles comem para os filhos. Novamente, ela não reage muito bem, a sinto defensiva, sem querer conversar sobre isso e digo a ela que percebo o quanto esse assunto é delicado e o quanto a incomodava e que teríamos tempo para falar sobre isso.

Através das perguntas que ia fazendo a Tatiana ao longo do tratamento, recebia suas respostas com um discurso carregado de culpa, insegurança e medo em assumir para si seu papel de mãe. Em seu trabalho, intitulado: “Relações alimentares iniciais, uma investigação clínica – pediatria e psicanálise nutrindo vínculos”, os autores discutem que é comum quando a mãe/cuidador se sente muito ameaçado em seu papel materno é difícil suportar a recusa alimentar e poder oferecer a criança uma comunicação mais continente, receptiva e que dessa forma poderia ajudá-la a encontrar novas formas de lidar com as experiências e desafios. (42)

Apesar de Rafael apresentar dificuldades alimentares, não as víamos como um risco vital para ele. Crespim (25) afirma que nesses casos é importante ajudar a mãe/cuidador a suportar essa recusa e não se sentir atingida ou menos reconhecida na função materna., A autora enfatiza que, se tolerada, a recusa do bebê/pequena criança, pode operar como um ato de descompletude do Outro, o que favorece para que o bebê/criança pequena passe a solicitar o alimento, com uma demanda, ao invés de recusar.

Ao tratar disso com a mãe, digo que começaria a introduzir nas sessões com Rafael brincadeiras que tivessem relação com comida, pois através da brincadeira a criança nos mostra ativamente vivências desagradáveis que ela experimentou.

– A importância do brincar para a angústia de separação

Alencar (43), em seu texto “Brincando com bebês”, inicia com a seguinte frase: Brincar é coisa séria! A autora coloca que o brincar é a forma pela qual a criança se expressa, momento em que se dedica ao faz de conta, se experimenta em diversos papéis e tem a possibilidade de assumir ativamente a compreensão do que aconteceu ao seu redor e ainda de realizar a elaboração psíquica de conflitos.

Através do processo do brincar, fica evidente o que vai bem ou não no desenvolvimento de uma criança. Dessa forma, o brincar pode ser a chave que nos leva a reconhecer o desenvolvimento saudável e sinais de sofrimento psíquico em bebês e crianças (43).

Ao propor brincar com comidinhas de plástico ou até mesmo quando levo frutas de verdade para as sessões, convido Rafael a se aventurar no brincar de faz de conta. Logo no início, quando proponho inserir comidas nas brincadeiras, ele recusa prontamente, assim como faz com sua mãe. Como Tatiana, me pego em alguns momentos oferecendo insistentemente que ele use as comidinhas na brincadeira, como que o forçando a comer. Rapidamente, ele me responde que não quer e começa a jogar longe os brinquedos, que são comidas, pela sala de atendimento. Sinto-me perdida por algum tempo, talvez cansada e sem muita motivação e criatividade para ajudá-lo. Talvez seja assim que Tatiana se sinta em muitos momentos.

Começo a recolher pela sala os brinquedos que ele jogou. Enquanto faço isso, lembro-me de Crespim (25) ao falar sobre a importância de tolerar a recusa do bebê/criança pequena, e sinto-me animada novamente, pensando que poderia tentar.

Após algumas sessões, colocando comidas de brinquedo e levando algumas frutas de verdade, pego o jogo “Pula Macaco” e, com as bananas do jogo, começo a oferecer aos macacos também do jogo. Brinco que, no começo, os macacos não queriam saber de comer, mas aos poucos vou dizendo que aquela banana está tão gostosa que, se eles não quisessem, eu as comeria. Nesse momento, Rafael mostra-se interessado na minha brincadeira, olhando sorratamente, mas ainda sem se aproximar muito. Ao vê-lo dessa forma, pergunto se ele podia me ajudar com as

bananas e os macacos. Ele aceita e começa a dar de comer aos macacos. Sinto-me emocionada ao ver Rafael podendo brincar de faz de conta e aceitar que as comidas fizessem parte dos nossos momentos juntos.

