**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**

VERIDIANA DA SILVA PRADO VEGA

**Comunicação entre os pais e a criança: intervenção psicológica em
Consulta Terapêutica**

São Paulo

2020

VERIDIANA DA SILVA PRADO VEGA

**Comunicação entre os pais e a criança: intervenção psicológica em
Consulta Terapêutica**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Livre-Docente
Ivonise Fernandes da Motta

São Paulo

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Vega, Veridiana da Silva Prado

Comunicação entre os pais e a criança: intervenção psicológica em
Consulta Terapêutica / Veridiana da Silva Prado Vega; orientadora
Ivonise Fernandes da Motta. -- São Paulo, 2020. 87 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2020.

1. Comunicação pais-criança. 2. Consulta Terapêutica. 3. Psicanálise.
4. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971. I. Motta, Ivonise Fernandes ,
orient. II. Título.

Nome: VEGA, Veridiana da Silva Prado

Título: Comunicação entre os pais e a criança: intervenção psicológica em Consulta Terapêutica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Livre-Docente Ivonise Fernandes da Motta

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Livre Docente Ivonise Fernandes da

Motta

Julgamento: Aprovada

Instituição: IP - USP

Assinatura: _____

Profa. Dr (a). Nadja Nara Barbosa

Pinheiro

Julgamento: Aprovada

Instituição: UFPR - Externo

Assinatura: _____

Prof. Dr(a). Leliane Maria Aparecida Gliosce

Moreira

Julgamento: Aprovada

Instituição: UNIP – Externo

Assinatura: _____

[...] precisamos é de mães – e de pais – que tenham descoberto como acreditar em si próprios. Essas mães e seus maridos edificam os melhores lares onde os bebês podem crescer e desenvolver-se. (Winnicott, 1949 d/1982, p.54).

[...] nada daquilo que fez parte da experiência de um indivíduo se perde ou pode jamais vir a perder-se para este indivíduo [...] (Winnicott, 1968 d/1999c, p. 79-80).

AGRADECIMENTOS

À Profa. Livre Docente Ivonise Fernandes da Motta, pelo acolhimento, estímulo, dedicação e ensinamentos, necessários para empreender este trabalho.

À Profa. Dra. Antonia Ângela Gonçalves da Silva Hiluey e Profa. Dra. Maria Lucia Toledo Moraes Amiralian, pelas contribuições na banca de qualificação, por reconhecerem o valor e fortalecerem a proposta para realização desta pesquisa.

À Clínica Psicológica Durval Marcondes, do Centro Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, por disponibilizar a infraestrutura, e ao Prof. Dr. Pablo de Carvalho Godoy Castanho e à Profa. Dra. Cláudia Kami Bastos Oshiro, pelos rápidos retornos para viabilizar a pesquisa de campo.

Aos participantes, pais e crianças, pela confiança e empenho disponibilizados, possibilitando o desenvolvimento dos estudos.

Aos orientandos do Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade em Diferentes Abordagens Psicoterápicas – LAPECRI do IPUSP, pelas discussões e colaborações construtivas: Raquel Marques Benazzi Guirado, Cláudia Yaísa Gonçalves da Silva, Lígia Barboza Moreira Santos, Carolina Mourão Franco de Sá Barros e Pedro Belarmino Garrido.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – Seres Humanos (CEP) do Instituto de Biociências da USP, pela avaliação do projeto de pesquisa.

À Marisa Bortoleto, fundadora e diretora da Verbo Clínica Psicológica e Centro de Estudos, por reforçar a importância do contato com os pais em suas experiências.

À Dra. Paulette Cherez Douek, Diretora Clínica, e à Dra. Ana Cecília Sucupira, da Comissão de Ensino e Pesquisa, do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa – CSEB, por reconhecerem a relevância da pesquisa e possibilitarem o compartilhamento de conhecimento com a equipe.

À Profa. Ms. Maria Alice Barbosa Lapastini, pelos conhecimentos que fundaram as bases para o meu ser e fazer clínico, desde suas supervisões na graduação, e em seu grupo de estudos em psicanálise ao longo dos anos que antecederam o ingresso no mestrado,

À minha família, pelo apoio e paciência na realização deste trabalho. À Manoela da Silva Prado Vega, por me permitir conhecer a felicidade e as minhas capacidades impensáveis, e por tolerar minhas falhas e ausências neste processo. Ao Thiago Vega, pelo companheirismo, parceria e por fazer-me mais de mim mesma. À Ana Lúcia Barreira Margutti, pelo suporte e pelas bases sólidas para um viver criativo e esperançoso. Ao Eduardo Ivalo da Silva Prado, por me possibilitar ver o mundo com alegria, mesmo diante

dos desafios. À Marilena Barreira Margutti, por doar-se sem exigir nada em troca. À Ana Luísa e à Ana Silvia Margutti Folini, pelos cuidados à Manoela. À Irmeli Sjölie, pelo incentivo e pela introdução ao âmbito acadêmico. Ao Luís Eduardo e Luciano da Silva Prado, por caminharem ao meu lado.

Aos pais e crianças que participaram de minha trajetória clínica, por enriquecerem minha experiência enquanto me permitiram auxiliarem-nos.

À Dra. Maria Imaculada Cardoso Sampaio, Sonia Maria Caetano de Souza, Izabel Caetano de Souza, Dra. Clara Martínez Sánchez, Vera Cecília Papaterra Limongi e Dra. Fernanda Papaterra Limongi, por fortalecerem minha confiança e pelo auxílio para a apresentação final deste estudo.

À Eglacy Cristina Sophia, por todos os anos de escutas.

À Texter Audiotex, pelo profissionalismo no tratamento de dados de gravação de áudio.

Aos funcionários da Universidade de São Paulo – USP e do Instituto de Psicologia – IPUSP, pelo exímio trabalho e auxílio prestado.

A todos aqueles que participaram de minha trajetória pessoal e profissional, por trazerem vivacidade e aprendizado à minha vida.

RESUMO

Vega, Veridiana da Silva Prado Comunicação entre os pais e a criança: intervenção psicológica em Consulta Terapêutica. 2020. 87 p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

As Consultas Terapêuticas são uma modalidade de atendimento de curta duração que pode favorecer o funcionamento da família, adaptando-o às necessidades da criança. A pesquisa objetivou investigar e facilitar a comunicação entre os pais e a criança em Consulta Terapêutica conjunta. O método usado foi o de estudo de caso com a abordagem qualitativa para a análise dos dados. A psicanálise, fundamentada no pensamento de D. W. Winnicott orientou o percurso metodológico. Para a coleta de dados e intervenção, adotou-se a observação participante dos pais e da criança. Os participantes foram duas crianças de três e cinco anos e seus pais. A busca por literatura identificou haver escassez de estudos com crianças pré-escolares que contemplem a participação dos pais. Os resultados foram analisados conforme as categorias: Aumento de contato 1) dos pais com a realidade psíquica da criança; 2) dos pais com sua própria realidade psíquica; 3) da criança com sua própria realidade psíquica. O estudo permitiu identificar que as consultas terapêuticas, a partir da tomada de consciência com a realidade psíquica dos participantes consigo mesmos e entre si, possibilitaram a melhoria da comunicação entre os envolvidos no processo.

Palavra-chave: Comunicação pais-criança. Consulta Terapêutica. Psicanálise. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971

ABSTRACT

Vega, Veridiana da Silva Prado Communication between parents and child: psychological intervention in therapeutic consultation. (2020) 87p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

The therapeutic consultations are a short-term modality of treatment that may favor the family functioning, adapting it to child's need. The aim of this study is to research and to facilitate communication between parents and child in joint Therapeutic Consultations. The method used was case study with qualitative approach for data analysis. Psychoanalysis, based on Winnicott's line of thought, set the methodological pathway. The participant observation was adopted for data collection and intervention. A three and a five-year old child, and their parents were participating. The search for literature identified a scarcity of studies with preschool children that include parental participation. The results were analyzed according to the following categories: Increased contact 1) of the parents with the child's psychic reality; 2) of the parents with their own psychic reality; 3) of the child with his own psychic reality. The study revealed that therapeutic consultations were able to improve the communication among the participants involved in the process, as they could increase their contact with their own psychic reality and the psychic reality among themselves.

Key words: Parenthood. Child. Psychoanalysis. Therapeutic Consulting. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971

RESUMEN

Vega, Veridiana da Silva Prado (2020). Comunicación entre padres e hijos: intervención psicológica en consulta terapêutica 2020 89p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Las consultas terapéuticas son una modalidad de atención a corto plazo que pueden favorecer el funcionamiento de la familia, adaptándose a las necesidades del niño. La investigación tuvo como objetivo indagar y facilitar la comunicación entre padres e hijos en Consulta Terapéutica conjunta. El método utilizado fue el estudio de caso con enfoque cualitativo para el análisis de datos. El psicoanálisis, basado en el pensamiento de D. W. Winnicott., orientó el camino metodológico. Para la recolección de datos y la intervención, se adoptó la observación participante de los padres y el niño. Los participantes fueron dos niños de tres y cinco años y sus padres. La búsqueda de literatura identificó escasez de estudios con niños en edad pré-escolar que contemplen la participación de los padres. Los resultados se analizaron según las categorías: Mayor contacto 1) de los padres con la realidad psíquica del niño; 2) de los padres con su propia realidad psíquica; 3) del niño con su propia realidad psíquica. El estudio permitió identificar que las consultas terapéuticas, desde la adquisición de la consciencia de la realidad psíquica de los participantes con ellos mismos y entre sí, permitieron mejorar la comunicación entre los involucrados en el proceso.

Palabra clave: relaciones padres-niño. consulta terapéutica. Psicoanálisis. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971

LISTA DE TABELAS¹

		Página
Tabela 1	Categorias por configurações do atendimento e participantes	43
Tabela 2	Trabalhos representativos	45

¹ Conforme aparecem no texto.

LISTA DE FIGURAS²

		Página
Figura 1	Despedaçar	49
Figura 2	Colar	51
Figura 3	Desenho na lousa	58
Figura 4	Desenho na lousa	58
Figura 5	Desenho na lousa	58
Figura 6	Desenho na lousa	67
Figura 7	Desenho em folha A3	67
Figura 8	Desenho na lousa	69

² Conforme aparecem no texto.

SUMÁRIO

1	<u>INTRODUÇÃO</u>	16
1.1	<u>Sobre a participação dos pais na psicoterapia infantil</u>	16
1.2	<u>Um encontro inesperado: sessão conjunta com a criança e a mãe</u>	18
1.3	<u>Mudanças no enquadre: respostas e demandas atuais</u>	21
1.4	<u>Contribuições da participação parental sob o referencial winnicottiano</u>	25
1.4.1	<u>Consultas Terapêuticas</u>	30
1.4.2	<u>Consultas terapêuticas com a presença dos pais</u>	31
1.5	<u>A comunicação quanto ao processo maturacional</u>	32
1.6	<u>Objetivos</u>	36
1.6.1	<u>Objetivo primário</u>	36
1.6.2	<u>Objetivos secundários</u>	37
1.6.3	<u>Relevância científica</u>	37
1.6.4	<u>Relevância psicológica</u>	38
2	<u>METODOLOGIA</u>	38
2.1	<u>Participantes</u>	38
2.2	<u>Equipamentos e materiais</u>	39
2.3	<u>Intervenção e procedimentos</u>	39
2.4	<u>Sobre o método clínico-qualitativo e estudo de caso</u>	39
3	<u>RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	41
3.1	<u>Busca bibliográfica em bases de dados</u>	41
3.2	<u>Análise de representatividade da literatura</u>	43
3.2.1	<u>Trabalhos representativos</u>	44
3.3	<u>Estudo dos casos</u>	46
3.3.1	<u>Estudo de caso – grupo 1</u>	48
3.3.1.1	<u>Aumento de contato dos pais com a realidade psíquica do filho</u>	48
3.3.1.2	<u>Aumento de contato dos pais com sua própria realidade psíquica</u>	54
3.3.1.3	<u>Aumento de contato da criança com sua própria realidade psíquica</u>	56
3.3.2	<u>Estudo de caso – grupo 2</u>	60
3.3.2.1	<u>Aumento de contato dos pais com a realidade psíquica do filho</u>	61
3.3.2.2	<u>Aumento de contato dos pais com sua própria realidade psíquica</u>	63
3.3.2.3	<u>Aumento de contato da criança com sua própria realidade psíquica</u>	66
4	<u>CONCLUSÃO</u>	72
	<u>REFERÊNCIAS</u>	74
	<u>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE RESPONSÁVEL(IS)</u>	80
	<u>ANEXO B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE</u>	83
	<u>ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</u>	85

1 INTRODUÇÃO

O atendimento psicológico infantil envolve, em alguma medida, a participação de pelo menos uma pessoa adulta, geralmente representada por um dos pais, ou substitutos. Ao buscar atendimento para a criança, é possível que o responsável também busque auxílio para si, ainda que em atenção aos desafios vivenciados naquele momento de vida, especialmente relacionado aos cuidados do filho (a). Ao observar a necessidade de psicoterapia individual de um ou ambos os pais, são realizados encaminhamentos, contudo não é sempre que a iniciam.

Na prática clínica de mais de dez anos da autora, foi possível reconhecer, no relato dos pais, o desafio vivenciado por estes para realizarem, no cotidiano, as propostas para a adaptação do ambiente e da comunicação com seus filhos, construídas em conjunto com o psicoterapeuta, durante as orientações. Mesmo quando ocorrem avanços no amadurecimento da criança em tratamento, há casos nos quais os pais não encontram meios para favorecer a continuidade destes. Como poderia o psicoterapeuta auxiliar para que a comunicação entre os pais e a criança favoreça tais avanços e a provisão ambiental facilitadora do amadurecimento de seus filhos?

Esta pesquisa trata da prática clínica com crianças, focalizando a comunicação entre os pais e a criança. Visa a compreendê-la através de Consultas Terapêuticas com os pais e a criança, para favorecer o processo de amadurecimento desta.

Este estudo considerou os pais como agentes com potencial capacidade para realizar um trabalho no tratamento de seu (sua) filho (a). Compreende-se que a inclusão e participação destes através de sua presença real nas consultas, valorizam o exercício da função parental, e, demonstra respeito e confiança neles. Visou destacar o potencial destes para a promoção da saúde, ao invés de sua culpabilização e patologização das relações familiares.

A seguir, são elencados elementos concernentes à participação dos pais no tratamento psicológico infantil e a experiência clínica da autora que mobilizou e inspirou o desenvolvimento da presente.

1.1 Sobre a participação dos pais na psicoterapia infantil

O auxílio aos pais, para favorecer o desempenho de suas funções na oferta dos cuidados aos seus filhos, promove um ambiente favorável para o amadurecimento destes (Catafesta, 1992). A autora defende que a intervenção psicológica pode auxiliar os pais a

desempenharem suas funções como “agentes facilitadores dos processos maturativos, na direção da saúde mental de seus filhos”, oferecendo sustentação à criança, quando “se procura não apenas evitar distúrbios, mas melhorar a eficácia da adaptação familiar” (p. 118, 20). Destaca que, diante de crises, a família e “as pessoas que a rodeiam”, podem colaborar para a saúde ou para a doença; há necessidade de fornecer o cuidado à mãe, possibilitado através da oferta de informações, proteção e confiança. Dentre os trabalhos apontados em tal pesquisa, vale mencionar aqui os seguintes aspectos apresentados: intervenções que compreendem a presença da mãe e recorrem ao seu potencial como um instrumento no tratamento com crianças; evidências de contribuições nas relações afetivas no trabalho com os pais; defesa da ampliação dessas práticas. A pesquisa supracitada aborda, principalmente, o trabalho realizado em entrevistas com os pais em separado da criança atendida, especialmente em orientação de pais.

Há que se reconhecer que o contato com os pais é um desafio para o psicoterapeuta. Desde os primórdios da psicanálise infantil, a influência dos pais tem provocado reflexões e repercute sobre o tratamento de seus filhos. A discussão, quanto aos aspectos teórico-metodológicos, leva em consideração a relação com os progenitores no que diz respeito ao resguardo do sigilo, a análise da transferência, possibilidades e limitações para a técnica, participação dos pais em entrevistas iniciais para fornecimento de informações sobre a criança e compreensão da dinâmica familiar, e, a orientação de pais para provimento de auxílio a estes. (Quagliatto, Cunha, & Chaves, 2008, Oliveira, Gastaud & Ramires, 2018, Catafesta, 1992).

A inclusão dos pais na psicoterapia dos filhos é uma tendência na atualidade, e costuma ocorrer em entrevistas específicas, separadamente ou em conjunto com a criança. (Oliveira et al., 2018). A partir de um levantamento sobre a experiência de 76 psicoterapeutas brasileiros, que atuam com crianças, as influências dos pais podem incidir em dificuldades ou em benefícios. O sintoma da criança pode se apresentar como expressão de questões familiares, ou ser superado com a colaboração destes ao identificá-los. A relação com o terapeuta pode se estabelecer com caráter de rivalidade ou de confiança, e produzir efeitos para o tratamento, à medida que os pais se opõem ou facilitam a adesão a este. Os benefícios podem prevalecer às dificuldades, com melhorias na qualidade da relação entre os pais e a criança: mais sólida; compreensiva e comunicativa (Oliveira et al., 2018).

Na presente pesquisa, o interesse sobre a participação dos pais no atendimento psicológico de seus filhos, originou-se de um acontecimento não programado ocorrido na

clínica da autora, o qual será relatado em subitem subsequente, no qual a mãe participou de uma sessão em conjunto com seu filho.

1.2 Um encontro inesperado: sessão conjunta com a criança e a mãe

Será apresentado um breve relato de caso clínico que inspirou a realização da pesquisa. Não será realizada análise de resultados neste momento, uma vez que não compõe os dados coletados através dos procedimentos previstos no método. As informações foram retiradas dos registros em prontuário clínico.

O trabalho compreendeu entrevistas iniciais com os pais, atendimentos individuais com a criança e orientação de pais, estas sem a presença da criança. Contudo, contou ainda, com uma experiência de sessão conjunta com a mãe a criança, sem programação prévia, no vigésimo atendimento, no qual a criança estava com 5 anos e 2 meses.

O relato dos pais apresentou como queixa constipação intestinal, “escape fecal” e comportamento agressivo (Costa, 2008). Com frequência, a criança apresentava até uma semana de constipação; repentinamente, evacuava fezes com consistência firme, ocasionando em ferida no ânus, com sangramento e dor. Quanto ao comportamento referiu à agitação, não se comportar e não aceitar orientações, machucar-se e a outros – colegas e professoras, “quando contrariado” – conforme carta da escola; bem como arrependimento, e outros aspectos positivos tais como liderança, inteligência e habilidades sociais. Os pais reconheceram que oferecerem mais atenção à filha mais nova – dois anos de idade – e associaram a retenção fecal do filho como reação às repreensões a este.

Nas sessões com a criança, ela se apresentou com espontaneidade, buscando explorar o espaço, os brinquedos e aceitou os limites apresentados pela psicóloga sem objeções – como não bater os pés ao subir as escadas – os quais proferiam altos ruídos.

Nas orientações com os pais e a psicóloga, foram construídas propostas concretas para o cotidiano, visualizando diminuir o risco à irmã, bem como viabilizar momentos de intimidade entre os familiares. Tais propostas basearam-se em elementos informados pelos pais: cuidados sobre ele não empurrar a irmã, cuidados para ela não pegar e jogar os brinquedos dele. Entretanto, era perceptível que o enfoque na fala dos pais permanecia centrado na segurança da criança mais nova, e nas repreensões ao comportamento do paciente – exemplo: ele ter que lavar a própria cueca, após o escape fecal.

Os pais vivenciavam grande dificuldade para implementar no dia a dia, as propostas delineadas em conjunto nestas orientações.

O trabalho com a criança seguiu em atendimentos individuais. Através das brincadeiras, conversavam sobre ele sentir falta da mãe; de ficar bravo com ela e com a irmã; da irmã pegar suas coisas; sobre o que ele fazia etc.

A sessão conjunta, que marcou a experiência clínica da autora, estimulou a reflexão sobre a comunicação entre os pais e a criança. Em uma sessão prevista somente com a mãe, para orientação de pais, esta “esqueceu” e trouxe a criança. Uma vez que a criança não poderia permanecer sozinha aguardando na sala de espera, refletindo sobre como manejar e, inclinada a realizar o encontro com a mãe; a psicóloga optou por não proceder com a sessão individual com a criança. Perguntou à criança se poderia convidar a mãe a ir com elas. Com assentimento, fez-se o convite e todos participaram do atendimento.

Como se tratava de uma sessão extraordinária com a mãe, e a sala de costume para os atendimentos da criança não estava disponível na época do agendamento, era então uma sala diferente das sessões habituais entre a psicóloga e a criança. A criança foi explorar a sala; rapidamente, sentou-se na cadeira atrás da mesa grande. A mãe buscou orientar a criança sobre seu comportamento, informando que a cadeira era da psicóloga e solicitando que descesse. A psicóloga compreendeu o desafio da mãe em realizar seu papel, esperando “educar” o filho. Cuidadosamente, reconheceu para esta a importância das regras, então lhe explicou que estavam em uma sala nova, que era novidade para ele, o qual estava conhecendo o lugar, e que estava tudo bem.

Ao longo do encontro a mãe agia de modo a orientar a criança sobre seu comportamento. A espontaneidade, característica do menino, diminuía diante de tais comentários, porém, se restabelecia rapidamente, evidenciando resiliência e tendência herdada para o amadurecimento.

Enquanto a mãe e a psicóloga estavam sentadas nas poltronas, o menino desceu da cadeira atrás da mesa e pegou os carrinhos. Começou a brincar com eles fazendo gestos de movimentos e sons próprios ao material escolhido. A psicóloga sentou-se no chão perto dele, e ele lhe deu um carrinho. A psicóloga convidou a mãe para se juntar a eles. O filho deu um carrinho para a mãe, e, após alguns instantes, começou a bater no carrinho dela com o seu. A psicóloga continuou individualmente, repetindo os movimentos e sons da brincadeira inicial da criança. A mãe orientou que não era para ele bater os carrinhos. O filho retomou sua brincadeira, então, começou a bater no carrinho da psicóloga. Esta recebeu o gesto e, começou a bater no carrinho dele em resposta. O menino voltou à mãe, a qual, surpreendentemente, recebeu o gesto e passou a bater no carrinho dele com o seu. Ele ficou muito satisfeito, e repetiu continuamente o movimento. Começou a gritar e a rir alto. A psicóloga falou em tom baixo, “você está se divertindo com a mamãe!”. Após alguns

instantes, continuou: “Que legal! Mas precisamos falar mais baixo”. Ele continuou batendo o carrinho, então soltou e pegou os animais. A criança disse que os cavalos estavam quebrados e que os consertava. Repentinamente, soltou os brinquedos e correu para o banheiro – localizado dentro da sala, enquanto suíte. A mãe olhou para a psicóloga com expressão de surpresa. Ele evacuou, e a mãe foi atender ao seu pedido para limpá-lo. A criança convidou a psicóloga para ver que tinha uma banheira no local.

Retornaram para a sala. Ele passou a utilizar o material gráfico. Desenhou uma árvore com maçãs azuis e uma ponte que partia dela. A mãe, novamente surpresa, comentou que era a primeira vez que ele “criava uma coisa assim”. Curioso é o fato de ser o primeiro desenho estruturado que ele fez nos atendimentos, os demais foram rabiscos. Ele entregou o desenho para a mãe, a qual o orientou a fazer um para a psicóloga, mas ele se negou. A psicóloga disse-lhes: que não precisava; que ele quis fazer uma para a mamãe; que gostou de brincar com ela. A psicóloga informou sobre a hora de guardar os brinquedos, e a mãe reforçou que tinham que buscar a irmã. Ele rabiscou todo o desenho com o lápis preto e a mãe o repreendeu. A sessão foi encerrada. Dado a intercorrência quanto à consulta conjunta não programada, a psicóloga optou por agendar a seguinte somente entre elas³.

Na sessão seguinte, de orientação com a mãe, conversaram sobre a experiência compartilhada. Na orientação com a mãe, ela relatou a melhora do filho: estava mais carinhoso com ela, com a irmã e melhorara quanto à constipação fecal, com aumento na frequência da evacuação. A psicóloga comentou sobre a possibilidade de ter gostado de brincar com ela, dele ter ficado feliz por ela o deixar bater no carrinho dela, ao que ela sorriu, lembrou que ele foi ao banheiro. A psicóloga relacionou isto à brincadeira e aceitação da mãe de um comportamento não tão “comportado”; reconheceu para a mãe a importância de orientar o comportamento, de ter regras, e acrescentou que seria benéfico ele também poder ter momentos de mais liberdade, nos quais não precisaria se comportar. A mãe lembrou-se do desenho e o descreveu com satisfação. Foi questionada pela psicóloga sobre o que aconteceu depois, e a mãe recordou que ele o rabiscou com o lápis preto. A psicóloga perguntou se lembrava o que estava acontecendo no momento que ele rabiscou; a mãe recordou que mencionara sobre ir embora para buscar a irmã. A psicóloga destacou que ao colocar a irmã como o motivo para algo, incorria ao risco de apresentá-la como obstáculo e estimular a rivalidade, natural na fraternidade, dificultando a aproximação entre eles. Reforçou compreender que não é fácil fazer as coisas de modo

³ O pai fora convidado repetidamente, sem possibilidade para comparecer no horário disponibilizado. Faz-se necessário viabilizar a maior flexibilidade possível, para favorecer a presença paterna.

diferente do habitual, mas é necessário tentar, conforme as possibilidades de cada momento. A mãe reiterou a melhora do filho e agendaram a sessão seguinte da criança.

Em seguida, novas faltas sucederam-se até que a mãe informou impossibilidade de dar continuidade e justificou não haver mais necessidade diante da melhora já relatada. À época, a psicóloga questionou-se sobre fantasia de cura, transferência negativa da mãe, e, inadequação da realização de atendimento conjunto. Contudo, com o passar do tempo e ao resgatar a memória da experiência compartilhada, novas questões surgiram: haveriam eles encontrado o que buscavam naquele momento? A experiência compartilhada teria promovido o encontro das necessidades da criança por parte da mãe? Teria inaugurado um novo acontecimento entre eles? Haveria um potencial na presença da mãe – ou dos pais – como recurso terapêutico?

Compreende-se que o desenho circular da criança expressava suas tentativas de integrar a ambivalência. Ao experienciar um encontro com a mãe, capaz de aceitar seu ódio, e de sobreviver a este, ele pôde reparar o objeto – cavalo, e integrar a ambivalência. Foi possível relaxar e evacuar. Pode ter ocorrido o descongelamento da falha, com retomada do processo maturacional. Portanto, é possível que tenham encontrado o que buscavam.

1.3 Mudanças no enquadre: respostas e demandas atuais

Retornando à participação dos pais na prática clínica com as crianças, Freud, Anna Freud, Klein já apontavam os desafios vivenciados quanto ao contato e a relação entre estes (Quagliatto et al., 2008, & Oliveira et al., 2018). Os autores retomam considerações a este respeito. A psicoterapia de crianças apresenta reflexões desde o pai da psicanálise, Freud, quem observou que a criança joga para dominar as angústias; entretanto, considerava a linguagem verbal restrita e os fatores externos – influenciados pelo relacionamento com os pais como dificuldades para a análise de crianças. As demandas das crianças foram reconhecidas por Freud, bem como as limitações da aplicação do método psicanalítico naquele momento. Para Anna Freud, a criança não estabeleceria relação transferencial com o analista; o tratamento era realizado pelo trabalho pedagógico. Ainda que valorizasse a relação com os pais, estes conservavam o lugar de educadores. Em contraposição, Melanie Klein reconheceu a transferência e sistematizou a técnica individual de análise com crianças através do brincar, permanecendo sob domínio intrapsíquico; mantinham-se as dificuldades sobre o enquadramento, no que diz respeito ao contato com os pais. Os pais poderiam ser incluídos conforme a demanda, contudo, separadamente da criança para não haver interferências. A Teoria do Pensar e do Contido/Contido proposta por Bion, partiu

da compreensão do funcionamento familiar e de seu trabalho vincular de grupos; o mesmo reconhece a dificuldade em lidar com pais que não apresentam interesse no envolvimento com a análise da criança (Quagliatto et al., 2008, & Oliveira et al., 2018).

Visando a compreensão da comunicação na psicoterapia, outras propostas foram sendo apresentadas. Ainda que não componham a base da presente pesquisa, algumas abordagens e métodos inseridos no âmbito da psicanálise são citados neste ponto para exemplificar o empenho para responder a demandas e desafios para favorecer o amadurecimento.

O Método de Observação Psicanalítica da Relação Mãe-Bebê-Família de Esther Bick, que consiste em visitas à casa durante os dois primeiros anos de vida do bebê, sem intervenção é mencionada por Quagliatto et al., (2008). A Psicanálise Vincular que se propõe oferecer novas respostas, diferenciando-se de velhos esquemas, discutindo a diferenciação entre subjetividade individual e vincular e o falar sobre outro ausente e, o que ocorre diante de sua presença, na composição por uma configuração conjunta (Puget, 2009). A presença do outro tem papel fundamental na percepção da própria existência explica Quagliatto et al., (2008), indicando a inclusão dos pais no processo analítico de crianças, especialmente em relação às entrevistas iniciais com a criança, considerando as elaborações – ou não – dos modelos infantis, para todos os membros, e a comunicação para integração da experiência emocional – conforme os estágios de amadurecimento de Winnicott, denominando a Avaliação e Intervenção Psicanalítica Conjunta Pais-Filhos.

Em outro estudo, as Oficinas de Contar Histórias, os próprios pais puderam relatar que não sabiam fazê-lo. (Motta, 2010) O mesmo ocorre com o brincar entre pais e filhos; há pais que receiam não saber como brincar.

Raquel Soifer, no livro *¿Como juego con mi hijo?*, De 1976, questionou a dificuldade dos pais brincarem com seus filhos, derivada da fantasia e da imaginação provenientes da cultura tecnológica, afirma Medrano (2003).

Na América Latina, as argentinas Soifer e Aberastury foram pioneiras na proposição de bases para a realização do trabalho com crianças e famílias. Em consonância com os ensinamentos de Klein, Aberastury envolveu a participação dos pais nas entrevistas iniciais, na responsabilidade sobre os honorários e por levarem a criança ao atendimento; reforçando o conhecimento dos pais de que a criança era o paciente mitigando intervenções e se necessário realizando encaminhamento aos pais (Oliveira et al, 2018).

Conforme apresentado por Gilberto Safra (comunicação pessoal, 31 de agosto de 2019), as características da pós-modernidade, como a temporalidade e a digitalização – com

o ritmo acelerado que é estranho ao corpo e a perda dos espaços de convivência, respectivamente – tem influenciado nas novas formas de subjetivação e em novas patologias. O autor ressalta a importância da ternura e do “lugar no coração do outro”. A tecnologia, a “tela”, pode analogamente se apresentar como o “eclipse do abraço do outro”. O autor indica que no trabalho terapêutico é necessário orientar o paciente para além da história de si [do paciente] – para o passado, mas também para a esperança com relação ao futuro, bem como possibilitar o encontro com figuras adultas autênticas e relações nas quais eles – adolescentes [e, por que não, as crianças e seus pais] – possam vivenciar confiança e registros éticos. Safra (2005), destes aspectos significativos sobre a humanização do atendimento psicológico, assinala como relevante o psicoterapeuta 1) reconhecer "aquilo que se passa com" o paciente, 2) realizar a “função especular”, 3) “dar medida humana ao medo”, e 4) possibilitar "uma abertura, uma autorização para que" se possa falar sobre aquilo que "emergiu na sessão" (p.49).

A função do pai na constituição e desenvolvimento dos filhos é um tema pouco explorado no enfoque winnicottiano, em certos casos, delegado como secundário (Amiralian, 2013). Ainda de acordo com a autora, a concepção de Winnicott sobre a constituição do ser humano se dá na relação com o ambiente, não restrito aos participantes, mas abrangendo outros elementos, tais como interações, fenômenos e circunstâncias físicas, climáticas e geográficas que os permeiam, bem como a cultura e a sociedade. A mãe tem o relevante papel de aproximar o pai e a criança. As características encontradas na atualidade, dos meios de produção e dos avanços científicos, com ênfase nos âmbitos da medicina e da tecnologia, influenciaram na descentralização do papel de provedor, na mudança do status da mulher na sociedade, e nas mais diversas configurações familiares, incluindo, dentre outras, a homoparentalidade e a coparentalidade. Tudo isso impactou as funções parentais. Em classes menos favorecidas, em situação de vulnerabilidade, a mãe costuma se apresentar como referência; as classes com maior poder aquisitivo, caracterizam-se pelo adiamento da maternidade. Com relação aos pais, pôde-se observar o aumento da participação no cuidado dos filhos.

O papel do pai é fundamental no estágio do concernimento, enquanto protetor da mãe dos ataques do bebê, pois este expressa seus instintos ao experimentar a ambivalência entre amor e ódio, facilitando a aquisição do senso de culpa e de responsabilidade com relação à alteridade. A união entre os pais pode favorecer o estabelecimento das bases sólidas para solucionar questões emergentes da triangulação, com a integração da ambivalência. O pai:

É aquele que garante a ordem e os limites, mas *para isso é necessária sua presença real*, que possibilitará à criança poder odiá-lo e tentar destruí-lo, e, se mesmo assim sua presença continuar firme e constante, a criança poderá amá-lo e viver seus instintos de forma livre e responsável. Ao se tornar uma figura forte, o pai passa a ser um modelo de identificação. (Amiralian, 2013, p.10, grifos nossos)

As fundações adquiridas ao longo do processo maturacional, terão impacto durante a vida do indivíduo. Como representante do limite na adolescência: “Nesse momento, o papel do pai e sua presença real tornam-se fundamentais. A figura paterna, como aquela que representa a ordem, a lei e os limites, possibilita ao jovem desafiá-lo e tentar suplantá-lo.” (Amiralian, 2013, p.9). A ausência paterna pode ter impactado no aumento da violência na contemporaneidade, a partir dos resultados observados em estudo mencionado pela autora, ampliando para a ausência de suporte da família mais ampla e da sociedade.

Com a transformação cultural, novas configurações familiares se apresentam. Kehl (2013) defendeu a “família tentacular”, a qual abarca novos membros – oriundos de novos casamentos, como padrastos, madrastas, enteados etc. – os quais passaram a participar da família mais ampla. Como resultado, há diluição na definição dos papéis, com diminuição do poder do pai – anteriormente temido, e, da presença da mãe, a qual se volta para o mercado de trabalho. Aspectos que repercutem em novos desafios para os filhos. Ainda assim, questionou o discurso que associa a degradação social à dissolução da família tradicional; o qual ignora outros fatores relevantes, tal como a perda dos espaços públicos. Mencionou diversas mudanças culturais que possibilitaram novos modelos de família. Há aumento nos índices de separações, da monoparentalidade feminina, bem como da escolaridade das mulheres – com adiamento da maternidade. Contudo, a transitoriedade das configurações familiares tem demandado novas formas de criar filhos. Com o ganho da liberdade de escolha, surgiu desamparo e mal estar.

As configurações familiares implicam em significações no imaginário dos indivíduos. O estudo realizado por Szymanski (1988) apontou para os significados de “família pensada” e “família vivida”. Contrastam-se quanto às expectativas e características relacionadas a modelos tradicionais e, o que ocorre na realidade do cotidiano – a família possível. O hiato entre a família ideal (pensada) e a experiência real com a família vivida, pode implicar em sentimento de desqualificação por parte de seus membros (Yunes, Arrieche, & Tavares, 2001, p.49).

Outros relatos sobre os desafios e possibilidades de auxílio prestado aos pais foram obtidos. M. Bortoletto (comunicação pessoal, 06 de maio de 2019) realiza, há aproximadamente quinze anos, entrevistas iniciais e Consultas Terapêuticas com pais e

crianças de até sete anos de idade – dentre quatro a seis encontros, com continuidade em psicoterapia individual da criança e encaminhamento dos pais, se necessário. Relatou obter resultados favoráveis, e vem orientando os psicólogos da clínica a empreenderem a prática. Inspirou-se em conferência⁴ de Magaly Miranda Marconato e Maria Cecília Pereira da Silva, na qual abordaram atendimentos com a mãe ou pais e crianças pequenas. P.C. Douek (comunicação pessoal, 16 de maio de 2019), pediatra responsável pelo departamento de pediatria da instituição na qual atua, identifica que há demanda por atendimento psicológico com dificuldade de encaminhamento; compreende que os problemas relatados pelas mães, são provenientes de dificuldades na relação entre elas e a criança, com repercussões sobre a atuação da equipe.

A maneira original e autêntica com a qual Winnicott apresentou suas ideias é referenciada por Outeiral (1996) como um sistema aberto, caracterizando por textos que promovem o jogo entre o autor e o leitor, uma obra que permanece disponível para diálogos e novas colaborações. Sugere algumas possíveis linhas de pesquisa; nas quais se verificou a coerência desta pesquisa com sua indicação na perspectiva clínica: “2) Desenvolvimento de técnicas sobre demanda (consulta terapêutica)” (Outeiral, 1996, p. 74). Ressaltou ser fundamental que “as pesquisas se dirijam a um aspecto pessoal, a uma abordagem criativa, do autor e não uma mera repetição” (Outeiral, 1996, p.74), tal como a questão sobre como responder à demanda dos pais, para favorecer a oferta de um ambiente facilitado, com a provisão ambiental satisfatória: incluindo a participação destes no atendimento psicológico de seus filhos.

Observando o referencial teórico do presente estudo, segue o levantamento sobre a questão da participação dos pais no atendimento psicológico de seus filhos, sustentado pela abordagem adotada para intervenção e avaliação dos resultados.