Para chegarmos ao brincar de faz de conta, antes passamos pelo que chamamos de “Jogos Constituintes do Sujeito”, que são jogos sustentados no laço mãe-bebê/cuidador-bebê em que o que está em jogo nesse momento é o processo de constituição psíquica do bebê, a possibilidade de diferenciar o “eu” e o “outro”. Dessa forma, o brincar vai se construindo e se desenvolvendo, tornando-se cada vez mais complexo até chegar aos “Jogos Simbólicos” (43). Assim, podemos pensar que o brincar não é algo herdado, que chega à criança sem fazer esforço. O brincar é conquistado e inicialmente é uma atividade realizada pelos pais/cuidadores, sendo que eles nomeiam para as crianças o jogo ou a brincadeira. Há uma antecipação necessária para que então mais tarde as crianças possam ser autoras das suas próprias brincadeiras (43).

Após algumas sessões brincando com as comidas, Tatiana me chama ao final de um atendimento para me dizer que viu Rafael pegando um pedaço de cocô e comendo. Ela me diz isso com muito nojo da situação e eu não escondo minha satisfação, e digo a ela: *“Que bom! Ele está comendo, ele está se interessando em experimentar coisas novas, vamos aproveitar desse momento”*. Ela ri e comenta que se ele está comendo, poderia ser bom mesmo.

Passado esse primeiro momento do interesse pelo cocô, Rafael começa a gostar de chocolate e brigadeiro. Posteriormente, o gosto pelo pão de queijo e as idas à cantina da UNICAMP, após os atendimentos, ficam frequentes. Ao me deparar com a cena que descrevi em meu relato de caso, de mãe e filho comendo pão de queijo na cantina e compartilhando de um momento agradável aparentemente, penso que Tatiana conseguiu suportar as recusas do filho, não as sentindo como algo que seria contra ela e, assim, pôde investir de maneira prazerosa nos momentos de alimentação com Rafael.

É também brincando de se esconder e me convocando a achá-lo que Rafael começa a sustentar momentos de separação com sua mãe. Faço aqui uma breve separação dos acontecimentos das brincadeiras para que facilite a leitura e o entendimento, porém, muitas vezes, essas brincadeiras aconteciam concomitantemente.

Logo de início, ele a procurava todo o tempo, até que em uma das sessões ele corre para o quintal e começa a brincar de se esconder dentro de uma casinha e pede para que eu o procure e o encontre. Cada vez que eu o encontrava, era muito divertido, dávamos muitas risadas, era prazeroso para nós dois. Foram várias sessões repetindo essa brincadeira, o que me levou a pensar no jogo do “*fort da*”.

Esse jogo foi analisado por Freud (28), ao observar o brincar de seu neto, que emitia sons que lembravam as palavras *fort* e *da* em alemão, que significam “lá” e “aqui”. A brincadeira consistia em a criança jogar um carretel para longe de sua visão. Freud observava uma agitação em seu neto quando não via o carretel e um alívio quando este aparecia de volta. Essa é uma brincadeira muito comum entre as crianças e os adultos e, no Brasil, usamos as palavras “sumiu” e “achou”.

Essa brincadeira ajuda a criança no processo de separação, pois ela usa o jogo para simbolizar a ausência da mãe ou da terapeuta e assim experimentar a sensação da falta.

O jogo do “*fort da*” é um marco do brincar simbólico, é através dessa brincadeira que a criança é capaz de não chorar ou aguentar os momentos de ausência da mãe sem se desesperar. No brincar simbólico, a criança é capaz de representar ativamente situações vividas anteriormente de forma passiva (43).

Outra característica do jogo simbólico é que a criança produz descontinuidade, uma falta (quando lança para longe o carretel) e em seguida uma presença (quando o carretel é achado) (43). Dessa forma, brincamos muitas sessões assim, o que, a meu ver, ajudou muito Rafael nos momentos de finalização das

sessões (separação com a terapeuta) e nas separações com sua mãe, para conseguir entrar nos atendimentos.

Outra função do brincar é que, além de dominar suas ansiedades e viver de maneira simbólica suas fantasias, a autora reforça que o brinquedo é necessidade básica da criança, pois representa distração e oportunidade para aprendizagem e desenvolvimento de habilidades, já que, ao brincar, a criança explora o mundo externo. O ato de brincar também contribui para o desenvolvimento do relacionamento social, pois, brincando, as crianças interagem, aprendem a negociar, a dividir e a respeitar as regras (44).