1.4 Contribuições da participação parental sob o referencial winnicottiano

A participação dos pais no tratamento de seus filhos foi relatada por Winnicott considerando os efeitos favoráveis para o processo maturacional destes (1955b/2000b; 1977/1987; 1971b/1984a) O “*contato íntimo com os interesses e problemas das mães*” (Winnicott, 1953c 1951/1975d, p.11) e seus bebês propiciou condições para Winnicott desenvolver e apresentar suas contribuições. Em sua obra, com grande frequência, pode-se notar o valor conferido aos pais; desde os cuidados nas experiências iniciais quanto ao processo maturacional, até o tratamento de seus filhos. Dentre os quais aparece o interesse

⁴ Realizada em 2003, no evento Clínica de 0 a 3, pela Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

dos pais em participar do tratamento de seus filhos, a capacidade destes para identificarem e reconhecerem a necessidade da criança, e retomarem os cuidados através da adaptação e da provisão ambiental correspondentes a estas, restabelecendo e enriquecendo o contato e a relação entre eles. Nesta perspectiva, os pais se beneficiam do trabalho de reparação, fortalecendo a confiança em seus próprios recursos para cuidar e curar seus filhos (Winnicott, 1955b/2000b; 1977/1987; 1971b/1984a). Passados tantos anos dos escritos winnicottianos, alguns pressupostos teóricos revelam uma modalidade histórica, nas quais as práticas sociais e modelos de pensamento devem ser revistos, pois o ambiente suficientemente bom sofreu profundas alterações (Campana, Santos, & Gomes, 2019). A teoria winnicottiana de ambiente suficientemente bom considera que o bebê, para alcançar satisfatoriamente as vivências de cada uma das fases de seu desenvolvimento, demanda por um ambiente saudável, mas que nem sempre isso é possível, o que pode distorcer o desenvolvimento dessa criança (Benedito & Pinheiro, 2018). No nosso tempo, o ambiente do bebê e da criança não se restringe ao lar, nem a presença da mãe. Em muitos casos, as creches dividem com a família o cuidado no desenvolvimento das crianças e, em certos casos, podem ser o ambiente suficiente bom, ou não tão bom o suficiente.

No atendimento, segundo a Demanda de Piggie “O fato de os pais poderem participar de um processo de crescimento e reparação foi-lhes de grande valor.” (Winnicott, 1977/1987, sem paginação). O analista, especialmente nas primeiras entrevistas, convidou o pai, ou a mãe, a entrar na sala de atendimento junto com a criança. Winnicott assinala que os pais se sentiam desorientados, o que ofuscava sua percepção sobre as capacidades da criança para solucionar sua questão por si mesma. Especificamente sobre a presença paterna nas consultas, o autor registrou que esta possibilitou à criança usar o pai para se comunicar com o analista, e fortaleceu a confiança da filha na capacidade deste participante para sustentá-la, à medida que esse se adaptava às exigências da criança (Winnicott, 1977/1987). Nas cartas, os pais reconhecem os avanços, relatam estarem mais animados e agindo de forma “menos artificialmente tolerante com ela, o que parece estar produzindo bons resultados” (Winnicott, 1977/1987, p.34).

Safra (2005) esclarece que “Winnicott não adota uma postura em que os pais devam ficar separados na análise da criança. Os pais são integrados no momento em que a criança estabelece a comunicação e ele acolhe as angústias de todos, que os levou a precisar daquela intervenção clínica.”. (p. 72-73).

Faz-se necessário, neste ponto, destacar alguns relatos de Winnicott sobre a contribuição e participação dos pais no tratamento de seus pacientes.

No caso de Kathleen, Winnicott (1955b/2000b) apontou para o papel fundamental que a mãe e a família tiveram no trabalho; adaptando o ambiente, a casa, seu funcionamento e até a relação com a comunidade, de acordo com as necessidades da criança, naquele momento de sua vida. Além de um caso de retorno à dependência, com possibilidade de retomada do amadurecimento, destacou a importância da presença da mãe para o tratamento da filha.

Na entrevista com a mãe “Sra. X”, aos 30 anos – numa Consulta Terapêutica com uma mãe (de Anna, 6 anos) – esta pôde realizar uma comunicação significativa a respeito de si mesma; favorecendo o exercício de sua função como mãe, em prover os cuidados necessários para a filha, com enriquecimento do relacionamento entre elas. (Winnicott, 1971o/1984c, p.347-348).

No caso de Ada, Winnicott reconheceu o grande valor para o tratamento, da capacidade dos pais para reconhecerem as necessidades da criança naquele momento. A mãe da paciente relatou um “*novo relacionamento com ela*, um relacionamento fácil e íntimo, como se um bloqueio houvesse sido removido”, restabelecendo o contato entre elas. (Winnicott, 1966c/1984f, p. 251).

Alguns pais possuem a capacidade para “dar uma oportunidade limitada e temporária para a criança regressar à dependência e à provisão materna inerentes a uma idade anterior à do momento em pauta” – uma “fase de “mimos”. Em tais ocasiões, encontram sucesso em curar seus filhos (Winnicott, 1971ve/1984e, p.230).

Conforme a criança cresce, expectativas a acompanham, de acordo com a aquisição de novas capacidades. No contexto social atual, a concepção de “mimar” costuma adquirir uma conotação pejorativa, podendo influenciar na ação dos pais no relacionamento com a criança. Não é possível aprofundar esta questão neste estudo, contudo faz-se necessário considerar que culturalmente, o “mimar” pode estar associado à não incentivar, não oferecer limites, lidar com a criança de modo aquém às suas capacidades. Até certo ponto, isto é coerente, desde que se considerem as condições pessoais de amadurecimento da criança. Neste ponto faz-se necessário enunciar uma experiência da autora no cotidiano (não clínico), na qual conversou com uma mãe sobre sua surpresa pela filha de quatro meses permanecer por um tempo significativo no chão – deitada de costas, sem chorar, solicitando ser pega. Esta mãe disse com confiança que a filha teve de se acostumar. Não foram solicitadas mais informações, contudo, o comentário desta mãe trouxe à mente que pegar um bebê de quatro meses, caso este não queira permanecer no chão, poderia estar relacionado a “ser mimado”. Há bebês que preferem permanecer soltos, mas tal comentário

não indica esta preferência deste bebê, mas potencialmente, que suas solicitações para ser pego no colo e por contato físico com um ser humano, podem não ter sido atendidas.

Na atualidade “mimar” não é reconhecido como uma boa prática, potencialmente identificada como uma “fraqueza” dos pais; estereotipando crianças como “mimadas”. Há que se reconhecer que o excesso de sentimentalismo, isto é, lidar com os filhos sem a confiança para exercerem seus papéis, tal como impor limites, no momento e na etapa adequada, pode expressar falta de confiança na capacidade da criança para tolerar as falhas e no exercício da função parental, com receio de ser odiado pela criança. Contudo, no outro extremo, exigências excessivas à capacidade da criança, para comportar-se adequadamente, ser bem educado, podem gerar rupturas na continuidade de seu gesto espontâneo, com o risco de dissociação do *self*, de uma vida falsa, vivida para o outro, com adaptação para a sobrevivência, encapsulamento do *self* e o estabelecimento de organizações defensivas.

Ser pais não é uma tarefa simples, e estes devem se adaptar continuamente aos avanços e às aquisições da criança ao longo do desenvolvimento. Tolerar alguns comportamentos das crianças pode ser exaustivo, mas dadas as proporções, é necessário, pois compreende dentre as funções de um ambiente facilitador do amadurecimento pessoal. Winnicott (1955d [1954]/2000c) apresenta um “princípio fundamental da existência: tudo aquilo que provém do verdadeiro eu é sentido como real (posteriormente, como bom), seja qual for a sua natureza, não importa o quão agressiva” (p. 389).

Quanto ao dizer não, Winnicott (1993f [1960]/1999b), coloca que “As crianças são tão diferentes umas das outras no modo como se desenvolvem... [...] Talvez já tenham entendido que dizer “não” não é simplesmente dizer ‘não’.” (p. 35). O autor reconhece a ambivalência da função dos pais, tanto para mimar, quanto para apresentar limites com firmeza, e visando auxiliá-los, comunica a estes que: “as crianças pequenas gostam que se lhes diga “não”. Elas não gostam de lidar sempre com coisas amenas e macias; também gostam de pedras, paus e chão duro, e gostam que se lhes diga quando devem cair fora, tanto quanto de serem mimadas.” (Winnicott, 1993f [1960]/1999b, p. 48)

Também existem pais que agem com autonomia e/ou contam com uma boa orientação de um *ambiente desejável médio* para si mesmo.

No caso de Cecil, Winnicott relata o desejo dos pais de participarem do tratamento da criança, e sobre a capacidade destes para se identificarem com e reconhecerem as necessidades do filho por um período prolongado. Registra terem sido eles, a proporcionarem o restabelecimento do menino, ao fornecerem-no os cuidados adaptados, contando com seu auxílio (Winnicott, 1963f/1984g).

A entrevista individual com a mãe do paciente Iiro, possibilitou a ela uma comunicação significativa sobre o exercício de sua função como mãe; como resultado ocorreu uma transformação no comportamento dela: aceitar as limitações quanto às correções físicas do filho através de cirurgias, propiciando um “alívio geral da tensão” (Winnicott, 1971k/1984b, p.35).

Passadas tantas décadas, a obra de Winnicott encontra novas interpretações em estudos atuais. Conforme já enunciado, as mudanças nas características socioculturais de cada época influenciam em diversas formas de configuração familiar, e repercutem no desempenho dos papéis parentais. Ainda que Winnicott tenha abordado a importância do papel do pai, em suma, sua função se destacaria por favorecer à mãe e facilitar a provisão ambiental ao bebê; há que considerar, que nas relações contemporâneas, as funções dos pais têm se permeado, diminuindo a definição clara dos papéis. A ênfase dada à maternidade por Winnicott coloca nesta um valor que se sobressai significativamente ao papel do pai, tão forte, que pode não abranger a participação deste, tal como exercida nas relações contemporâneas (Miranda, Timo e Belo, 2019), ou como coloca Amiralian (2013), delegando-o como secundário. Os pais do nosso tempo cuidam dos bebês e, em muitos casos, assumem o papel materno.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019), indicam uma tendência de redução na discrepância sobre a taxa de realização de afazeres domésticos entre sexos. Contudo, ainda que identifique o aumento da realização destes por parte dos homens, as mulheres apresentam índices superiores, mesmo que em situação de ocupação profissional igual aos homens, repercutindo sobre a dupla jornada destas. Quanto à realização de cuidado de pessoas, as mulheres também dedicam mais tempo em comparação com os homens. Dentre as diversas atividades, as mulheres podem empreender o dobro de tempo por semana com relação aos homens.

Apesar das novas formas de configurações familiares e das divisões nas funções parentais, Winnicott (1993f [1960]/1999b), ao comentar sobre este último aspecto, com relação ao tempo dedicado aos cuidados das crianças e da casa, mantém-se atual no questionamento de que “Não é o mundo um pouco injusto com as mulheres a esse respeito?” (p. 42).

A questão sobre as exigências depositadas nas mulheres, em relação aos cuidados das crianças, também é discutida por Stella (2009), com influências de pressupostos teóricos, tal como as proposições de Winnicott, quanto às repercussões para o desenvolvimento infantil oriundo das quebras no vínculo entre esta e o bebê.

1.4.1 Consultas Terapêuticas

Além do atendimento segundo a demanda, a(s) Consulta(s) Terapêutica(s) em psiquiatria infantil, foi proposta pelo pediatra e psicanalista Donald Woods Winnicott. As Consultas Terapêuticas compreendem entrevistas únicas, ou em número limitado, capazes de promoverem uma mudança suficiente para um novo funcionamento da família em relação à criança; considerando que nem sempre há análise disponível ou “talvez nem seja sempre recomendável” (Winnicott, 1965j [1963]/1983, p.168).

Este tipo de trabalho é indicado para casos que contem com um *ambiente desejável médio*; deve-se evitar o procedimento quando não se encontra um ambiente capaz de fornecer provisão ambiental satisfatória, e em casos de crianças muito doentes ou com grave distúrbio psiquiátrico em um dos pais. Um processo prolongado é indicado em tais condições, ademais quando apresentam diversos problemas na primeira entrevista. (Winnicott, 1971vc/1984d, 1971ve/1984e).

A Consulta Terapêutica pode ser favorável para a adesão ao tratamento a longo prazo. A confiança que os pacientes podem apresentar no início pode ser utilizada, com potencial para dissolver a dificuldade, possibilitar a retomada do “movimento progressivo no processo de desenvolvimento”, e fortalecer a confiança e a esperança de ser compreendido e ajudado. As mudanças que resultam podem também ser utilizadas pelos pais. (Winnicott, 1971vc/1984d, p. 12-13).

O trabalho realizado nesta modalidade reserva as interpretações para momentos significativos, e, as intervenções realizadas devem respeitar o processo, o ritmo do paciente, para que possa realizar sua comunicação e encontrar algo por si próprio (Winnicott, 1966c/1984f, p. 236-237).

Compreende a oferta de um “*setting humano*”, e confere ao terapeuta a liberdade para ser si mesmo e adequar a técnica apropriada ao caso; considerando que as ações do profissional não estejam submetidas às suas próprias ansiedades, culpas ou expectativa de obter sucesso – o que seria contrário à adaptação ativa (Winnicott, 1968l[1965]/1994e).

Nas entrevistas psicoterapêuticas, o paciente costuma se relacionar de forma menos defendida, disposto a comunicar, e acredita [tem esperança de] que será compreendido e ajudado. O terapeuta deve utilizar a oportunidade, que de forma contrária pode conferir um trauma, fortalecer a desconfiança e a indisposição [e a desesperança] (Winnicott, 1968l [1965]/1994e). O terapeuta está na relação com o paciente como objeto subjetivo, e pode

ser usado a partir de sua capacidade para “acreditar em pessoas significantes”. (Winnicott, 1968l [1965]/1994e, p. 248)

O desfecho favorável não precisa ser um resultado direto da consulta, ainda que se busque assegurar que nenhum dano provenha daquilo que foi, ou não, realizado (Winnicott, 1971d [1970]/1994d).

Ao comentar sobre os desenhos realizados nas consultas, e sobre a apresentação aos pais dos desenhos em série da criança, coloca que, ainda que estes possam identificar os traços da criança, a sequência possibilita identificarem aspectos de sua personalidade e capacidades não claramente percebidas no ambiente familiar, e acrescenta que “Isso é mais real para eles do que se eu contasse o que a criança disse.” (Winnicott, 1971vc/1984d, p. 11). Considerando os objetivos desta pesquisa, há que considerar, em analogia à apresentação da produção dos desenhos, como seria para estes participarem de uma produção conjunta com seu filho (a)? Não exclusivamente de desenhos, mas através da interação com a criança nas consultas conjuntas?

Outro aspecto a ser destacado sobre a postura de Winnicott é o acolhimento à necessidade dos pais, o manejo de suas angústias e a intervenção para enriquecer a relação entre estes e a criança (Safra, 2005).

1.4.2 Consultas terapêuticas com a presença dos pais

A inclusão dos pais nas Consultas Terapêuticas passou a ser estudada como ampliação de propostas com pais - bebê, ou, devido a demandas familiares identificadas pelos psicoterapeutas, contudo, há escassez na literatura de estudos com crianças pré-escolares (maiores de dois anos e menores de seis anos completos) que contemplam a participação da mãe, ou dos pais, nesta perspectiva. Foram consultadas as principais fontes de informação na área, as mesmas apontadas no capítulo da metodologia deste estudo, e identificados apenas cinco estudos que abordam o tema específico, nos últimos 20 anos.

Dos dados das Consultas Terapêuticas realizadas com a participação de pais em conjunto com a criança, há contribuições para mudanças no modo como estes lidam com os filhos, especialmente com relação ao sintoma que motivou a procura por atendimento, enriquecendo e vitalizando as relações familiares. Ao compreenderem as experiências dos filhos, há redução da projeção parental e aumento da discriminação entre eles, repercutindo para que ocupem seus respectivos lugares na família. O tratamento fornece auxílio aos pais, fortalecendo sua capacidade para a provisão ambiental. O enquadre oferece condições para que comunicações significativas aconteçam, e, angústias sejam elaboradas. O processo terapêutico favorece a criatividade, a confiança e a esperança, para a criança e os pais, os

quais podem contar com a renovação destas capacidades e usá-las nos atendimentos. O valor social caracteriza-se pela prevenção e promoção da saúde mental, e viabiliza intervenções psicológicas em instituições, especialmente quando não é possível a psicoterapia por períodos prolongados. (Brafman, 1999, Agostinho, 2003, Almeida, Marconato, & Silva, 2004, Moreira 2015).

A escolha para a inclusão dos pais deve considerar as especificidades de cada modalidade de atendimento e da abordagem teórico-metodológico que a sustenta. Os casos precisam ser avaliados individualmente, conforme as condições objetivas e subjetivas dos participantes e do psicoterapeuta, e a análise de riscos e benefícios. A imprudência na tomada de decisão pode resultar em iatrogenia, e, produzir efeitos contrários ao esperado.

A realização de mais estudos sobre a participação dos pais no atendimento psicológico infantil tem sido estimulada para aprofundar os conhecimentos e consolidar a prática (Catafesta, 1992, Brafman, 1999, Agostinho, 2003, Moreira, 2015, Oliveira et al., 2018).

1.5 A comunicação quanto ao processo maturacional

A comunicação é a interação que acontece na relação entre o bebê/criança e o ambiente e está relacionada ao processo de amadurecimento pessoal. O ambiente não se restringe à relação entre a mãe e o bebê, mas amplia-se para os círculos de pessoas que os envolvem, abrangendo o pai, a família, a escola e a sociedade, e para os fenômenos que os envolvem – humanos naturais ou artificiais.

A comunicação inicial entre a mãe e o bebê aparece abundantemente na literatura, a partir de muitas horas de observação do início da interação da mãe com a criança (Mendonça, 2019). A autora indica estudos voltados para a intersubjetividade, os quais, a partir da descrição minuciosa destas observações, têm destacado a interação entre a díade, apresentando evidências da comunicação, desde o nascimento, às futuras interações da criança com outros seres humanos (Mendonça, 2019).

Na saúde, o amadurecimento pessoal será facilitado quando há o encontro entre a tendência herdada e um ambiente facilitador.

Este desenvolvimento se dá por causa das experiências que o bebê tem do comportamento adaptativo da mãe (ou substituto materno). O comportamento adaptativo da mãe torna possível ao bebê encontrar fora do self aquilo que é necessário e esperado. “Através da experiência da maternagem suficientemente boa, o bebê passa para a percepção objetiva, havendo herdado a tendência a fazer isso e tendo-lhe sido dados a

aparelhagem perceptual e a oportunidade.” (Winnicott, 1970b[1969]/1994c, p. 197)

Em um cenário favorável, a comunicação inicial “silenciosa”, gradativamente, se tornará mais complexa. Abrangendo a linguagem e maior diferenciação entre *eu* e *não eu*. Sabe-se que o ambiente imediato é fundamental para facilitar o processo maturacional. Winnicott (1968d/1999c, p.80), aponta ser imprescindível que as condições do ambiente se adequem para que o indivíduo possa realizar seu potencial herdado. “Os genes não são suficientes” (Winnicott, 1968d/1999c, p.84), necessitam encontrar condições suficientes. Condições, as quais afirmam não poderem ser fornecidas por uma máquina, possíveis somente pela presença de outro ser humano, que é imperfeito, falível (Winnicott, 1968d/1999c, p. 82). Recorda-se que jamais ocorre uma adaptação completa; a mãe suficientemente boa é capaz de prover “alguma coisa mais ou menos no lugar certo e no momento certo.” (Winnicott, 1953a [1952]/2000e, p. 311)]

A comunicação entre a mãe e o bebê ocorrerá através dos cuidados fornecidos – enquanto o segura [sustenta, *holding*] e o manipula [cuidados corporais, *handling*] – através dos efeitos de uma comunicação silenciosa. Cuidados que vão ao encontro de suas necessidades, e são realizados por uma pessoa que tem vivacidade e se preocupa com ele. (Winnicott, 1968d/1999c, p. 86-87) “A comunicação se origina do silêncio” (Winnicott, 1965j [1963]/1983, p. 173). As “comunicações silenciosas iniciais” ocorrem através do contato físico que apresenta uma reciprocidade. Winnicott cita o “embalar”, “o movimento que provém da respiração da mãe, o calor de seu hálito... seu cheiro... o som das batidas do seu coração”: (Winnicott, 1968d/1999c, p. 88-89). A sustentação e os cuidados corporais podem ser traduzidos por segurar no colo – ou, ainda, na vida intrauterina –, acariciar, abraçar, ninar, olhar, beijar, amamentar, trocar a fralda, dar banho, colocar para arrotar, conversar, cantar etc. Lembrando que não se trata de cuidados padronizados e mecânicos, mas adaptados e envolvidos por afetos.