Logo nas entrevistas preliminares, vimos como era difícil para toda a família ver-se separada e como era trabalhosa a finalização de cada sessão. Também nos períodos que antecediam as férias, não era possível Rafael e Tatiana estarem presentes nas sessões, chegando a faltar de duas a três semanas consecutivas, além dos atrasos de mais ou menos dez minutos, quase semanalmente. Ao conversar com Tatiana sobre a possibilidade de alta de Rafael, não foi diferente. Sinto que ao se queixar que o filho não estaria tão bem quanto esperava, por trás da sua queixa tinha o temor dela do desamparo.

Freud afirma que, quando a angústia de separação é muito intensa, ela é vivida como um temor desesperador de se ver só e abandonado, o que constitui a fonte de sofrimento psíquico e do sentimento de luto (45).

Quinodoz define a angústia de separação como um “sentimento de estar abandonado e só, triste ou pesaroso, frustrado ou desesperado” (46). O tamanho da angústia interfere nas nossas relações, podendo ser em maior ou menor grau, podem aparecer em sinais como ansiedade e mágoa, ou em casos mais sérios podem ocasionar as depressões, queixas somáticas ou psicossomáticas, que chegam a provocar lesões orgânicas, como questões estomacais (47).

Lembro-me que, ao final do primeiro ano de atendimento com Rafael, foi sendo possível observar muitos avanços em seu desenvolvimento: manter-se

separado da mãe, pois ele já entrava sozinho comigo; iniciou na escola; a melhora em relação à alimentação, experimentando novos alimentos e gostando de muitos deles; sua fala que foi melhorando ao longo dos meses, com maior repertório de palavras e frases; avanço em seus desenhos, que deixaram de ser garatujas, além do controle do esfíncter.

Após essas conquistas, começamos então a pensar que poderíamos iniciar o processo de alta de Rafael. Nesse momento, entendemos que ele havia conseguido ultrapassar tais entraves com os quais convivia. Assim, chamo Tatiana para uma sessão a fim de dizer que estamos pensando nisso. Ela me olha um pouco assustada e diz que percebe algumas melhoras no filho, mas que pensar em alta ela não pensava, pois considerava que ele somente poderia receber alta quando a questão com a alimentação estivesse totalmente resolvida.

Como o final do ano se aproximava, pensamos então em acatar o que Tatiana colocou e pensarmos no processo de alta de Rafael somente a partir do ano seguinte.

Penso que a angústia de separação esteve fortemente presente ao longo de todo trabalho realizado com Rafael e Tatiana. Além das faltas e atrasos, Rafael chegou a ser internado próximo ao início de uma de nossas férias, Tatiana caiu e se machucou na saída de um último atendimento anterior às férias, e, junto com a dificuldade em se separar, também era percebida uma dificuldade em se enlaçar, o que era observado nos momentos dos atrasos semanais e na demora para retornar aos atendimentos após férias e feriados.

Na escrita dessa discussão, fico pensando em como se deu a finalização dos atendimentos de Rafael, e me questiono se a dificuldade em se separar/enlaçar estaria somente do lado da dupla Tatiana e Rafael. Penso que talvez, ao longo dos atendimentos, eu não tenha conseguido trabalhar a minha angústia de separação, o que talvez tenha contribuído para a finalização como se deu.

Coloco para Tatiana sobre os atrasos, sobre a dificuldade em retornar aos atendimentos pós-férias e a dificuldade em ir para as sessões quando as férias se aproximam. Conseguimos conversar algumas vezes sobre essas questões, mudamos alguns horários, mas ao longo do trabalho pouco foi falado sobre isso, penso que talvez muito não foi dito sobre tamanha dificuldade em se separar, algo que ficou velado ao longo dos atendimentos e tornou-se uma ameaça para nós três.

– Desenvolvimento Infantil x Constituição Psíquica

Ao acompanhar um bebê/criança pequena crescer, podemos observar seu desenvolvimento físico, além do cognitivo, psicológico e socioemocional. Esse é um processo dinâmico e é através das expansões desses elementos que se pode observar o aumento da autonomia e da independência do sujeito.

A psicanálise teoriza sobre a constituição de uma estrutura subjetiva do processo de tornar-se sujeito e a grande importância desse processo durante a infância. Porém, há entre os teóricos uma certa tendência em separar a perspectiva estrutural da perspectiva do desenvolvimento. Sabe-se que desenvolvimento e constituição psíquica atravessam a vida da criança, no entanto, entende-se que tais conceitos não são a mesma coisa, mas possuem algo em comum (48).

Proponho aqui discutir, a partir dos atendimentos com Rafael, algumas questões que me foi possível observar, relacionadas ao seu desenvolvimento e ao seu processo de constituição psíquica.

Magalhães define o que é desenvolvimento:

Crescimento, maturação e desenvolvimento são termos que se referem a três perspectivas teóricas diferentes, relativas aos processos evolutivos da criança. O termo desenvolvimento é, entre os três conceitos, o mais abrangente, já que remete às transformações globais que, incluindo o crescimento, a maturação e os aspectos psicológicos, conduzem a adaptações cada vez mais flexíveis (48).

Esteban Levin coloca que “o sujeito não se desenvolve: o sujeito se estrutura ou não há sujeito”. Nesse sentido, a criança se desenvolve, mas um sujeito não. Para o autor, a constituição psíquica é a linguagem, implica uma constância e só

se constitui quando em relação ao Outro e é constituinte. Desenvolvimento tem relação com o corpo, em seus aspectos motores, verbais, mentais. O desenvolvimento constrói-se em relação com a demanda do Outro e supõe um processo de construção, aprendizagem e maturação (49). Rafael chega para o atendimento com dois anos e três meses e sua mãe se queixa de uma seletividade alimentar do filho, que acontece desde os tempos da introdução alimentar. Esse fato foi dito aos médicos inúmeras vezes. Segundo relato de Tatiana, ela busca por ajuda desde que ele tinha um ano de idade. Ela sente que sua queixa, até então, nunca havia sido considerada, validada, até que decide por conta própria fazer um exame e constata ali que Rafael, com tão pouca idade, estava sofrendo com uma gastrite e assim inicia tratamento medicamentoso.

Além da questão da alimentação, observo outras dificuldades relacionadas ao desenvolvimento de Rafael, como um atraso na linguagem, uma angústia de separação muito forte e, apesar de não apresentar dificuldades motoras, ia percebendo que Rafael tinha certa dificuldade em seu movimento de pinça. Parecia pegar lápis e outros objetos menores de forma muito leve e percebia através do seu desenho e rabisco que ele não os fazia de acordo com o que era esperado para sua idade. Na sua faixa etária, espera-se que a criança possa fazer algum esboço de formas, rabiscos repetidos, curvas horizontais ou diagonais (50).

Através dessas observações, os sintomas que Rafael ia apresentando me levantavam questões: o que ele está me mostrando de sintoma ditos físicos que têm relação com sua constituição psíquica? Por que aqueles sinais podiam ser olhados como sofrimento psíquico? Se desenvolvimento e constituição psíquica são diferentes, onde esses dois pontos podem se encontrar, se entrecruzar para que, de fato, a criança se torne um sujeito?

Não proponho nesta discussão colocar qual era a causa do sofrimento de Rafael, mas, como já discutido neste texto anteriormente, foi possível vermos que algo não ocorreu de forma satisfatória em seu laço inicial com sua mãe, e também, não

pretendo aqui parecer que isso se deu de alguma forma por culpa de Tatiana. Ao pensarmos em um bebê ativo em suas relações, se tal falha aconteceu, isso se deu na relação da díade.

Penso que, ao oferecer para Rafael e sua mãe um espaço de escuta, além de acolher e validar a queixa de Tatiana, receber Rafael toda semana, mantendo um ritmo, uma constância, aos poucos, foi sendo possível que ambos pudessem existir e não somente sobreviver, como colocou Crespín (25).

– O que uma criança pode fazer pela outra

Inicialmente, a psicanálise surge com a proposta de tratar o sujeito em sofrimento psíquico; dentre as configurações desse tratamento, temos o inconsciente como centro, assim como a associação livre, a transferência e o divã. Com o passar dos anos, novas demandas surgiram, entre elas a psicanálise com grupos (51).

Na tentativa de legitimar a psicanálise de grupos, houve grande desenvolvimento ao longo da década de 1930 quando a influência psicanalítica nas intervenções grupais ganhou destaque por meio de autores como Pichón-Rivière, Foulkes, Anthony, Grinber, Langer, Rodrigué e Bion. Esses autores desenvolveram pressupostos de formação de grupos e manejo grupal que contribuíram muito na consolidação dessa prática (51).