A comunicação “silenciosa” é uma comunicação de confiabilidade, que na realidade, protege o bebê quanto a *reações automáticas* às intrusões de realidade externa, com estas reações rompendo a linha de vida do bebê [continuidade] e constituindo traumas. Um trauma é aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confuso sobrevém seguido talvez por uma reorganização de defensas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes do trauma. (Winnicott, 1970b[1969]/1994c, p. 201).

A mãe e o bebê também se comunicam através da brincadeira, ao interagirem no espaço potencial, o qual Winnicott (1968d/1999c) denomina de território comum. Outro aspecto relevante são as expressões no rosto da mãe, o espelhamento do bebê, a partir dos

quais o bebê pode ver a si mesmo e fazer uso disto: “A partir destas comunicações silenciosas [...] a mãe concretiza exatamente aquilo que o bebê está pronto para procurar, de tal forma que lhe dá uma idéia das coisas que ele está pronto para procurar”. (Winnicott, 1968d/1999c, p. 89) Com isto o bebê terá a *ilusão de onipotência*, de que criou aquilo que necessita, e terá a sensação de ser real. A comunicação, desde o princípio, propicia a continuidade do processo maturacional e novas aquisições. “É nestes primeiros estágios de comunicação entre o bebê e a mãe que esta última irá assentar as bases da futura saúde mental do bebê” (Winnicott, 1968d/1999c, p. 90).

A repetição desta comunicação – através da adaptação nos estágios iniciais – promove a capacidade para a ilusão⁵, na qual os objetos transicionais são criados pelo bebê e [paradoxalmente] aceitos como pedaço da realidade percebida; uma relação entre objeto subjetivo e objetivo. Se nos estágios primitivos o ambiente falha, os resultados são: a intrusão e a reação à intrusão; o estabelecimento de uma organização defensiva em repúdio à intrusão; e o retorno ao isolamento como única possibilidade para readquirir a sensação de ser. A cisão, decorrente do fracasso da adaptação ativa do ambiente, implica em uma vida falsa [falso *self*] (Winnicott, 1953a [1952]/2000e).

Quando há saúde – um ambiente que se adapta às necessidades - a criança é capaz de se comunicar criativamente e o potencial (tendência) hereditário da criança pode se realizar. O trabalho analítico consistiria na possibilidade de transformação, ainda que tardia: “alterar o passado do paciente”, para que ele adquira autonomia. (Winnicott, 1968d/1999c, p. 90-92). Propõe como axioma da comunicação que a oferta de oportunidade adequada e profissional possibilitará à pessoa expor a dificuldade nesse momento de sua vida (Winnicott, 1971vc/1984d, p. 15). E cita casos diversos que a criança estava pronta para ir após a comunicação ter sido realizada. Deve-se acrescentar que esta comunicação foi feita a uma pessoa, que está presente diante dele preocupado, vivo e que testemunha e intervém. A “comunicação significativa” revelou poderá ser integrado ao *self* (Safra, 2005, p. 23 e 27). A adaptação ambiental possibilita o descongelamento da situação da falha (Winnicott, 1955d [1954]/2000c, p. 379).

As falhas também produzem uma comunicação. Caso seja poderosa e não corresponda à capacidade do bebê naquele momento, pode ser uma intrusão ao apresentar precocemente a realidade externa compartilhada. A apresentação do objeto falha quanto à experiência de ilusão de onipotência, e não é possível ter a ilusão de ter criado o objeto. Se a falha for rapidamente corrigida, isto pode ser tolerado e proporcionará ao bebê o

⁵ Não como defesa, mas como experiência.

conhecimento do sucesso. Esta comunicação está relacionada à confiabilidade. A correção das falhas irá constituir a “comunicação do amor”, o sentimento de ser amado e a “sensação de segurança” (Winnicott, 1968d/1999c, p. 87). O analista também se adapta falha e deve corrigir suas falhas. Winnicott reconhece que mesmo uma interpretação correta, se não for aproveitada pelo paciente é porque foi realizada “no momento ou da maneira errada”, e se põe a revogá-la (Winnicott, 1971vc/1984d, p. 17-18).

O processo maturacional envolve a mudança na relação com o objeto subjetivo para o objeto percebido objetivamente. Na medida em que o indivíduo amadurece, passa a reconhecer os objetos parciais mãe-ambiente e mãe-objeto, este último como objeto subjetivo. Inicialmente a mãe se comunica com o lactente somente enquanto objeto subjetivo, e da relação com os objetos subjetivos provém à sensação de ser real. Gradualmente a mãe passa a ser percebida objetivamente, e a comunicação é indireta - a exemplo da linguagem. Na patologia ou mesmo na normalidade, o núcleo do *self* não se comunica e isso deve ser aceito, pois, caso contrário há uma intrusão. O uso sadio da não comunicação estabelece o sentimento de realidade e pode ser observada na vida cultural no adulto e nos fenômenos transitórios na infância. Os objetos e fenômenos transitórios [ou transicionais] surgem com a mudança da relação com objetos subjetivos para percebidos objetivamente. Há um eu que não se comunica e que [paradoxalmente] quer se comunicar: “É um sofisticado jogo de esconder em que *é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser achado.*” (Winnicott, 1965j [1963]/1983, p. 169, grifo do autor)

A comunicação na psicoterapia pode se dar através do brincar, através de uma experiência criativa e intensamente real para o paciente. O analista deve criar o espaço no qual “a criança ou o paciente possa ser capaz de descobrir algo por si próprio” (Abram, 2000a, p. 63) e surpreender a si próprio, na medida em que é ele que detém as respostas. Mais importante que a interpretação é o brincar, e ainda se deve ser cuidadoso com as interpretações, uma vez que podem subsidiar o desenvolvimento de um falso *self* ou promover uma análise interminável; a interpretação deve ocorrer quando a mutualidade está presente no brincar (Abram, 2000a).

O brincar acontece no espaço potencial – também empregado com o termo de fenômeno transicional – compreende um espaço de encontro e separação da realidade interna e externa e estão associados ao brincar e à criatividade. Winnicott também emprega o termo espaço potencial, o qual começa a existir a partir da confiança – do bebê na mãe, do paciente no analista. Ao passo que o bebê se separa da mãe o espaço potencial é preenchido com o brincar (Abram, 2000a, b, c). A interpretação pode, no momento apropriado, apresentar os limites da interpretação do analista (Winnicott, 1965j

[1963]/1983). Conferindo uma relevante função na introdução gradual das falhas do ambiente, em direção à independência.

A mãe comunica-se com o seu bebê através do conhecimento daquilo que ele necessita, antes que a necessidade seja expressa através de um gesto. A partir daí, o gesto que expressa a necessidade decorre naturalmente, e um dos pais pode ir ao encontro desta comunicação através de uma reação adequada. A partir disto surgem todos os tipos de comunicação deliberada, não apenas da necessidade, mas também dos desejos. A esta altura a mãe pode se sentir novamente livre para voltar a ser ela própria, e para frustrar. Cada um desses estados surge necessariamente a partir do anterior. (Winnicott, 1968d/1999c, p. 96).

Com a perda da convivência na atualidade, há um distanciamento entre pais e filhos, de maneira que a comunicação fica prejudicada. Dificulta o reconhecimento da necessidade da criança, que realiza o gesto em um espaço vazio. Faz-se necessário a presença real do outro, em diferentes etapas da vida, para que ela possa criar no espaço potencial. "Assim, embora enfatize a importância da descoberta de Freud a respeito da existência da realidade psíquica; Winnicott confere relevância à realidade externa, ou seja, ao ambiente que é constituído por pessoas reais" (Winnicott, 1960/1983, 1987/2006, apud Gomes, 2019).

1.6 Objetivos

Descrição dos objetivos primários e secundários.

1.6.1 Objetivo primário

Investigar e facilitar a comunicação entre os pais e a criança através de Consultas Terapêuticas conjuntas, para favorecer o processo de amadurecimento da criança.

1.6.2 Objetivos secundários

Empregar a Consulta Terapêutica com os pais e a criança como modalidade de atendimento psicológico de orientação psicanalítica de curta duração.

Promover intervenções na comunicação entre a mãe e/ou pai e a criança para facilitar a adaptação ativa dos pais às necessidades da criança em dado momento de sua vida.

Fortalecer a confiança dos pais na própria capacidade para fornecer os cuidados aos filhos no exercício de suas funções parentais.

Fortalecer a confiança da criança na provisão ambiental satisfatória, e, a esperança no restabelecimento do seu desenvolvimento emocional.

1.6.3 Relevância científica

Compreende-se que a proposta da pesquisa está em consonância com a sugestão de possíveis linhas de pesquisa proposta por Outeiral (1996, p.73): coerência com a indicação, na “perspectiva clínica”, para o “Desenvolvimento de técnicas sobre a demanda (consulta terapêutica)”.

O estudo se propôs a produzir evidências, através da realização de estudos de casos – mais de um estudo de caso (Yin, 2005).

Buscou ampliar o conhecimento acerca da comunicação entre os pais e a criança em Consultas Terapêuticas conjuntas. A busca bibliográfica revelou a necessidade de investimento em mais estudos com crianças pré-escolares (maiores de dois anos e menores de seis anos completos) que contemplam a participação da mãe, ou dos pais, nesta perspectiva, dado que foram identificadas cinco publicações no período de vinte anos: Brafman (1999), Agostinho (2003), Almeida et al., (2004), Moreira (2015). Dos estudos encontrados, observaram-se diferenças quanto ao desenho do método – critérios de inclusão dos participantes, procedimentos de campo, análise dos dados coletados, etc. Os mesmos, não apresentam levantamento, sequer mencionam, outros estudos nas especificidades de consultas terapêuticas em configuração conjunta com a participação de pais (ou um deles) e filho(a), referenciando principalmente as terapias familiares.

Os critérios de inclusão dos participantes delineiam um campo específico para a produção de evidências. A faixa etária das crianças em idade pré-escolar possibilita futuras compilações em buscas sistemáticas para a revisão bibliográfica. Contribui para a compreensão da comunicação entre pais e filhos em diferentes etapas da vida.

Quanto à análise dos resultados, foram observados os fenômenos humanos emergentes na relação entre os pais e a criança, e os efeitos facilitadores da comunicação entre eles para a oferta de um ambiente adaptado, capaz de fornecer a provisão ambiental satisfatória conforme as necessidades da criança, em dado momento de sua vida.

1.6.4 Relevância psicológica

A realização da pesquisa visou contribuir em benefício dos participantes que buscaram por auxílio em atendimento psicológico no serviço público – oferecer auxílio através de atendimento psicológico de curta duração, sustentação da angústia dos pais nos

desafios vivenciados no momento da procura, e, facilitar a comunicação e aproximação entre os pais e a criança. A intervenção realizada buscou responder à demanda atual, a necessidade dos pais por auxílio para desempenharem suas funções nos cuidados com seus filhos, visando à prevenção do estabelecimento de quadros psicopatológicos na criança.

Os resultados obtidos poderão integrar as reflexões acerca da atuação dos psicólogos no contexto clínico, tais como atendimento psicológico em configuração conjunta com os pais e a criança, interconsulta hospitalar, práticas em centros de atenção psicossocial – CAPs etc. O uso institucional desta modalidade de atendimento pode beneficiar famílias que buscam por atendimento e aguardam por longos períodos a disponibilidade de profissionais e abertura de vagas.

2 METODOLOGIA

Seguindo a exigências para a realização de pesquisa com a participação de seres humanos, esta pesquisa foi submetida e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e recebeu o CAAE 09070919.3.0000.5464. A pesquisa de campo para coleta de dados foi realizada através de atendimentos e intervenções psicológicas.

2.1 Participantes

Como critério de inclusão dos participantes estabeleceu-se: criança em idade pré-escolar – maiores de dois e menores de seis anos de idade completos – e sua mãe e/ou pai biológicos, que vivem como casal, heterossexuais, e que solicitaram atendimentos psicológicos para os filhos, não diagnosticados com distúrbios psiquiátricos graves. Foram excluídos os participantes com outros tipos de configurações familiares. Grupo 1: um menino de três anos e nove meses de idade e sua mãe, com participação eventual de duas irmãs mais velhas (idades sete e 12 anos); pai não compareceu, com justificativa de indisponibilidade devido ao trabalho. Grupo 2: um menino de cinco anos e dois meses de idade, seu pai e sua mãe. Os responsáveis solicitaram atendimento psicológico em Clínica-Escola e foram encaminhados para a pesquisa.

2.2 Equipamentos e materiais

Sala de atendimento psicológico infantil e família em Clínica-Escola; brinquedos e material gráfico, gravação de áudio e transcrição técnica, formulários de observação e auto-observação, fotos de produções gráficas para registro dos dados coletados, planilha de presença nos atendimentos.

2.3 Intervenção e procedimentos

Para a intervenção clínica foram usados o método clínico-qualitativo (Turato, 2013) e o método do estudo de caso (Yin, 2005). A abordagem teórica adotada foi a psicanálise, orientada pelo pensamento de D. W. Winnicott.

Foi efetuada a observação participante da relação pais-criança em Consultas Terapêuticas e os dados coletados a partir de entrevistas abertas.

Procedimentos: Grupo 1) total de nove atendimentos psicológicos; Grupo 2) total de sete atendimentos psicológicos. Dos quais, duas entrevistas abertas preliminares, para leitura e esclarecimento sobre a pesquisa, com leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Responsáveis) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE - Criança). Consultas Terapêuticas: sete (grupo 1) e cinco (grupo dois). Encaminhamento para psicoterapia. Acompanhamento posterior (follow up) após sete meses – através de mensagem por aplicativo de comunicação e contato telefônico com os pais.

Para a análise dos resultados o material clínico coletado foi submetido a “leituras flutuantes para impregnação do discurso” (Turato, 2013, p. 444-445), sob critérios de relevância e repetição. Foram identificadas as categorias e estabeleceu relação entre estas e os dados coletados, para compreender os efeitos observados em relação aos objetivos da pesquisa.

2.4 Sobre o método clínico-qualitativo e estudo de caso

O método clínico-qualitativo, conforme Turato (2013) se apresenta como uma derivação do método qualitativo genérico visando responder a novas e complexas demandas de dado momento. Pautando-se na interdisciplinaridade de referenciais teóricos, destaca as concepções psicanalíticas básicas e a união das concepções da pesquisa qualitativa e das áreas clínico-psicológicas.

Sustenta-se na tríade das atitudes existencialista-clínica-psicanalítica, com seus pilares: atitude existencialista, atitude clínica e atitude psicanalítica. Em suma, referem-se à valorização das angústias e ansiedades, a acolhida ao sofrimento emocional e o uso das concepções psicanalíticas, respectivamente. (Turato, 2013) Abrange a busca de interpretação dos sentidos e significados sobre os fenômenos compreendidos no binômio saúde-doença. Este autor descreve o ambiente natural em pesquisa, como um *setting* que acontece naturalmente, um espaço com estrutura física para a prestação de serviços clínicos - *settings* da saúde - no qual as pessoas se encontram em seu cotidiano envolvido em seus processos clínicos.

Para a coleta de dados psicológicos que não são facilmente articulados, observação participante, a história de vida e a entrevistas, são técnicas pertinentes (Haguette, 2013). O observador participante observa e compartilha diretamente da ação humana, dos processos subjetivos e dos sentidos nestes implicados; interage, coopera, modifica e é modificado pelo meio no qual está inserido. Isto posto, é necessário manter o distanciamento e uma intervenção mínima, ainda que sob seu papel ativo, maximize sua participação para obter melhor qualidade de dados e desenvolver um ambiente mais terapêutico.

Yin (2005) considera a observação participante com características favoráveis para a investigação no contexto clínico, enquanto técnica de coleta de dados e fonte de evidências. A participação do observador apresenta sua especificidade de acordo com a modalidade de observação – ao invés de ser passivo, o observador pode realizar manipulações. A partir da presença do pesquisador, pode ser produzido um retrato cuidadoso do fenômeno estudado.

Ao pesquisar pessoas, acontecimentos e fenômenos humanos, o *estudo de caso* propõe uma investigação empírica, possibilitando a coleta de dados em pesquisa clínica, e o fornecimento de evidências sobre o objeto estudado no cotidiano, através da observação direta dos acontecimentos, dos objetos do estudo e das pessoas entrevistadas (Yin, 2005). Segundo o autor, o estudo de caso não se limita ao controle de comportamentos, não apresenta clareza nos limites entre o fenômeno e o contexto, e, não se direciona para a enumeração de frequências ou generalizações estatísticas de amostragens. Considerando os objetivos do estudo, busca compreender as mudanças específicas selecionadas. Pressupõe habilidades desejadas sobre o pesquisador, tais como capacidade para realização de perguntas e interpretação das respostas; imparcialidade; não estar submetido a ideologias e preconceitos; adaptar-se e ter flexibilidade; observar as oportunidades diante das situações – não as perceber como ameaças; ter clareza sobre as questões do estudo; sensibilidade a provas contrárias. As evidências devem se originar de diversas fontes, tais como: documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante, auto-observação, artefatos físicos. Estas devem compor o relatório final, apresentando o encadeamento das evidências, unindo as questões do estudo aos dados coletados, explicitando as ligações para apresentar as conclusões. Nas entrevistas, indagam-se ao respondente-chave sobre fatos, opiniões, percepções, interpretações que estes possam apresentar sobre os acontecimentos, assuntos e eventos. Ademais, é relevante preservar a espontaneidade das entrevistas. Os dados informados podem orientar proposições para

embasar outras pesquisas, e os participantes podem indicar outras pessoas e fontes para obter evidências.

A seguir os resultados são apresentados, iniciando pela análise da literatura e posterior estudos dos casos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do corpo de conhecimento que subsidiou a discussão é apresentada a seguir.

3.1 Busca bibliográfica em bases de dados

Visando identificar produções científicas sobre consultas terapêuticas conjuntas com pais e crianças, no período de abril a maio de 2019, foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados (PsycNET - APA, Scielo, Dedalus - USP, Psychoanalytic Eletronic Publishing - PEP, Web of Science, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS - Bireme).

Utilizaram-se as palavras-chaves⁶: Consulta Terapêutica, Consultas Terapêuticas, pais, criança e Winnicott, em português e em inglês, com combinações em buscas avançadas; através de diferentes combinações entre as palavras foi possível identificar resultados diferentes nos resultados.

As buscas por trabalhos nos últimos cinco anos apresentaram poucos ou nenhum resultado. Influenciando na decisão de não utilizar filtro de datação.

Do total de 218 resultados levantados, foram inicialmente descartados os trabalhos repetidos em diferentes bases e aqueles que não se adequavam aos critérios nos campos: título, resumo, palavras-chaves e referências.

Estabeleceram-se os seguintes critérios para avaliação de representatividade das publicações:

1. Configuração dos atendimentos em conjunto com pais – ou um deles – e a criança.
2. Critérios de inclusão de participantes: pais e crianças em idade pré-escolar⁷ –

⁶ Optou-se pela busca especialmente por palavras-chaves, diante das limitações operadas pelos descritores indexados, e. g., PsycNET – American Psychological Association – APA não consta Therapeutic Consultation, e diversas bases indicaram 0 resultados com descritores “pré-escolar”.

⁷ Termo descritor indexado na Base de dados Biblioteca Virtual em Saúde, da Bireme: busca pela palavra “idade” – 9 resultados, item número 6: Crianças em Idade Pré-Escolar (português)/Preschool Age Children (Inglês)/Niños en Edad Pre-Escolar (espanhol). Nota Explicativa: Idades entre 2-5 anos. Termo usado em contextos não-educacionais. A aplicação de termos para designar idades é obrigatória para aquelas idades entre 0-17 anos. Terminologia em

maior de dois e menor de seis anos de idade completos.

3. Pertinência das referências bibliográficas: consulta(s) terapêutica(s) e D. W. Winnicott.

Após descartar os trabalhos distantes dos critérios, foram selecionados 54 estudos, datados entre 1984 e 2019, para verificação mais específica. Os textos foram explorados para adequação aos critérios, observando especialmente o método, procedimentos e forma de análise dos resultados.

Foram verificados resumos, referências e textos completos, aprofundando conforme a necessidade de identificação das informações.

Em seguida, identificaram-se algumas categorias, estabelecidas para distinção e organização dos trabalhos:

Tabela 1 – Categorias por configurações do atendimento e participantes

Categoria/qu antidade de publicações	Descrição	Detalhes
A/5	Consultas Terapêuticas conjuntas pais e criança pré-escolar	Pais (ou um deles) e criança pequena (idade pré-escolar: pelo menos um caso entre >dois e <seis anos de idade completos); compreende ao menos uma sessão conjunta.
B/3	Consultas Terapêuticas conjuntas pais, criança escolar e adolescente	Pais (ou um deles) e criança (idade escolar: >seis anos de idade completos). Adolescentes > que 12 anos.
C/17	Consultas Terapêuticas conjuntas pais e bebês	Pais (ou um deles) e bebês (<dois anos completos).
D/15	Consultas terapêuticas "individuais"	Pais ou um deles, e/ou criança [todas as idades]).
E/1	Consultas Terapêuticas familiares	Que se definem neste contexto.
F/1	Atendimentos conjuntos	Não identificado como Consultas Terapêuticas, compreende ao menos uma sessão conjunta (entrevista, sessão, consulta etc.).
G/5	Não foi possível identificar	
H/7	Não se aplica (outros trabalhos, temas relacionados)	

A partir das informações verificadas, os trabalhos foram distribuídos conforme as categorias da Tabela 1.

3.2 Análise de representatividade da literatura

A análise considerou somente as publicações que contemplaram os critérios para a avaliação de representatividade das publicações, conforme os procedimentos mencionados no item anterior. Foram identificadas cinco publicações com, ao menos um caso, com Consulta Terapêutica com a participação conjunta com os pais – ou um deles – e a criança em idade pré-escolar (inseridos na categoria A). Nas mesmas publicações, e nas demais, podem constar outros casos, de participantes que se enquadram outras categorias – B, C, D, E F e G, que não contemplam o critério de inclusão de crianças em idade pré-escolar da categoria A. Deste modo pode haver uma maior quantidade de publicações conforme a idade dos participantes (bebês, crianças escolares, adolescentes, consultas individuais ou familiares, atendimentos conjuntos que não Consultas Terapêuticas), além do contabilizado neste estudo, aumentando a discrepância entre os estudos publicados neste contexto. É

necessário ressaltar, que as publicações da categoria “A” não foram contabilizadas duplamente nas demais categorias. Em comparação, destacam-se 17 trabalhos com Consultas Terapêuticas com pais e bebês (categoria C), e 15 com Consultas Terapêuticas individuais (categoria D).

Nas publicações referenciadas enquanto trabalhos representativos, a idade dos participantes não foi utilizada como critério de inclusão/exclusão.

3.2.1 Trabalhos representativos

As configurações do atendimento em consultas terapêuticas com a participação conjunta de pais e crianças em idade pré-escolar, sob referencial winnicottiano, foram os principais critérios considerados para identificação de trabalhos representativos.

A categoria A (Consultas Terapêuticas conjuntas com pais e criança em idade pré-escolar – maior de dois e menor de seis anos de idade completos), é de maior representatividade para a pesquisa.

Tabela 2 – Trabalhos representativos

Autor (es)	Título	Ano
Moreira, Leliane Maria Aparecida Gliosce; Motta, Ivonise Fernandes da (Orientadora – doutorado/IPUSP-PSC)	Consultas terapêuticas com pais e filhos: resgatando a experiência compartilhada do brincar.	2015
Almeida, M. M.; Marconato, M. M.; Silva, M. C. P (artigo – Revista Brasileira de Psicanálise)	Redes de sentido: evidência viva na intervenção com pais e crianças	2004
Agostinho, Marcelo Lábaki; Vaisberg, Tania Maria Jose Aiello (Orientadora – mestrado/IPUSP-PSC)	O porco espinho, o menino do furacão e outras histórias: quadros de uma exposição psicanalítica	2003
Brafman, Abrahão H (artigo – Revista Brasileira de Psicanálise).	Tirando partido das influências mútuas entre pais e filhos	1999
Brafman, Abrahão H (artigo - International Journal of Psycho- Analysis)	Winnicott's Therapeutic Consultations Revisited	1997

Das cinco publicações identificadas, há uma tese de doutorado (Moreira, 2015), uma dissertação de mestrado (Agostinho, 2003) e três artigos em periódicos científicos (Almeida et al., 2004; Brafman, 1999; 1997). Dessas publicações, Brafman (1999) foi pioneiro em realizar Consultas Terapêuticas com a participação dos pais em conjunto com crianças, como ampliação de propostas com pais- bebê. O autor destacou a contribuição para a mudança na maneira como os pais lidam com a criança, especialmente quanto à situação que motivou a consulta. Seu texto de 1997 é basicamente o mesmo, em inglês, traduzido para o português em 1999, deste modo, futuras citações serão referidas somente ao último.

Agostinho (2003) sugeriu este enquadre diferenciado como uma nova abordagem, o denominando de “consultas terapêuticas familiares” (p. 92-93) e considerou ter apresentado a eficácia desta. O autor articulou uma crítica entre a exclusão desta prática em clínicas-escolas com relação aos modelos de triagens em tais instituições. Destacou a possibilidade de recuperar a experiência de comunicação para os participantes, os quais puderam criativamente e através da ilusão⁸, encontrar o que buscavam. Para possibilitar isto, os pais

⁸ No sentido winnicottiano – enquanto experiência, não como defesa.

e a criança contaram com a disponibilidade do psicólogo para o encontro humano – com adaptação às necessidades da família e com suas intervenções por manejo de *setting*.

Almeida et al. (2004) propõe um enquadre conjunto com os pais e a criança, para intervenção precoce. A intervenção precoce corresponde a intervenções entre o responsável e crianças até três anos de idade completos – a partir de zero e inferior a quatro anos de idade completos, conforme foi possível verificar nos casos exemplificados na publicação. Estes autores apresentaram o caso de um menino de dois anos e oito meses, e considerando a configuração conjunta, com a participação simultânea dos pais e da criança, destacam a possibilidade de se observar a dinâmica familiar no “aqui e agora”, e de acessar o conteúdo primitivo. Segundo eles, através das compreensões significativas, da reflexão conjunta, ocorrem redes de “sentido”, ou “aglutinações de sentido” (Almeida et al., 2004, p. 638-9). Os mesmos esclarecem que, a partir da continência – *holding*/sustentação –, da comunicação e da representação de conteúdos primitivos, produz-se o efeito de modificar o relacionamento e a interação entre os familiares, bem como possibilita a redução da tendência das projeções parentais na criança, e o aumento da discriminação entre os familiares e a ocupação de seus respectivos lugares na família.

Moreira (2015), ancorada em sua prática clínica privada, propôs para o âmbito institucional em serviço escola (ou clínica escola) a realização de uma a três consultas terapêuticas em conjunto com crianças, encaminhadas após procedimentos que as antecederam: entrevistas iniciais em grupo com pais, e em grupo com crianças, realizados no mesmo ambiente. Apoiada na clínica winnicottiana, buscou “enfocar o agir e ser si mesmo no mundo” (Moreira, 2015, p. 83). Esta autora sustentou que quando as consultas favorecem o espaço potencial para o brincar, a confiança dos pais em sua própria capacidade de cuidar dos filhos pode ser fortalecida. Sugeriu a realização de novos estudos para consolidação das Consultas Terapêuticas com pais e filhos.

3.3 Estudo dos casos

Foram analisados dois casos, de acordo com os procedimentos estabelecidos na Metodologia.

As três categorias identificadas para a análise dos dados foram:

- a. Aumento de contato com realidade psíquica do filho;
- b. Aumento de contato com sua própria realidade psíquica (pais);
- c. Aumento de contato com sua própria realidade psíquica (criança).

Faz-se necessário esclarecer o conceito “realidade psíquica pessoal interna” (Winnicott, 1988, p. 89) compreendido a partir do pensamento de Winnicott. Este esclarecimento é uma breve consideração do termo em relação ao processo de amadurecimento pessoal do ser humano segundo este autor.

A realidade psíquica compõe-se gradualmente pela organização de um “mundo interno do indivíduo” (Winnicott, 1965a/1993, p. 8), conforme a psique vai se constituindo no contato com o ambiente, através da elaboração imaginativa das experiências corporais, ao ser envolvido pelo corpo vivo da mãe (Winnicott, 1988, 1966c/1984f, p. 248, 1970b [1969] /1994c, p. 200, 1960c, p. 590, tradução livre). Não é mera fantasia ou projeções destas; é percebida como real para o indivíduo (Winnicott, 1988).

Ainda que no início da vida o bebê não esteja ciente – e nem deva estar, da existência do ambiente (Abram, 2012), este existe na realidade externa compartilhada, fornecendo-lhe cuidados.

Gradualmente, o bebê passa a perceber a separação entre o si mesmo e o ambiente. Do estado inicial de não integração, este vai se integrando em uma unidade psicossomática. Na saúde, conforme amadurece e adquire um status de unidade, torna-se uma pessoa, com uma membrana limitadora e com diferenciação entre eu e não-eu, dentro e fora (Winnicott, 1960c, p. 590)

Nos jogos de crianças pequenas podemos vislumbrar a elaboração imaginativa de suas funções corporais, especialmente num tratamento analítico, no qual entramos em contato muito íntimo com a realidade psíquica da criança, através de sua fala e de seu brincar. (Winnicott, 1988, p.64)

Quando a criança brinca, ela “é” seu super-herói, ainda que para o observador externo ela, aparentemente, aja *como se fosse*. Não se trata de uma fantasia inconsciente, aliás, segundo este autor, “a fantasia não é inteiramente inconsciente” (Winnicott, 1988, p. 112). Ao brincar, a criança aprende muito sobre o mundo e recebe conhecimentos para o convívio familiar e social. Brincando, a criança se prepara para a vida e essa ludicidade incentiva sua maturidade de maneira peculiar (Freitas, Nunes, & Machado, 2019).

A constituição da realidade psíquica pessoal acontece gradualmente. Ao longo do processo de amadurecimento pessoal, perpassando pelas etapas de dependência absoluta, dependência relativa, em rumo à independência. Esta condição adquirida propicia os sentimentos de ser si mesmo, ser real e que a vida vale a pena ser vivida.

A realidade psíquica pessoal é primeira e fundamental *área da existência*, a partir da qual o indivíduo cria (Winnicott, 1989i[1959] /1994a, p. 47). O indivíduo existe enquanto

exerce sua capacidade para transitar no espaço potencial, no qual é possível criar e encontrar o mundo externo compartilhado, e entrar em contato com o objeto objetivamente percebido. Nestas condições, as falhas passam a ser mais toleradas, com maior aceitação do princípio de realidade.

3.3.1 Estudo de caso – grupo 1

Quando um paciente não pode brincar, o psicoterapeuta tem de atender a esse sintoma principal, antes de interpretar fragmentos de conduta. (Winnicott, 1968i [1967] /1975c, p.80)

A mãe buscara auxílio para o filho de três anos e nove meses, relatando significativa alteração no comportamento e na comunicação verbal do filho, após um episódio de cinco convulsões no mesmo dia. Naquela circunstância, a percepção materna foi de que ele “não estava lá”, com olhar vago e aspecto de “morto”. Não foram apresentadas conclusões quanto às bases orgânicas durante o período dos atendimentos. Anteriormente, ele mantinha boas relações, e se afastava quando contrariado, porém, passou a machucar a si mesmo e a outros que estivessem próximos. A fala da criança passou a apresentar prejuízo: frases simples, e dicção com pouca articulação e de difícil compreensão. Fica nervoso quando não o compreendem. Ademais, o desenvolvimento é relatado conforme o esperado para a idade.

3.3.1.1 Aumento de contato dos pais com a realidade psíquica do filho

Foi identificada neste tópico a compreensão do sintoma da criança, maior tolerância ao uso dos brinquedos/materiais, adaptação ativa correspondente às necessidades do filho, prestar auxílio ao filho em relação ao sintoma apresentado, compreensão do processo da criança.

Nos atendimentos o menino se movimentava com agitação, entrando e saindo da sala, pulando dos móveis e subindo na janela, jogando e pisoteando os brinquedos, dos quais muitos foram quebrados. O estado no qual a sala ficava, pode ser observado na figura 1, a seguir. Os esforços da mãe para apresentar limites eram ignorados, ou com reações da criança de se debater, gritar e xingar.

Figura 1- Despedaçar

Fonte: autora. Figura 2- Despedaçar. A –sala de atendimento, segunda Consulta Terapêutica. B – lápis quebrado pelo paciente na canela, segunda Consulta Terapêutica. C – peça de blocos de montar, a qual foi parar no banheiro enquanto jogava os objetos pela sala, o banheiro está localizado dentro da sala de atendimento, dispondo de um vão inferior na porta, terceira Consulta Terapêutica. D – tampa da segunda caixa quebrada, terceira Consulta Terapêutica. E – lateral da segunda caixa quebrada, terceira Consulta Terapêutica. F – bola de gude que foi jogada para fora da sala de atendimento pela janela, sexta Consulta Terapêutica. Uma bola de gude foi quebrada na entrevista preliminar.

Ao longo das consultas a psicóloga foi realizando assinalamentos sobre as manifestações da criança. Apesar das solicitações da psicóloga, não foram apresentados documentos médicos sobre a presença ou a ausência de aspectos orgânicos relacionados às convulsões; somente o fornecimento da informação por parte da mãe de que os exames e diagnósticos clínicos não foram conclusivos. Considerando a falta de dados sobre as bases orgânicas das convulsões, a psicóloga explicou-lhe as possíveis contribuições de âmbito psicológico, relacionadas aos sintomas da criança. A este respeito, o comportamento atual do filho – jogar coisas, se debater, gritar, não aceitar os limites – se prestava a comunicar as sensações vivenciadas por ele no episódio das convulsões, tais como ausência de controle sobre o próprio corpo, despedaçar-se, desmembrar-se, e dissociação entre a psique e o soma, reproduzindo-as no cotidiano e nos atendimentos. Winnicott (1954a [1949] /2000 d) coloca que a criança atua para comunicar um aspecto de sua realidade psíquica, sobre o qual necessita tomar consciência.

No que se refere ao significado em termos do sintoma, as explicações tiveram como efeito a compreensão da mãe, verificado em sua fala: “o jeito que ele fica é como se ele tivesse tendo a convulsão de novo [...] Uma forma de ele demonstrar como ele ficou”. Neste estudo de caso, são as experiências de desintegração e de despersonalização,

associadas às angústias primitivas. Neste ponto, vale recordar que, no princípio da vida humana, há um estado de não integração do *self* (Winnicott, 1988). Gradualmente, o processo de aquisição segue seu curso, estabelecendo a unidade psicossomática. Falhas na sustentação ambiental, excessivas à capacidade do bebê para tolerá-las, trazem como ameaça a desintegração (Winnicott, 1970b [1969] /1994c; 1988). A desintegração e a despersonalização constituem-se como defesas contra as agonias primitivas, respectivamente à ameaça a um estado anterior à integração, e à “Perda do conluio psicossomático” (Winnicott, 1974/1994b, p. 72). As falhas no início produzem uma inacreditável ansiedade, tais como “Ser feito em pedaços” e “Disjunção entre psique soma”, dentre outras (Winnicott, 1968 d/1999c, p. 88). Segundo este autor, adversidades no contato com o ambiente podem impactar na integração da personalidade em diferentes etapas da vida, mesmo quando já adquirida de forma consistente: “A integração da personalidade não é alcançada num determinado dia e numa determinada época. Ela vem e vai, e mesmo quando alcançada em alto grau pode ser perdida devido a uma situação ambiental adversa” (Winnicott, 1958b [1950] /2000f, p.289).

Neste estudo de caso, as marcas registradas na história de vida da criança: intercorrências na gestação, no pós-parto, cirurgias e falecimentos de amigos e familiares, podem ter levado a experiências disruptivas, compreendidas como “quebras na continuidade do curso de sua vida” (Winnicott, 1971ve/1984e, p. 232). Dado que o processo de personalização tem início anterior ao nascimento, e depende da capacidade daquele que cuida para unir “seu envolvimento emocional, que originalmente é físico e fisiológico” como garantia para a despersonalização (Winnicott, 1971 d [1970] /1994 d, p. 205).

A compreensão materna sobre o sintoma do filho teve como efeito permitir que ele jogasse os brinquedos, condicionando as restrições ao risco à integridade física dele e dos demais participantes – ela mesma e a psicóloga, de acordo com as orientações desta. Das experiências e reflexões conjuntas, propiciam-se compreensões significativas para os participantes – “aglutinações de sentido” (Almeida et al., 2004, p. 638-9), e emancipa os sujeitos, reposicionando-nos em seus devidos lugares nas relações familiares. As mudanças nas orientações da mãe, também foram observadas às restrições ao uso dos materiais, tal como permitir o uso livre da cola, material mais utilizado pela criança, conforme pode ser visualizado na figura 2 a seguir.