Os autores Kupfer, Voltoline e Pinto, em seu texto “O que uma criança pode fazer por outra? Sobre grupos terapêuticos de crianças” (52) levantam essa questão: “O que uma criança pode fazer pela outra?”, e ressaltam que essa é uma importante questão a ser respondida por terapeutas que trabalham com crianças em grupo. Os autores dizem:

Se colocamos as crianças em grupos, isto se justifica porque vemos nessa reunião a possibilidade de provocar efeitos *entre* as crianças, para as crianças, dentro de certos objetivos terapêuticos. Ou seja, estamos supondo que as crianças podem ser terapêuticas umas para as outras (52).

Dessa forma, quando Rafael começa a demonstrar espontaneamente interesse em estar junto com outras crianças que estão sendo atendidas naquele mesmo horário e as outras crianças aceitam estar todas juntas, apostamos que a partir desses atendimentos em grupo, algo novo poderia ser construído.

As crianças com as quais Rafael começa a brincar são crianças com entraves graves do desenvolvimento e, pensando nisso, retomo a pergunta que faço em meu relato de caso: Qual é, para Rafael, o benefício desse atendimento em grupo?

Volnovich afirma que nada melhor que outra criança para uma criança, pois dessa forma a identificação que se constrói é a de semelhantes, que precisam se juntar para dar conta de alguma falta, como se a identificação entre eles ocorresse através do que lhes falta (53).

Rafael parecia curioso em relação a outro menino, já que ele não falava e tinha claramente mais dificuldade que Rafael em estar junto e se expressar. Percebendo essa diferença, Rafael parece não se incomodar e quando é possível brincarem juntos, ele brinca, quando não, Rafael o respeita.

Juntos brincavam de massinha, de carrinho, canetinha e tinta, corriam pelo quintal. Com as dificuldades que a outra criança apresentava em se comunicar percebo que Rafael vai tomando esse lugar de forma bastante ativa. É ele quem começa a propor brincadeiras, escolher os jogos na brinquedoteca, desenvolve muito a sua fala, se enlaça ao ponto de conseguir demonstrar que sente falta da outra criança quando porventura ela faltava.

Mannoni (54) dizia enfaticamente sobre a necessidade de que os grupos sejam diversos, heterogêneos, que haja uma diversidade de estruturas clínicas, ou seja, de posições subjetivas; essa diversidade é que era o primordial para a autora.

Com base no que foi descrito acima junto com o que foi observado através dos atendimentos em grupo, vou de acordo com o que os autores (52) colocam como benefícios crianças de diferentes estruturas subjetivas estarem juntas:

Crianças que são colocadas juntas podem dar sustentação coletiva à falta no Outro; se, no grupo, alguns estiverem estruturados a partir da falta, e outros não, poderão dar sua falta a quem não a tem e daí extrair poder social; a diversidade é terapêutica; e as crianças fazem laço social porque têm todas a mesma posição diante do infantil, uma posição que o adulto não ocupa mais.

Outra observação importante feita através dos atendimentos de grupo com crianças é que se verificou que atualmente muitas crianças apresentam uma boa relação com adultos, porém encontram muitas dificuldades em estarem com seus pares: ou recusam esses laços, ou os desejam, mas não são bem-sucedidas no contato com outras crianças. Os laços entre os pares precisam ser olhados, para posteriormente ajudar, orientar o trabalho que incide sobre as relações comprometidas entre crianças (55).

É o laço compartilhado com seu semelhante em sua pequena diferença que permite ao sujeito saber mais sobre si mesmo; o irmão, o colega, esse que está em uma relação no mesmo plano, convoca o sujeito a achar sua posição, enquanto diferente da dele para posteriormente compor uma fraternidade com ele. Sendo assim, a união torna-se possível pela diferença, pela alteridade que aí comparece e permite que cada um ocupe um lugar próprio (55).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, a partir da escuta aos pais, na clínica psicanalítica da primeira infância, objetivou-se investigar o sofrimento psíquico de crianças na faixa etária de 0 a 3 anos e suas relações com dificuldades no desenvolvimento.

Inicialmente, proponho demonstrar, a partir de um percurso histórico, como a infância era vista no século XVII e como essa fase da vida foi ganhando grande importância, até tornar-se tema central de estudos e pesquisas de diversas áreas de conhecimento.

Diversas referências bibliográficas comprovam que crianças pequenas podem apresentar sofrimento psíquico ao longo do seu desenvolvimento. Essa ideia ainda encontra grandes resistências no meio social, pois é difícil pensarmos e legitimarmos que crianças tão pequenas sofram.