Figura 2 – Colar

Fonte: autora. A – Jogo de encaixe sítio, peças coladas, cola sob e sobre as peças e pela placa de encaixe, primeira Consulta Terapêutica. B – Cola na calça da psicóloga, segunda Consulta Terapêutica. C – Cola na parede/lousa e na cartolina, segunda Consulta Terapêutica. D – Massinhas misturadas e palito, segundo Consulta Terapêutica. E – Jogo de encaixe – sem cola, segunda Consulta Terapêutica. F – Massinha, foto tirada pela criança, terceira Consulta Terapêutica. G – Cola na lousa, terceira Consulta Terapêutica. H – Cola no chão, pedaço de algodão e palito quebrado, terceira Consulta Terapêutica. I – Cola no cabelo da psicóloga, quinta Consulta Terapêutica. J – Palito com algodão colado, sexta Consulta Terapêutica. K – Cola e algodão no balde, sexta Consulta Terapêutica.

A psicóloga compreendeu que esta ação revelava sua necessidade/tendência para integração. Novamente, a partir da intervenção psicológica que explicava a função do gesto, relacionado à necessidade/tendência para a integração do *self* – comunicada pela criança através do uso do material – a restrição inicial da mãe sobre o uso deste, cedeu lugar à sua participação: esta passou a colar tudo junto com o filho, e, posteriormente emergiu em uma brincadeira com enredo sobre cozinhar, jogando comidas em um recipiente e a cola, na qual interagiram livremente.

A comunicação que se constrói entre a mãe e a criança estabelecem um brincar. Ao brincarem juntos, a comunicação se torna mais efetiva, fortalecendo a confiabilidade. As consultas, na medida em que a psicóloga vai acompanhando o par, com as intervenções que são realizadas, auxiliam a mãe a se comunicar com o filho. Em revisão da literatura sobre o a importância do brincar no contexto familiar, Freitas, Nunes e Machado (2019) explicam que as teorias sobre o desenvolvimento social e cognitivo das crianças evidenciam a importância do brincar em família como ação insubstituível na vida dessas. A criança usa a

capacidade de imaginar e o simbolismo dos jogos para posicionar-se enquanto sujeito social.

A interação e a comunicação na relação inter-humana propiciam a experiência de comunicação (Safrá, 2005). Agostinho (2003) também faz referência a esta questão, reconhecendo a participação dos pais nas consultas terapêuticas para resgatar a experiência de comunicação. A respeito da comunicação entre a mãe e a criança, considera-se que neste estudo, a mãe foi transformando a reação ao comportamento do filho, em resposta adaptada à necessidade deste de completar a experiência, ou como ensina Winnicott, (1941b/2000f) “ao direito de completar uma experiência.” (p.129). Deu-se à mãe a oportunidade para restabelecer a relação entre ela e o filho, pautada na disponibilidade para a comunicação e para desenrolá-la de experiências que favorecem o processo de amadurecimento. Ao abordar a comunicação entre a mãe e o bebê, Winnicott (1968d/1999c), explica que esta está sempre corrigindo suas falhas, possibilitando a transformação da necessidade em comunicação; ao adaptar-se, propicia à criança sentir-se segura, recuperar e acumular experiências de confiabilidade – a confiança no ambiente e em seus próprios processos internos –, e favorece a integração do estado de unidade (Winnicott, 1968d/1999c). Benedito e Pinheiro (2018) afirmam que a comunicação não está restrita aos aspectos linguísticos, ou seja, à fala. Existem comunicações silenciosas, enquanto algumas verbalizações não trazem nenhuma mensagem. Mãe e filho desenvolvem seus próprios sistemas de comunicação, possibilitando que essa relação mútua assegure a sensação de singularidade no desenvolvimento emocional da criança.

Esta mudança no modo de lidar com o uso do material, permitindo ao filho agir livremente, apresentam a adaptação ativa da mãe, dado que lhe foi possível prestar auxílio ao filho em relação ao sintoma apresentado. Ao abordar o brincar entre os pais e a criança na consulta, Moreira (2015) destacou o resgate do transicional e do espaço potencial, para a integração de aspectos dissociados do si mesmo.

Diante da apresentação de limites, seja por parte da mãe ou da psicóloga, ao longo dos atendimentos, a criança jogava objetos, se debatia, gritava e xingava. Quando isto ocorria, a mãe o segurava no colo pacientemente e, olhava em seus olhos, fornecendo sustentação e espelhamento. O tom de voz e os gestos maternos eram calmos, e, ainda que aparentemente cansados, conservavam firmeza e vigor; esta solicitou algumas vezes que o filho se acalmasse e parasse. A psicóloga forneceu sustentação a ambos, aguardando o ritmo da díade, e reconheceu verbalmente a disponibilidade e paciência da mãe, ao que esta comentou sobre igual percepção do pai do paciente a respeito de sua capacidade.

Oportunamente, a psicóloga acrescentou a explicação sobre a função de sustentação que a mãe estava realizando para o processo de amadurecimento do filho: auxílio na integração do *self*, para o sentimento de segurança e confiança na provisão ambiental, e em seus próprios processos internos. Em continuidade a esta intervenção, a psicóloga acrescentou para a mãe que evitasse solicitar que ele parasse de se debater, mantendo os cuidados de sustentação física e aguardando que ele finalizasse por si mesmo. Esta intervenção teve como objetivo viabilizar, tal como coloca Winnicott (1941b/2000f) que “uma experiência ocorra em toda a sua extensão”, pois não interromper, conserva o aspecto terapêutico para a restituição de experiências, de confiança e segurança, e solidifica as bases para o amadurecimento e a saúde (p. 129).

Foi esclarecido à mãe que, quanto mais ela pudesse permitir que isto ocorresse, dadas as possibilidades da realidade objetiva, ele acumularia experiências de confiabilidade, e a tendência seria de que não precisasse mais repetir este comportamento. A questão da confiabilidade também é destacada por Moreira (2015), sobre a qual o auxílio prestado aos pais, propicia a continência de suas angústias, a recuperação da confiança destes para proverem os cuidados necessários aos filhos, e da criança na capacidade dos pais para tanto. Neste ponto, devemos esclarecer ao leitor que a descrição do caso não é capaz de contemplar a experiência em si; não se engane as iniciativas maternas quanto à imposição de limites, de dizer à criança para parar, para acalmar e para não se debater, são pertinentes, e também emergem no psicoterapeuta, afinal, há receios relacionados à realidade objetiva quanto aos riscos da criança se machucar fisicamente, batendo a cabeça no chão. Felizmente, neste caso e neste momento, foi possível manejar de modo suficiente.

Os benefícios observados nas consultas foram comunicados pela mãe terem sido úteis no cotidiano, através de seu comentário de que “[...] deixar o ritmo dele, não interromper, isso tem me ajudado bastante em casa.”, e ainda no relato de um episódio no qual o filho ficou nervoso: ao invés dela impingir castigo – colocar no sofá, retirar algo que gosta ou solicitar que ficasse quieto –, aguardou e reconheceu que ele “para por si próprio”.

Ao compreender o processo maturacional do filho, a mãe passou a brincar mais com ele, ao invés de dissuadi-lo ou de propor-lhe restrições. Neste contexto, a criança apresentou maior capacidade para tolerar e aceitar os limites. Os limites passaram a ser sentidos como sustentação (*holding*), e não como imposição (*impingement*). Ao invés de subordinação, ou de reação à intrusão, despertam conforto. O brincar se aproxima do *holding*, possibilitado pela experiência na relação inter-humana, facilita o trânsito dos objetos entre os mundos interno e o externo, delineando gradativamente os limites entre a realidade psíquica pessoal interna e a realidade do mundo externo compartilhado.

Além da compreensão, verificou-se a adaptação ativa correspondente às necessidades do filho, de modo que foi possível à mãe prestar auxílio ao filho em relação ao sintoma apresentado.

3.3.1.2 Aumento de contato dos pais com sua própria realidade psíquica

Este tópico abordou a comunicação significativa da mãe sobre suas questões fundamentais e a apropriação de aspectos dissociados de si mesma, o reconhecimento de suas capacidades, o aumento da confiança no exercício de sua função materna, a adaptação ativa e a desadaptação gradual.

Há necessidade de fornecer o cuidado à mãe, possibilitado através da oferta de informações, proteção e confiança (Catafesta, 1992). A percepção da demanda por auxílio para a mãe pode ser verificada na descrição da Consulta Terapêutica individual com a Sra. X, mãe de uma menina de 6 anos, na qual Winnicott (1971o/1984c, p.347) coloca que “a presença da mãe com sua filha no hospital indicava a necessidade da própria mãe.”. Esta pôde realizar uma comunicação significativa, e libertar a filha para os cuidados dos quais realmente necessitava, enriquecendo a relação entre elas.

Neste estudo de caso, o acolhimento prestado à mãe a respeito de si mesma, possibilitou-a realizar sua comunicação significativa a respeito de seus sentimentos de raiva e de impotência, relacionados às suas experiências familiares e pessoais, tal como no desempenho de sua função materna. Esta intervenção pode ter favorecido sua apropriação de aspectos pessoais dos quais estava dissociada. Como já mencionado, no início dos atendimentos, esta não sabia o que pensar sobre as convulsões do filho, e quanto a outros aspectos para os quais não soubera dizer como se sentia a respeito, restringiu os comentários a estes serem normais e que estava acostumada, ou como disse: “Fazer o quê?”. Ao entrar em contato com sua própria realidade psíquica, pôde libertar-se para compreender a comunicação do filho, expressada através do comportamento deste. Almeida et al., (2004), referem-se a esta questão colocando que a partir da continência, da comunicação e da representação de conteúdos primitivos, há como efeito a modificação do relacionamento e da interação entre os familiares; reduzindo a tendência das projeções parentais na criança, e aumentando a discriminação entre os familiares.

O auxílio prestado pelo psicoterapeuta ao ambiente se orienta para favorecer a adaptação deste para facilitar o processo de amadurecimento

Quando Winnicott afirma que o self necessita de um ambiente para se constituir, essa é uma postura que marca uma noção de homem e determina um modo de fazer a clínica. [...] quando se está cuidando da criança, se está cuidando dela e de seu meio ambiente. Cuidamos das questões que na relação entre a criança e o meio ambiente não puderam se resolver e, nesse sentido, o tema aparece na criança, mas às vezes aparece nos pais. Winnicott tem a abertura para integrar os pais onde é necessário (Safra, 2005, p.72).

A psicóloga assinalou para a mãe reconhecendo a capacidade desta para ser paciente com o filho, e nas funções de sustentação (*holding*) e espelhamento (*mirroring*) que realizava ao segurá-lo nos estados excitados, como ao se debater, bem como de sua paciência mencionada no item anterior. Quanto ao reconhecimento da função contida no gesto, Safra (2005), coloca que ao testemunhar (emoldurar, reconhecer) a ação presente no gesto, uma função interpessoal passa a ser intrapsíquica.

A aproximação com a própria realidade psíquica contribuiu para o aumento da confiança da mãe em sua própria capacidade no exercício de sua função. Esta confiança foi favorecida pela oferta de um ambiente suficientemente bom para esta, com acolhimento e compreensão de suas experiências e necessidades. O efeito deste acolhimento propiciou sua adaptação para a provisão ambiental satisfatória ao filho. A mãe pôde prestar auxílio à criança com relação ao sintoma apresentado.

Acompanhando a aquisição do filho de maior tolerância aos limites, a mãe também se mostrou mais assertiva na apresentação destes, fundamentando-nos em dados da realidade objetiva. Ao invés de tentar dissuadi-lo para evitar os comportamentos anteriormente informados – gritar, debater-se, xingar – falou claramente sobre os riscos, informou o que faria e agiu de acordo. Um exemplo disto, como já mencionado anteriormente, verificou-se quando retirou o agasalho do filho para brincar com a água, e quando considerou o risco demasiado, disse à criança que já era suficiente e interrompeu o uso do material explicando-lhe que ele estivera resfriado, ao invés de dizer-lhe que o boneco ficaria doente. Nesta ocasião a criança tolerou a interrupção/frustração. Deste modo, ao longo das consultas, a adaptação ativa foi possibilitando a desadaptação e a introdução gradual das falhas ambientais. Foi possível, tal como coloca Moreira (2015), evidenciar o aumento da confiança da mãe em sua capacidade de provisão ambiental e para sustentar as angústias do filho.

A desorientação inicial da mãe, com relação ao sintoma do filho, pôde encontrar significação, de modo que esta pôde encontrar forças para protagonizar a adaptação ativa às necessidades da criança naquele momento, indicando reconhecer aquilo que essa necessita e responder em conformidade.

Além do aumento da confiança da mãe em seus recursos pessoais, os benefícios se estenderam à família. A situação mencionada no item anterior, quando a criança estava nervosa e a mãe o aguardou finalizar seu processo, foi observada pela avó materna, presente na ocasião. Estas conversaram sobre a experiência das consultas, e a avó as comunicou ao esposo, o qual utilizou este recurso – aguardar que a criança concluísse seu processo em seu próprio ritmo – com outra criança da família, alterando seu próprio comportamento habitual para esta nova tentativa, informando ter obtido resultado favorável. A mãe do paciente associou que seu comportamento, anterior às consultas, estava fundamentado na relação em suas experiências com seu pai. Esta relatou à psicóloga que o ambiente na casa dos avós do paciente propiciou um clima de maior tranquilidade, o qual era muito necessário para um dos familiares residentes, que estava em recuperação, e sobre o qual todos se preocupavam, expandindo a esperança de todos sobre esta.

3.3.1.3 Aumento de contato da criança com sua própria realidade psíquica

Observando as manifestações da criança, este tópico identificou-se significativas diferenças ao longo dos atendimentos, com relação aos estados de excitação e de tranquilidade. Da impossibilidade de brincar, criativamente foi encontrando o espaço potencial, facilitado pelo manejo do *setting*; passou a apresentar brincadeiras mais estruturadas, com integração de aspectos dissociados do *self*. Sua capacidade para confiar nos próprios recursos e na provisão ambiental foi fortalecida, possibilitando a aproximação da realidade objetiva e aumento da tolerância à apresentação dos limites.

Nos primeiros contatos com a criança verificou-se o estado de excitação, expressos através de agitação, inquietação, movimentação, produção de ruídos. Enquanto a mãe relatava o motivo da procura e sua história de vida, ele corria, pulava, jogava e quebrava os objetos, saía da sala, jogava cadeiras, não se detinha em uma atividade por tempo significativo. Momentos semelhantes ocorreram ao longo das consultas, quando eram abordados temas relacionados às rupturas e na apresentação de limites. "Para todo indivíduo, o uso desse espaço é determinado pelas experiências de vida que se efetuam nos estádios primitivos de sua existência. [...] A 'criança privada' é notoriamente inquieta e incapaz de brincar" (Winnicott, 1989r [1967] /1975a, p.158; 161).

A excitação inicial foi cedendo lugar ao uso criativo da cola. Enquanto a criança ia colando os materiais e brinquedos, unia os pedaços de si mesmo. Ao possibilitar a continuidade ao gesto da criança, o espaço potencial foi favorecido, no qual este pôde (re)criar a si próprio. "Experimentamos a vida na área dos fenômenos transacionais, no

excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos." (Winnicott, 1971r/1975b, p.106)

A criança quis levar alguns materiais do atendimento, tais como a fita crepe e a massinha. Ele queria levar algo do atendimento, pois necessitava se apropriar de atributos/funções destes objetos subjetivos – tendência para integração, unir os pedaços. Fez-se fundamental permitir tal apropriação, pois como coloca Safra (2005), a experiência de comunicação da função inter-psíquica, da ação contida no gesto, a torna uma função intrapsíquica; neste caso, em uma capacidade pessoal da criança. A sala de atendimento corresponde à psique da criança, e o analista corresponde a este mundo interno (Winnicott, 1988). Neste contexto, os materiais participam da comunicação através da área dos fenômenos transicionais, são objetos subjetivos para a criança: existem no mundo externo compartilhado, mas são percebidos por esta como partes de si mesmo. No caso de Kathleen, Winnicott (1955b/2000b) jogou-lhe pela janela do consultório um carretel pelo qual ela havia se interessado.

Nos estados excitados jogou objetos na mãe e especialmente na psicóloga, chegando a machucá-la com bloco de madeira na terceira Consulta Terapêutica. A ausência de retaliações indica ter favorecido a confiança no ambiente e em seus próprios recursos. Winnicott (1955d [1954] /2000c) apresenta um “princípio fundamental da existência: tudo aquilo que provém do verdadeiro eu é sentido como real (posteriormente, como bom), seja qual for a sua natureza, não importa o quão agressiva” (p. 389). Os instintos puderam ser experimentados, favorecendo a aproximação com a riqueza de sua realidade psíquica.

A criança passou a pedir desculpa– terceira quarta, quinta e sexta consultas– indicando que esta possui aspectos da maturidade relacionados ao estágio do concernimento e à tentativa de reparação. Há indícios de que a criança não fora reconhecida em se empenhar para reparar o objeto; a mãe reportou que anteriormente às convulsões ele não falava desculpas e identificava um interesse secundário em tais empreendimentos, com caráter perverso, portanto não eram reconhecidos em sua honestidade, como provenientes do verdadeiro *self*. Deste modo a criança pode ter vivenciado o contato com os instintos como ameaçadores e um si mesmo destrutivo, para o qual foi necessário se defender contra aspectos agressivos do *self* através da dissociação.

Quando o círculo benigno é rompido ocorre que: o instinto (ou capacidade de amar) terá que ser inibido; (2) reaparece a dissociação entre o bebê excitado e a mesma pessoa quando tranquila; (3) o sentimento de tranquilidade não fica mais ao alcance, e (4) a capacidade para brincar (e trabalhar) construtivamente é perdida. (Winnicott 1988, p. 92-93)

De ignorar ou atuar, incrementou o uso da fala para se comunicar. Inicialmente não respondia verbalmente aos questionamentos quanto ao que sentia; reagia, com o comportamento já descrito anteriormente. Questionado se ficara bravo: na entrevista preliminar 2 disse “tchau” e saiu da sala; na Consulta Terapêutica 1 disse “Idiota”. Quando perguntado se sentira raiva, as reações permaneceram, contudo, foram acrescentadas novas expressões: na terceira Consulta Terapêutica, foi capaz de mostrar a língua; na quarta respondeu que “sim”. Na sétima e última consulta a psicóloga recordou sobre ele ter ficado bravo quando esta pediu que ele guardasse objetos pessoais que retirara de sua bolsa, e ele concordou: “a bavu mamãe”.

O processo de integração da criança foi observado no aprimoramento do desenho da figura humana:

Figura 3 - Desenho na lousa

Fonte: autora. Desenho do corpo humano 1, segunda Consulta Terapêutica, estudo de caso – grupo 1.

Figura 4 - Desenho na lousa

Fonte: autora. Desenho do corpo humano 1 (Destaque), segunda Consulta Terapêutica, estudo de caso – grupo 1.

Figura 5 - Desenho na lousa

Fonte: autora. Desenho do corpo humano 2, terceira Consulta Terapêutica, estudo de caso – grupo 1.

A capacidade para desenhar a figura humana aponta para seu status de unidade, a concepção de possuir um dentro e um fora, com diferenciação eu e não eu; acrescentou um círculo entorno da figura humana nas duas consultas mencionadas, expressão de seu processo de integração de aspectos dissociados. Conforme Winnicott, a representação do círculo indica a noção que a criança possui do *self*, em termos da existência da membrana limitadora, de interior e exterior, do *eu* e *não eu*, de “conteúdos do EU que dependem em parte de experiências instintivas.” (1988, p. 88). Fora incluído o pênis, indicando identificação com a figura masculina e percepção corporal.