A Psicanálise, área de conhecimento que utilizo como proposta de discussão desta dissertação, tem como ponto central a escuta do sofrimento humano e, além disso, preza por compreender o sujeito na sua singularidade, enxergando-o como um ser histórico, que ultrapassa categorias de classificação. Dessa forma, como podemos ouvir e legitimar o sofrimento psíquico de crianças tão pequenas já que ainda não conseguem se expressar por si mesmas?

Pesquisadores e profissionais da área têm desenvolvido seus trabalhos e constatado que muitos sintomas físicos, muitas vezes tomados exclusivamente pela área médica, apontam sinais de sofrimento psíquico nas crianças. Dificuldades alimentares, problemas de sono, atrasos de linguagem, atrasos no desenvolvimento motor, doenças recorrentes e dificuldades em se separar e em se ligar ao outro são alguns exemplos de que algo não vai bem psiquicamente com as crianças.

Pensando nesses sinais como sintomas de sofrimento psíquico, proponho também pensar sobre a importância de intervir psicanaliticamente com essas crianças.

É importante destacar que, na primeira infância, é necessário cuidado com diagnósticos deterministas e reducionistas.

Vimos que, por meio dos atendimentos psicanalíticos discutidos neste trabalho, a oferta de um espaço de escuta à mãe, além de um ambiente seguro e acolhedor para a criança, proporcionaram uma melhora significativa nos sintomas que a criança apresentava no início do trabalho.

Dessa forma, foi adotada a postura de escutar o sujeito para além do seu sintoma, pensando na criança como um ser com suas particularidades, sendo que sua forma de ser e estar no mundo não pode se restringir a um diagnóstico do campo médico. Assim, abre-se espaço para que a experiência clínica seja pautada pelo acolhimento, espontaneidade e criatividade do terapeuta.

Dentre os autores que se propuseram a estudar sobre a psicanálise com crianças, Winnicott destaca-se e desenvolve uma teorização que contribui de forma significativa para a psicanálise com crianças em sofrimento psíquico. O autor ressalta a importância da compreensão do ambiente para o desenvolvimento emocional, diferente do que propõem Anna Freud e Melanie Klein.

Discutindo sobre a clínica psicanalítica com crianças pequenas, podemos observar que algumas especificidades se fazem necessárias. Discutiu-se a importância da participação dos pais para que o tratamento aconteça; a necessidade de o terapeuta suportar a angústia dos pais e também a angústia e o sofrimento que a criança apresenta, pois, tolerando essa dupla transferência, o trabalho com a criança tem mais chances de ser satisfatório.

Com as particularidades da clínica psicanalítica com crianças, podemos perceber que muitas vezes a técnica clássica da interpretação e associação livre muitas vezes não são possíveis de acontecer, sendo assim, ressalta-se a importância do papel do terapeuta para além da interpretação, possibilitando ao profissional outras formas de estar com a criança, tais como: estar atento à linguagem não verbal, prestar mais atenção à linguagem corporal, à voz e ao olhar como formas de comunicação.

Diante do exposto, observa-se que, ao longo do tempo, a clínica psicanalítica com crianças sofreu modificações. Sendo assim, observa-se que também a conduta dos terapeutas mudou e cabe ao profissional desenvolver condições diferenciadas para que a criança possa demonstrar sua maneira de estar no mundo.

Assim, com cada criança o terapeuta é um, e é importante que o profissional consiga compreender o processo único de cada criança, observando o modo como cada uma brinca, se expressa, consegue se enlaçar ou não com o outro. Consideramos que o terapeuta não só será alguém que vai interpretar, mas também deverá acompanhar essa criança em seu processo de constituição psíquica, ajudando nos possíveis entraves que possam ocorrer.

REFERÊNCIAS

1. Ariès P. História Social da criança e da família. Segunda ed. Vol. 0. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1986. 275 p.
2. Costa T. Psicanálise com crianças. Primeira edição. Zahar. 2010. 88 p.
3. Silva, Jaqueline Cristina; Moraes, Barbara Adele de; Silva KCB da. Bebês em risco? Considerações sobre o discurso de detecção precoce no campo da saúde mental. Rev científica da Infancia, Adolesc e Juv. 2022;72–87.
4. Dias EO. A trajetória intelectual de Winnicott. Nat hum. 2002;111–56.
5. Bernardino LMF. O sofrimento psíquico na primeira infância: nem tudo é autismo. In: Infâncias em tempos distópicos: o que pode a psicanálise? Primeira edição. Agalma Editora. 2022.
6. Patto MHS. Direitos humanos e desigualdade social. IDE São Paulo. 2017;39:185–97.
7. Golse B. Sobre a psicoterapia pais - bebê: narratividade, filiação e transmissão. Primeira edição. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2003. 165 p.
8. Delgado ACC. Um encontro com Liane Mozère: perspectivas pós-estruturalistas nos estudos da pequena infância. Revista Eletronica de Educação. 2013;248–56.
9. Saboia C. O brincar precoce do bebê como indicador de riscos de sofrimento psíquico. Estilos da Clínica. 2015;20:181–93.
10. Camarotti M do C. O nascimento da psicanálise de criança - uma história pra contar. Reverso. 2010;49–52.
11. Zeppone SCVLCCLA Del. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. Rev Paul Pediatr. 2012 Feb 6; 594-9.
12. Souza, Natália dos Santos; Pereira, Lilian Paula da Silva; Silva, Suéllen Valderly; Paula WKA, De S. VIGILÂNCIA E ESTÍMULO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL. Rev Enferm (Lisboa). 2019;680–9.
13. Coriat L, Jerusalinsky A. Aspectos Estruturais E Instrumentais Do Desenvolvimento Notas Preliminares Depois De 18 Anos. In: Escritos da Criança. Porto Alegre. Centro Lydia Coriat. 1996.

14. Lazni M-C. A voz da sereia o autismo e os impasses da constituição do sujeito. In: Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? Terceira edição. Salvador. Editora Agalma. 2013. 21-34p.
15. Bernardino LMF. O não decidido da estrutura na infância e a questão do diagnóstico. In: Psicanálise, educação especial e formação de professores: construções em rasuras. Primeira edição. Rio Grande do Sul. UFRGS Editora. 2017. 29p.
16. Peress ADZ AG. É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística. In: É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística. Salvador. Ágalma Editora. 2018. p. 292.
17. Jerusalinsky, Julieta; Melo, Maribel de S de. Instrumento IRDI: Detecção Precoce de risco psíquico e estrutura não decidida na infância. In 2022. p. 1–35.
18. Jerusalinsky A. Psicanálise e desenvolvimento infantil. Quinta Edição. Porto Alegre, Artes Médicas. 1988.
19. Levin E. La infancia em escena - constitución del Sujeto y Desrrolo Psicomotor. Nueva Vision Editora. Buenos Aires, 1995.
20. Alfredo Jerusalinsky, Danielle de Brito Wanderley, Domingos Paulo Infante, Lea Salles, Leda Fisher Bernardino, Maria Cecilia Casagrande, Octavio de Souza, Paulina Rocha, Maria Eugenia Pesaro MCK. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2003;7–25.
21. Vanessa Giaretta M da RS. Os indicadores de intersubjetividade e sua potência na clínica de crianças. Psicol clínica e Psicanálise. 2019;19.
22. Zornig SA-J. A clínica psicanalítica e a criança. In: A criança e o infantil em psicanálise. Segunda Edição. Editora Escuta 2008. p. 176.
23. Bernardino LMF. É possível uma clínica psicanalítica com bebês? In: O que os bebês provocam nos psicanalistas. 2008. p. 152.
24. Zornig SMAJ. Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. Tempo Psicanalítico. 2010;42(2):453–70.