Passou a empregar mais tempo nas atividades, e a empreender brincadeiras estruturadas, com enredo, com um processo. Transformou o despejar cola em fazer

comidinha; o jogar água em dar banho nos bonecos de pano da família. As crianças tendem a reproduzir, em situações imaginárias, comportamentos que imitam o que vivenciam em sociedade. Muitas vezes, essa realidade passa despercebida em sua situação de vida. Entretanto, na brincadeira, tais situações aparecem e mostram os conceitos de certas atitudes sociais (Freitas, Nunes, & Machado, 2019).

A comunicação de suas experiências pessoais através do sintoma se transformou em uma comunicação verbal significativa através do brincar. A boneca ganhara um presente de alguém que morreu. É no brincar que a criança pode entrar em contato com difíceis vicissitudes presentes tanto no mundo interno quanto no externo para lidar com estas de forma a integrar estas experiências. Segundo Winnicott, “a tarefa de aceitação da realidade nunca é completada, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna e externa, e que o alívio dessa tensão é proporcionado por uma área intermediária de experiência” (Winnicott, 1953c [1951] /1975d, p.16); a terceira área da existência “que corresponde aos fenômenos transicionais do bebê” (Winnicott, 1989i [1959] /1994a, p. 47), relacionada ao brincar e a vida cultural.

De jogar objetos na psicóloga, passou a brincar de matá-la revivê-la, com uma varinha de condão e prestando cuidados médicos – medindo sua temperatura com termômetro e lhe dando injeção.

Um bom meio ambiente sentiria a criança, deveria ser capaz de tolerar os sentimentos agressivos, se estes fossem expressos de uma forma mais ou menos aceitável. Deve-se aceitar a presença da agressividade, na brincadeira da criança, e esta se sente desonesta se o que está presente tiver de ser escondido. A agressão pode ser agradável, mas acarreta inevitavelmente o dano real ou imaginário de alguém. (Winnicott, 1942b/1982, p. 161-162)

Ao se esconder com o gravador, a psicóloga brincou com ele de esconde-esconde, com a mãe sugerindo locais para a busca.

Com o decorrer das consultas, a criança apresentou maior capacidade para tolerar e aceitar os limites. Os limites passaram a ser sentidos como sustentação (*holding*), e não como imposição (*impingement*). Ao invés de subordinação, ou de reação à intrusão, despertam conforto. O brincar se aproxima do *holding*, possibilitado pela experiência na relação inter-humana, facilita o trânsito dos objetos entre os mundos interno e o externo, delineando gradativamente os limites entre a realidade psíquica pessoal interna e a realidade do mundo externo compartilhado. Na última consulta participou de guardar os brinquedos e materiais. As consultas iniciais exigiram aproximadamente trinta minutos para mãe e psicóloga guardarem os objetos, enquanto a criança continuava se movimentando e

eventualmente jogava objetos já guardados novamente no chão. Quando solicitado a participar, ignorava e saía da sala etc. Na quinta consulta disse: “Quero não juntar a tia.”. Na última, a finalização foi rápida e com tranquilidade: “Não há transição fácil do interior para o exterior, e o final da sessão se transforma num problema que exige um manejo hábil.” (Winnicott, 1988, p. 111).

A adaptação ambiental favoreceu que ele pudesse “encontrar fora do self àquilo que é necessário e esperado” (Winnicott, 1970b [1969] /1994c, p. 197), possibilitando o brincar no espaço potencial e a aproximação com a realidade compartilhada

A brincadeira, o uso de formas e artes e a prática religiosa tendem, por diversos, mas aliados métodos, para uma unificação e integração geral da personalidade. “Por exemplo, pode-se facilmente ver que as brincadeiras servem de elo entre, por um lado, a relação do indivíduo com a realidade interior, e, por outro lado, a relação do indivíduo com a realidade externa ou compartilhada.” (Winnicott, 1942b/1982, p.163)

3.3.2 Estudo de caso – grupo 2

“Tudo o que fazemos numa psicanálise bem-sucedida é desatar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente.” (Winnicott, 1968d/1999c, p. 90-91)

Os pais solicitaram atendimento psicológico para o filho de cinco anos e dois meses, informando terem sido encaminhados pela fonoaudióloga, bem como por sugestão da escola. Não foram apresentados documentos de encaminhamento, de recomendação da escola ou de laudos médicos. Estes relataram preocupações sobre o comportamento e o prejuízo na fala do filho, respectivamente, não aceitação de limites, buscar e impor o que quer – acrescentam não ser violento; e verbalização de difícil compreensão: alterações fonológicas caracterizadas por omissões e substituições de fonemas – “uia mãe”, e emissões de frases muito simples – “girafa grande”. A sintaxe é bastante incipiente, não compatível com a idade cronológica. Os pais também abordaram seu receio à mudança de escola que ocorrerá no próximo ano do particular para estadual. Receavam não receber a atenção especializada necessária. Estes informam melhora no último ano sobre todos os aspectos relatados, comparado aos dois anos anteriores, e atribuíram-na à idade e à maior capacidade para compreensão por parte da criança. Buscaram ajuda para o filho e receberam informações para si mesmas, sobre como deveriam agir diante das condições da criança.

Sobre a história de vida da criança, há que destacar neste ponto dois aspectos, relacionados ao nascimento: houve demora no parto e esta nasceu com máscara equimótica,

ou conforme a mãe com o rosto “preto”. Quando as consultas estavam em andamento, a mãe informou que a fonoaudióloga comunicou a possibilidade de a criança ter apraxia motora⁹. Apesar do desenvolvimento normal, correspondente à idade até a criança completar um ano – o qual os pais compararam com o filho mais velho, já maior de idade, e pelo fato da escola não ter-lhes comunicado diferença em relação às demais crianças – com um ano e meio de idade parou de verbalizar palavras que já faziam parte de seu vocabulário; estes não identificaram nenhum episódio significativo como associação. Houve dificuldade no desfralde, com demora na percepção e controle corporal, dados informados pela mãe, a qual destacou a importância de auxílio prestado por atenção especializada na escola pela estagiária responsável. Nos atendimentos a psicóloga observou as limitações motoras: andar sobre a ponta dos pés ao caminhar; movimento de pinçar ao abrir objetos ou embalagens, e ao utilizar tesoura e ao segurar o lápis.

Apesar das solicitações da psicóloga, não foram apresentados documentos médicos sobre a presença ou a ausência de aspectos orgânicos relacionados às convulsões; somente o fornecimento da informação por parte dos pais de que a criança participou de avaliação psicológica para autismo em instituição de ensino superior, com resultado negativo, e que os exames e diagnósticos clínicos desde o nascimento não apresentavam lesão cerebral. Em contato com uma especialista, a autora foi informada sobre tal hipótese ser possível mesmo sem indícios de lesão em exames clínicos. A apraxia motora, em suma, consiste em uma disfunção cerebral com prejuízo da motricidade.

3.3.2.1 Aumento de contato dos pais com a realidade psíquica do filho

O presente tópico abordou a compreensão dos pais sobre as demandas psicológicas da criança no dado momento, a adaptação ativa destes para lhe ofertar o tempo e espaço necessários para ser e agir no mundo, e a diferenciação entre esta e a importante oferta de estímulos para exercitar seu desenvolvimento neurológico e motor.

Na oportunidade de estar presente com os pais e a criança em conjunto, a psicóloga observou a interação entre eles, e sentiu as interrupções constantes e recorrentes destes para

⁹ À apraxia é uma desordem neurológica que se caracteriza por provocar uma perda da capacidade em executar movimentos e gestos precisos que conduziriam a um dado objetivo, apesar de o paciente ter vontade e a habilidade física para executá-los. Resulta de disfunções nos hemisférios cerebrais, no lobo frontal, mais especificamente no córtex motor e na sua área motora secundária. Caracteriza-se, mais especificamente, na diminuição da capacidade para executar atividades motoras, apesar destas, a função sensorial e a compreensão da tarefa requerida, estar intactas. Leva à diminuição das capacidades de pantomima da utilização de objetos (por exemplo, escovar o cabelo) e da capacidade de execução de atos motores conhecidos (por exemplo, acenar em adeus). A apraxia é uma patologia provocada por lesões cerebrais tais como acidentes, tumores, etc.[1][2] Retirado de Wikipédia.

com o gesto da criança. Estas percepções contratransferenciais foram fundamentais para a elaboração, compreensão do caso e delineamento da atitude clínica a ser empreendida.

Apesar de os pais se apresentarem disponíveis, as interrupções destes aconteceram através de insistentes perguntas sobre a cor do brinquedo, o nome deste em inglês, o que os animais faziam, onde moravam, o que era isto ou aquilo etc. A intervenção psicológica compreendeu o reconhecimento da importância do ensinar, treinar a fala, estimular o exercício desta, para então assinalar sobre o valor de deixar a criança livre para experimentar, de não interromper para poder brincar.

Um exemplo da atitude clínica realizada pela psicóloga ocorreu quando a criança tentou abrir a caixa de lápis. Esta assinalou que ela teve de se esforçar para não fazê-lo pela criança, de que emergiu a vontade para ajudá-lo diante de sua limitação física. Em seguida a mãe comentou sobre deixá-lo aprender, e o pai tentou corrigi-lo sobre como segurar o lápis, ao que a criança respondeu a este: “Deixa!”. Os participantes adultos riram – pais e psicóloga – ao reconhecerem a relação entre o que diziam e a expressão do paciente. A psicóloga entrevistou novamente, realçando a fala da criança. Neste contexto, foi ofertada aos pais a oportunidade para compreenderem e testemunharem o gesto do filho. Safrá (2005) orienta que, quando o gesto é testemunhado pelo outro - analista, na relação transferencial, pode propiciar a *experiência de realização* (p.22). Em outra ocasião, o pai comentou que o filho ficava nervoso com o manuseio do lápis. Conforme expôs o pai, este batia-o e quebrava sua ponta, ao que a psicóloga assinalou sobre a questão de como deveria ser para a criança tentar algo e não conseguir, e acrescentou que ela mesma, também se irritaria ao se deparar com esta limitação.

Com relação à manifestação de “ficar nervoso”, a psicóloga realizou uma intervenção quando do encerramento da terceira consulta. A criança queria permanecer brincando, a mãe ameaçou que iria sozinha com o pai para o próximo compromisso. A psicóloga reconheceu para a mãe que é comum ter a expectativa de que a criança não fique nervosa, que entenda e aceite os limites; que a oposição é chata para os pais, professores e mesmo para a própria psicóloga, contudo faz parte, que é normal. Ainda nesta consulta a mãe continuou com retaliação verbal sobre o comportamento do filho, se ele queria ser um menino “assim”. A psicóloga assinalou que ele não teve tempo para finalizar, e se dirigiu à criança reconhecendo que era “chato” fazer algo que não quer, que o carrinho – o qual ele derrubara – também não queria ir embora, mas que voltariam em outro dia, ao que este reagiu se despedindo. Posteriormente, a mãe se mostrou mais assertiva, dizendo que estava indo embora e que o esperava. Esta atitude indica maior sintonia desta com os processos do

filho, apresentando sua capacidade para introduzir as falhas, de modo a serem toleradas e previsíveis.

Ao longo das consultas, as insistentes e contínuas perguntas proferidas pelos pais cederam, e a interação entre estes e o filho favoreceu o brincar compartilhado. Conforme Moreira (2015), quando as consultas favorecem o espaço potencial para o brincar, a confiança dos pais em sua própria capacidade de cuidar dos filhos pode ser fortalecida, bem como da criança na provisão ambiental realizada por estes.

Em circunstância de maior liberdade, a criança apresentou sua comunicação significativa através do brincar e da verbalização: enquanto brincava com os animais disse: “eu tô preso”. A adaptação ativa da mãe apresentou-se prontamente, ao participar da brincadeira, utilizando outro animal para salvar o animal preso. A psicóloga deu um animal ao pai, o qual entrou na brincadeira também ajudando. A psicóloga entrevistou interpretando que é como a criança se sente com a condição da fala/motora: preso; possivelmente, o tenha como registro da demora no nascimento. Os atrasos no parto, além de causar danos físicos, também podem ter implicações psicológicas (Winnicott, 1988). As interrupções dos pais, ainda que não mencionado na ocasião, também podem reforçar este sentimento. A brincadeira de salvar perdurou aproximadamente 12 minutos; quando ocorreu a comunicação significativa da criança e uma experiência realizadora na interação com os pais. Safra (2005) coloca que a experiência de realização ocorre na interlocução com outro ser humano: “não é elaboração das imagens ou das significações, mas é um processo de organização e de transformação que se dá a partir do acontecimento realizador.” (p.21). Nesta interlocução ocorre a apropriação de novas aquisições para o indivíduo.

Na última consulta, os pais e o filho realizaram uma pintura de dedo, rindo juntos; a criança havia se interessado pela tinta desde a primeira consulta, mas não houvera tempo hábil para a atividade dado o tempo dedicado aos outros brinquedos e materiais. Freitas, Nunes e Machado (2019) entendem que os primeiros cuidados são aqueles que iniciam a criança nas brincadeiras, por isso, constroem uma relação de confiança e intimidade. Os autores consideram que “[...] brincadeiras em contexto familiar são um ponto importante para a compreensão do desenvolvimento infantil. (p.77).

Ao finalizarem as consultas, conversando sobre os atendimentos, ambos falam sobre os benefícios e o auxílio recebido com relação às dúvidas para lidarem com as dificuldades, do filho e deles mesmos. Quanto ao filho, foram capazes de identificar seus esforços e suas tentativas, e a psicóloga realçou que potenciais dúvidas expressavam seu cuidado e suas reflexões sobre as possibilidades para se adequarem às necessidades do filho.

3.3.2.2 Aumento de contato dos pais com sua própria realidade psíquica

Os aspectos indicados neste tópico abordaram o aumento da confiança dos pais no exercício de suas funções e em seus próprios recursos; o reconhecimento e o acolhimento de suas experiências pessoais no desafio de cuidar de uma criança, a aproximação destes com a realidade objetivamente percebida e a diminuição das exigências pessoais excessivas sobre o desempenho de suas funções parentais.

Os pais demonstraram preocupação quanto a não saberem a maneira adequada para agirem e dúvidas sobre possibilidades para lidarem com os desafios vivenciados. Cogitaram serem aqueles que mais se necessitam e beneficiaram-se do auxílio prestado, solicitando especialmente fornecimento de informações sobre os cuidados com o filho.

A psicóloga reconheceu que deviam sentir-se muito exigidos, os quais confirmaram e questionaram sobre as dificuldades sobre como agir diante das diversas orientações e a função dos pais na atualidade. Questionava-se sobre serem muito flexíveis, por não serem tão jovens, ou se as crianças estariam mais impositivas, dificultando a apresentação de limites; sobre as mudanças e na variedade de orientações sobre a introdução alimentar em comparação ao filho primogênito.

Em relação às intercorrências no parto, puderam relatar a preocupação quanto à movimentação e comentários dos profissionais da saúde que deles cuidavam, culminando na comunicação do sentimento de pavor por parte da mãe. Outras preocupações foram relatadas quanto à forma como lidam com o filho, tal como os cuidados de higiene. Conforme já exposto na categoria anterior, esta preocupação quanto à maneira de agir com relação ao filho foi cedendo lugar à espontaneidade.

Compreende-se que, quando os pais se aproximam do contato com a realidade psíquica do filho e com a sua própria, fortaleceram a confiança em seus recursos pessoais para a provisão ambiental conforme as necessidades da criança. Os pais podem se distanciar do contato com a realidade psíquica da criança ao se ocuparem das tarefas do cotidiano Moreira (2015), contudo a confiança destes em sua própria capacidade de cuidar dos filhos pode ser fortalecida quando o espaço potencial para o brincar é favorecido nas consultas.

A mãe teve a oportunidade de comunicar suas experiências, dificuldades e sentimentos vivenciados diante das ações do filho, tal como jogar alimentos do carrinho de compras no supermercado e sentir que iria enlouquecer. Esta comunicação decorreu da contribuição do pai ao comentar sobre a mãe ficar “nervosa” e que esta “perde um pouco da paciência”. A percepção dos pais sobre sua própria realidade psíquica, sendo delineada em

conjunto, remete ao valor da reflexão conjunta, conforme colocam Almeida et al., (2004), como favorável para a elaboração de conteúdos primitivos e a alteração nos relacionamentos entre os familiares.

No presente estudo de caso (grupo 2), foram realizadas intervenções psicológicas de sustentação das angústias dos pais, através do reconhecimento de seus sentimentos provenientes dos desafios vivenciados na relação com a criança e de seus esforços para atender às necessidades desta. Para tanto, a psicóloga mencionou as exigências constantes quanto à adaptação aos cuidados de uma criança ao longo do crescimento, com o acréscimo das limitações decorrentes da condição do filho, e que agiam da melhor forma possível. Neste estudo de caso, o pai disse: “quais... qual mais a necessidade dele, o que a gente tem que fazer pra que ele melhore? [...] mais do que ele precisa?”. O auxílio prestado incluiu a consideração da psicóloga sobre o valor do *não fazer*, para viabilizar o espaço potencial no qual a criança poderia criar e ser si mesma, assinalando a brincadeira do salvar/soltar o animal preso, pois quando o deixaram livre ele foi capaz de inventar. O efeito desta intervenção pôde ser verificado no relato dos pais quanto às suas experiências nas consultas, informados ao final deste tópico.

Em paralelo à intervenção sobre deixar a criança livre, a psicóloga acrescentou a importância para que eles mesmos pudessem ficar mais livres; considerou haver momento para tudo: para ensinar, para brincar e para relaxar.

Quanto à preocupação inicial dos pais sobre a mudança “radical” de escola, na última consulta o pai expressou maior segurança sobre a circunstância. Este contou sobre sua própria família, sua experiência pessoal enquanto criança, o modo como foi criado; e demonstrou confiança sobre o contato com a realidade, tal como comenta: “Ele tem que viver a realidade.” [CT5].

Observou-se a capacidade dos pais para reconhecerem a realidade objetivamente percebida, os quais reconheceram as expectativas quanto ao filho que esperavam, e o contraste entre a “família pensada” e “família vivida”, conforme Szymanski (1988, apud Yunes et al., 2001, p.49). Neste contexto puderam abdicar do sofrimento da busca pela cura, e reconhecê-lo como indivíduo, com suas características pessoais, seu modo de ser; talvez, sem nunca saber exatamente as causas destas, mas focalizando no que ele sabe e como ele sabe, e não enquanto alguém a ser consertado.

Questionados sobre como foram às consultas, a mãe relatou a importância de dedicar um tempo para estarem juntos, para além de estimular o desenvolvimento de fala: “tirar esse tempo pra ficar só brincando, sem preocupação. [...] Porque às vezes a gente tira

o tempo pra fazer os exercícios que a fono indica. Tira, mas também tira um tempo pra fazer o que ele quiser né?”

Os pais apresentaram sentirem-se mais livres para se relacionar de modo mais espontâneo com o filho, para serem mais eles mesmos, com sua presença real.