25. Cullerpe-Crespin G. A Clínica Precoce: o nascimento do humano. Primeira Edição. Coleção Primeira Infância - Casa do Psicólogo. São Paulo, 2004.
26. Faria MR. Introdução à psicanálise de crianças O lugar dos pais. São Paulo: Toro Editora; 2019. 100 p.
27. Albano P. O que é um bebê? In: Entre o singular e o coletivo acolhimento de bebês em abrigo. São Paulo, 2011. p. 132.
28. Freud S. Além do Princípio do Prazer. In: Vol XVIII. 1920. p. 13–78.
29. Hentz RD. O lugar dos pais no tratamento dos filhos e os desafios vigentes na psicanálise com crianças. Publicação CEAPIA. 2018;27:80–8.
30. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005;
31. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2013. Sexta Edição. Rio de Janeiro, Editora Vozes. 688 p.
32. Januário LM. A Transferência na Clínica Psicanalítica com Crianças em Sofrimento Psíquico Grave. Dissertação de mestrado. Brasília: Universidade de Brasília: Instituto de Psicologia; 2008. 200p.
33. Celes LA. Psicanálise é o nome de um trabalho. Psicol Clínica. 17:157–71.
34. Safra G. Método de Pesquisa: do projeto à elaboração do texto final. As metodologias contemporâneas e suas bases epistemológicas, com foco na pesquisa em psicologia e psicanálise. Série: A pesquisa na área de humanidade segundo Gilberto Safra. Aula ministrada no dia 16/03/2005 no curso de pós-graduação em Psicologia Clínica da USP. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2005.
35. Safra G. Investigação em Psicanálise na Universidade. Psicol USP. 2001;12:171–5.
36. Garcia-Rosa LA. Pesquisa de tipo teórico. In: Atas do primeiro encontro de pesquisa acadêmica em Psicanálise. 1991.
37. Safra G. Pesquisa com material clínico. In: Psicanálise e Universidade: Atas do primeiro encontro de pesquisa acadêmica em Psicanálise, Núcleo de pesquisa em

- psicanálise do programa de estudos pós graduado em psicologia clínica da PUC-SP, 1991.
38. Figueiredo, L.C. ; Junior CN. Presença, Implicação e Reserva. In: Ética e Técnica em Psicanálise. Editora Escuta. São Paulo, 2000.
 39. Costa AF. Uma clínica para atualidade: Transformações técnicas em psicanálise de criança. Dissertação de mestrado. Assis: UNESP; 2020. 194p.
 40. Mariotto RMM. Distúrbios alimentares em bebês: Uma interlocução entre a fonoaudiologia e a psicanálise. *Distúrbios da Comun.* 2003 Jun;263–74.
 41. Geraldini SARB. O fantasma adormecido: um trabalho com pais-bebê em uma situação de dificuldade alimentar. *Estilos da Clínica.* 2016 Apr;21.
 42. Almeida, M.M. ; Wechsler, R. Taddei, J.A.C.; Souza, F.I.S.; Solá D. Relações alimentares iniciais, uma investigação clínica - pediatria e psicanálise nutrindo vínculos. *J Psicanálise* 51. 2018;125–40.
 43. Alencar R. Brincando com bebês. In: Entre o singular e o coletivo acolhimento de bebês em abrigo. 1 Edição. São Paulo; 2011.
 44. Schmidt, M. B.; Nunes MLT. O Brincar como Método Terapêutico na Prática Psicanalítica: Uma Revisão Teórica. *Rev Psicol da IMED.* 2014;6:18–24.
 45. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedades. Editora Imago. Rio de Janeiro, 1996.191–232 p.
 46. Quinodoz JM. Perspectivas para interpretar a angústia de separação. In: A solidão domesticada: a angústia de separação em psicanálise. 1993.
 47. Salvador JM. A dor de crescer: marcas da angústia de separação. *Rev Bras Psicoter.* 2016;69–79.
 48. Magalhães DDM de MO de. Constituição do Sujeito X Desenvolvimento da criança: um falso dilema. *Estilos da Clínica.* 2006; v11. n.20: 92-109
 49. Levin E. A infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor. 2002.
 50. Neurosaber [homepage na internet]. Quatro estágios de desenho e escrita dos 15

meses aos 3 anos. [acesso em 17 de abril de 2023]. Disponível em www.institutoneurosaber.com.br

51. Hoepers, G.C.; Lima PML. Psicanálise, processos grupais e autismo. *Tempo Psicanalítico*. 2023;55:98–126.
52. Kupfer, M. Cristina M. ; Voltolini, Rinaldo ; Pinto F de SC. O que uma criança pode fazer pela outra? Sobre grupos terapêuticos de crianças. In: *Lugar de Vida, vinte anos depois*. Editora Escuta. São Paulo, 2010. p. 288.
53. Volnovich J. *A psicose na criança*. Editora Relume-Dumará. Rio de Janeiro, 1993.
54. Mannoni M. *Un lieu pour vivre*. Paris: In: *les enfants de Bonneuil, leurs parents et l'équipe des soignantes*. Paris, 1976.
55. Kupfer, M.C.; Bernardino, L.M.F.; Silva DR. Resultados finais da pesquisa APEGI (Acompanhamento psicanalítico de crianças em escolas, grupos e instituições). *Rev FAEEBA*. 2020;29:176–90.