O pai reconheceu a dificuldade da ambivalência entre proporcionar estímulos e possibilitar momentos de maior liberdade: “A gente não quer ser muito, errar por excesso, mas também não fazer nada.” Relatou sua busca por especialistas para orientarem-nos sobre como deveriam agir: “a intenção da gente tá procurando sempre uma pessoa especializada pra ajudar a gente a descobrir como a gente tem que tratar né. Como a gente tem que fazer, como a gente tem que lidar com ele.” Reconheceu as intervenções realizadas nas consultas: “Tem esse fato de você dizer que a gente não pode o tempo todo tá, tem que deixar ele também ter o momento livre dele, tudo isso pra gente é importante ouvir também, né. Que a gente mesmo se corrige às vezes [...] a gente se cobra e no caso, a gente vai cada vez mais aprendendo a lidar com o problema [...]”. Foi capaz de se apropriar da ambivalência, aproximando-se da realidade objetivamente percebida, isto é, do mundo como ele é, das coisas como são: “É verdade. Que ele tem que aprender a se virar. Não tem jeito né, a intervenção, eu pergunto, eu sempre quero saber é justamente isso. Que às vezes a gente tá querendo fazer e tá atrapalhando. Você tem que deixar ele também se virar ‘ah não, mas ele tem necessidade especial’. Não, não, ele também tem uma maneira, ele vai ter que se expressar, vai ter que se virar em alguma coisa, vai ter que arrumar alguma forma de, de se expressar.”.

A mãe concordou, e acrescentou que os excessos de cuidado podem interferir no crescimento do filho: “E às vezes a gente erra e muito nisso, em fazer por ele. Você pensa que tá fazendo por ele ‘ah, eu to ajudando’, tá atrapalhando. Porque como ele vai aprender comer sozinho, se você não deixa treinar? Derrubar.”. A fala da mãe foi corroborada pelo pai, o qual continuou: “Fazer bagunça.”. E a mãe continuou: “Né. Tem o estímulo de fazer. Como ele vai sentar comer perfeitamente, se ele não...”.

Apesar dos pais reconhecerem a importância das consultas, e das orientações de especialistas, a psicóloga lembrou-os que eles são os especialistas do próprio filho. Esta intervenção visou resgatar capacidade e responsabilidade de autoridades, acrescentando que são eles que realizam o trabalho no cotidiano.

3.3.2.3 Aumento de contato da criança com sua própria realidade psíquica

Identificou-se neste tópico o amadurecimento pessoal desta criança correspondente a idade, e a expressão de sua necessidade para ser reconhecido enquanto sujeito.

Apesar das limitações decorrentes da condição de seu funcionamento neurológico, com repercussão na fala e na motricidade, a criança apresentou amadurecimento psicológico coerente para a idade: independência e concernimento.

Quanto a este aspecto, Winnicott (1971d [1970] /1994d) coloca que uma limitação física não é condição suficiente para determinar impedimentos ao amadurecimento pessoal; que a atitude da mãe, apesar de dificultada pela condição da criança, basta pelo seu empenho em realizar aquilo que esta é capaz, e que a criança pode amadurecer normalmente, dado sua própria percepção de normalidade no período de sua formação.

O amadurecimento pessoal desta criança foi observado em suas produções gráficas, em suas ações e na interação com os participantes durante as consultas.

Figura 6 – Desenho na lousa

Fonte: autora. Quarta Consulta Terapêutica, estudo de caso – grupo2.

Figura 7 – Desenho em folha A3

Fonte: autora. Quinta Consulta Terapêutica, estudo de caso – grupo2.

Uma criança de cinco anos, sem as limitações motoras que este paciente apresenta, é capaz de produzir figuras mais detalhadas e precisas; contudo, observou-se a continuidade do ser no desenho contínuo das linhas, a diferenciação entre *eu* e *não eu* nos limites entre as formas, a vivacidade e a riqueza da realidade psíquica interna nas cores, e a integração nas partes que se unem e nas formas que se diferenciam. Nestas produções também é possível observar desenhos dos pais, os quais interagiam com ele através do brincar.

Figura 8 – Desenho na lousa

Vega (2020). Figura humana, quarta Consulta Terapêutica, estudo de caso – grupo2.

Apesar das limitações motoras, a criança realizou desenhos da figura humana conforme sua condição. Estas produções gráficas apontam para seu status de unidade, de possuir um dentro e um fora. Com relação ao seu amadurecimento pessoal, indica que ao através dos círculos, a criança é capaz de diferenciar *eu* de *não eu*, interior e exterior, detém a noção de possuir um *self* – uma membrana limitadora –, e a capacidade para se responsabilizar por seus instintos e sobre seu relacionamento entre seres humanos (Winnicott, 1988)

Sobre as ações da criança, observou-se hesitação inicial adequada, conforme o esperado, dadas as colocações de Winnicott (1941b/2000f) em consideração aos movimentos do bebê ao se encontrar em uma situação de encontro com um objeto. Em seguida, mostrou-se espontâneo e curioso, com interesse nos materiais disponíveis, observação cuidadosa os brinquedos. Um a um foram retirados, e esta expressou surpresa a cada objeto que encontrava, e solicitou aos pais que os observassem: “uia mãe”. A importância do testemunho do outro sobre a ação que se realiza é colocada por Safra (2005) enquanto função do analista para que ocorra um acontecimento realizador. Compreendeu-se que a participação dos pais nos atendimentos pode favorecer que os mesmos protagonizem esta função na relação com seu filho, vitalizando e recolocando-os nos seus devidos papéis.

A repetição na escolha dos brinquedos, materiais ou atividades se repetiu de forma consistente entre as consultas – massinha, comidinhas, animais, jogadores de futebol,

blocos de montar, desenhar. A respeito da importância da repetição, é valoroso recordar que Winnicott (1993i/1999a) comunica aos pais sobre a importância de repetir as histórias infantis para facilitar a hora de dormir, ainda que neste mesmo texto, as mães se queixem do cansaço relacionado às exigências de repetição dos filhos.

As brincadeiras se apresentaram de forma estruturada, com início, meio e fim, conforme o esperado para a idade desta criança. Neste estudo, pode indicar a capacidade para encontrar, possuir e dispensar um objeto (Winnicott, 1941b/2000f).

O concernimento se apresentou ao atender às solicitações dos pais – guardar brinquedos, se dirigir a um brinquedo que estes lhe apresentavam – contudo, com momentos de recusa, apresentou criatividade para delinear a separação entre eles.

Deste o início das consultas, a criança apresentou sua capacidade para ser si mesmo. O aspecto relevante para considerar quanto ao aumento do contato com sua própria realidade psíquica, está relacionado a esta ter encontrado um espaço para comunicá-la aos pais, e para estes reconhecerem-na: necessitava ser reconhecido enquanto sujeito. Dorme na cama dos pais, assistindo televisão, após adormecer é levado para o “quarto do irmão”. Faz-se notar que ele não é levado para a sua cama, mas é recolhido da cama dos pais, para o quarto do irmão. O não reconhecimento da criança enquanto sujeito por parte dos pais foi observado nesta fala.

Sobre ser reconhecido enquanto sujeito, de ter seus processos e ritmos respeitados, vale recordar neste ponto que este comunicou aos pais sobre sua necessidade de resguardar o espaço potencial, a continuidade do gesto, e a separação entre o si mesmo e o outro. Solicitou verbalmente que estes o deixassem agir livremente. Disse ao pai: “Deixa!”, quando esse tentou corrigi-lo sobre como segurar o lápis, conforme já mencionado na categoria 1.

Outra expressão de sua independência e de seu “status de unidade” (Winnicott, 1960c, p. 590) foi observada quando deixou cair na caixa um brinquedo enquanto guardava. Ao jogá-lo, a mãe solicitou cuidado, para ele colocar e não jogar; uma resposta coerente para uma mãe preocupada, disposta a cuidar e a ensinar o filho. Contudo, compreendeu-se que, quando a criança jogou o objeto na caixa, expressou seu verdadeiro *self* ao recusar as exigências – intrusões – do ambiente, e comunicou seu reconhecimento da separação, entre o eu e o não-eu e de sua capacidade para não se submeter. Um falso *self* se submete de forma passiva às exigências da realidade externa compartilhada (Winnicott, 1988). Através desta ação, além da observação das condições de seu amadurecimento pessoal desta criança, pôde-se reconhecer sua percepção de não ser reconhecido enquanto sujeito, i e,

uma pessoa. Na escola também o tratavam como “bebezinho”, compreensão destes (das crianças) associada à condição da fala, conforme o relato da mãe.

Neste ponto faz-se necessário retomar dados sobre sua história de vida, tais como a demora no nascimento e ocorrência da máscara equimótica, à qual fora explicada como rosto “preto”. As experiências no início da vida podem impactar sobre o processo de amadurecimento, contudo não há dados suficientes para concluir que estas marcas no curso de vida, que a quebra em sua continuidade (Winnicott, 1971^{ve}/1984e, p. 232), tenham impactado no estabelecimento da unidade psicossomática, dado que o amadurecimento emocional desta criança indica ter acontecido conforme o esperado para a idade. Entretanto, o impacto causado nos pais, pode tê-los marcado significativamente, predispondo-nos ao esforço de corrigir as falhas ao se depararem com as limitações diante das condições do filho. Ainda que já tenham experienciado serem pais do filho mais velho, através das consultas, os pais expuseram suas dúvidas para lidar com um filho com estas características, que tem dificuldades, questionando-se sobre seus próprios recursos para oferecer os cuidados necessários à criança.

Na última consulta (a quinta), a criança, pintou com a tinta, material pelo qual se interessara nas anteriores, contudo, não houvera tempo para utilizá-lo nestas. Este gesto expressa o contato com sua instintividade, componente da realidade psíquica pessoal. Conforme o amadurecimento pessoal, considerando o status de unidade, esta criança se encontra, conforme Winnicott, no ápice do contato com sua experiência instintiva (1988). Percebe-se que há uma possibilidade de comunicação mais efetiva entre os pais e a criança, menos ocupados das capacidades motoras e cognitivas, e mais interessados em estarem juntos, interagirem com ele, e aproveitarem estes momentos significativos. Conforme apresentado por Safra (comunicação pessoal, 2018)¹⁰, ao abordar o trabalho terapêutico, este aponta para a necessidade de orientá-lo para além da história de si [do paciente] – para o passado, mas também para a esperança com relação ao futuro, bem como em possibilitar o encontro com figuras adultas autênticas e em relações nas quais os pacientes possam vivenciar confiança e registros éticos (informação verbal).

A compreensão da fala da criança foi se tornando mais clara a partir da quarta consulta. Nesta e na última consulta foram registradas mais falas deste com transcrição *ipsis litteris*, em comparação com os registros de falas ininteligíveis deste participante nas entrevistas anteriores. Ex: “Olha, mãe, animais.”, “A minha bola, a minha bola”, “Olha, mãe, olha mãe, ó. Olha mãe, meu amarelo” etc.

¹⁰ Informação fornecida por Safra durante a conferência: *Modalidades psicopatológicas do adolescente e jovem na atualidade*, São Paulo, 2018.

A atitude clínica da psicóloga se orientou para ir possibilitando o brincar, favorecendo um relacionamento mais espontâneo, mais afetivo. Esta postura contribuiu para diminuir a culpa sentida pelos pais, relacionada ao seu máximo esforço, e ainda assim, não obterem os resultados esperados. Quando o psicólogo reconhece que a dificuldade dos pais é legítima, estes podem resgatar sua capacidade para o cuidar. Ao enfatizar a forma particular de como seu filho se comunica e interage, diminui-se a ênfase sobre as limitações da criança. As limitações do filho passam a ser compreendidas como parte de seu ser e agir no mundo, contudo, ele pode ser reconhecido em sua totalidade, para além destas. A criança se apresenta com tais condições, não são estas, não se limita a elas. As confianças dos pais para lidarem com os desafios vivenciados nos cuidados com este filho se fortaleceram, bem como a confiança em sua própria capacidade para a provisão ambiental satisfatória.

Neste estudo de caso (grupo 2), o *follow-up* (acompanhamento posterior) não obteve retorno. Apesar de a mãe informar tentativa para agendar encontro presencial, este não aconteceu. As tentativas da psicóloga para obter um breve relato por mensagem de texto ou de áudio, não foram respondidas. Por não dispor de dados atualizados do caso, não foi possível delinear conclusões a respeito da evolução após os atendimentos. Ademais, os pais solicitaram a inscrição para continuidade do trabalho em psicoterapia individual para a criança.

4 CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo principal investigar e facilitar a comunicação entre os pais e a criança através de Consultas Terapêuticas conjuntas, para favorecer o processo de amadurecimento.

Ao empregar a Consulta Terapêutica com a participação simultânea dos pais e da criança, como modalidade de atendimento psicológico de orientação psicanalítica de curta duração, foi possível promover intervenções na comunicação entre a mãe e/ou o pai e a criança, visando facilitar a adaptação ativa dos responsáveis às necessidades da criança em dado momento de sua vida.

Enquanto modalidade de atendimento de curta duração identificou-se ser capaz de facilitar a comunicação entre os pais e a criança, favorecendo melhores condições para oferta da provisão ambiental satisfatória de acordo com as necessidades da criança em idade pré-escolar. Considerou-se ter contribuído com evidências de estudos de casos

voltados para esta faixa etária, dado que há demanda por mais estudos em diversas fases do amadurecimento psíquico.

A presença real dos pais mostrou-se um instrumento útil para fortalecer seus recursos pessoais e resgatar a provisão ambiental satisfatória. Ademais, possibilitou a estes receberem o auxílio demandado e viabilizar a confiança no desempenho de suas funções parentais.

A inclusão dos pais nos atendimentos de seus filhos facilitou o vínculo com o psicoterapeuta e a adesão ao tratamento.

As Consultas Terapêuticas podem ser utilizadas para a atuação do psicólogo em instituições, para a prevenção do estabelecimento de quadros psicopatológicos, e para a promoção da saúde para o amadurecimento da criança.

O valor social deste tipo de trabalho na atualidade sugere o desenvolvimento de novos estudos, pela sua pertinência clínica. Faz-se oportuno, a realização de novas pesquisas para identificar e delinear critérios mais claros para inclusão e exclusão de participantes nesta modalidade de atendimento; com a participação e diferentes configurações familiares; bem como quanto à comunicação ao favorecimento da adaptação do ambiente às necessidades das crianças em diferentes etapas do amadurecimento.

As contribuições para a adaptação ambiental, à prevenção e a promoção da saúde, e ainda, para a intervenção psicológica no contexto institucional e de curto prazo, refletem a importância de pesquisas que contemplem a participação dos pais para responder às demandas da atualidade, desde as limitações para tratamentos prolongados. O uso institucional desta modalidade de atendimento pode beneficiar famílias que buscam por atendimento e aguardam por longos períodos a disponibilidade de profissionais e abertura de vagas.

Há que se questionar em que medida, os psicólogos possibilitam aos pais expressarem suas percepções pessoais e encontrem no profissional uma postura de compreensão quanto às experiências por eles vivenciadas nos cuidados com os filhos. Compreender a experiência dos pais poderia mitigar o sentimento de insegurança na transferência com o terapeuta e sobre sua própria capacidade de fornecerem o cuidado ao(s) filhos. Buscou-se destacar neste estudo a relevância das figuras significativas. Fornecer auxílio aos pais em um contexto no qual possam participar como protagonistas, para participarem em primeira pessoa, e não se sintam excluídos do que é realizado nos atendimentos psicológicos de seus filhos. A participação ativa destes pode valorizar sua presença real *in loco*, i.e. de estarem presentes em seu próprio lugar e para realizarem suas devidas funções.

Para aprimoramento de novos estudos, sugere-se a realização de uma pesquisa de revisão bibliográfica para fornecer um quadro mais detalhado observando a quantidade de casos em cada publicação, conforme as faixas etárias em Consultas Terapêuticas. Outros aspectos a serem considerados nos procedimentos, resguardando as resoluções éticas, são: 1) a gravação das consultas em vídeo; 2) a inclusão de termos de esclarecimento e consentimento a instituições e a outros profissionais (escolas, médicos, fonoaudiólogos etc.), com inclusão da necessidade deste contato nos termos de esclarecimento aos participantes responsáveis e menores de idade, informando a importância para a coleta de dados da pesquisa e para o estabelecimento da rede de cuidado para estes.

Abram, J. (2000a). Brincar. In J. Abram, *A Linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W* (pp. 55-64). Rio de Janeiro, RJ: Revinter.

Abram, J. (2000b). Comunicação. In J. Abram, *A Linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W* (pp. 64-82). Rio de Janeiro, RJ: Revinter

Abram, J. (2000c). Transicionais, fenômenos. In J. Abram, *A Linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W* (p. 253-265). Rio de Janeiro, RJ: Revinter.

Agostinho, M. L. (2003). *O porco-espinho, o menino do furacão e outras histórias: quadros de uma exposição psicanalítica* (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). doi: [10.11606/D.47.2003.tde-05112003-232442](https://doi.org/10.11606/D.47.2003.tde-05112003-232442).

Almeida, M. M., Marconato, M., M., & Silva, M. C. P. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, 38(3), 637-648.

Amiralian, M. L. T. M. (2013). O pai nos dias de hoje e as consequências para o desenvolvimento. Winnicott ePrints. *Revista Internacional de Psicanálise Winnicottiana*, 8(2). Recuperado de <http://revistas.dwwe.com.br/index.php/We-Prints/article/view/38>.

Benedito, M. B., & Pinheiro, N. N. B. (2018). Ambiente e integração no processo de desenvolvimento emocional: reflexões a partir do trabalho com crianças em situação de risco psicossocial. *Tempo Psicanalítico*, 50(2), 309-329. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382018000200016.

Brafman, A. H. (1999). Tirando partido das influências mútuas entre pais e filhos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 33(2), 339-361.

Brafman, Abrahão H. (1997). Winnicott's therapeutic consultations revisited. *International Journal of Psychoanalysis* 78, 773-787

Campana, N. T. C., Santos, C. V. M., & Gomes, I. C. (2019). De quem é a preocupação primária?: A teoria winnicottiana e o cuidado parental na contemporaneidade. *Psicologia Clínica*, 31(1), 32-53. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n01A02>.

Catafesta, I. F. M. (1992). *Intervenções no desenvolvimento psicológico: um trabalho preventivo* (Tese de doutorado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Costa, C. D. (2020, 20 de fevereiro). Encoprese ou escape fecal sem retenção [Publicação do Departamento Científico de Gastroenterologia, Sociedade de Pediatria de São Paulo].

¹¹ Foi utilizado o sistema autor-data, conforme a APA, do Cadernos de Estudos 9 (Parte II): diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP (2016).

¹² O critério para citação das obras de D. W. Winnicott segue a classificação desenvolvida por Knud Hjulmand. Hjulmand, K. (1999). Lista completa das publicações de D. W. Winnicott. *Natureza humana*, 1(2), 459-517. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24301999000200012&lng=pt&tlng=pt

Recuperado de https://www.spsp.org.br/2008/03/04/encoprese_ou_escape_fecal_sem_retencao.

Freitas, A. R. M., Nunes, L., & Machado, G. M. A. (2019). Importância do brincar no contexto familiar. *Revista Psicologia & Saberes*, 8(13), 76-90. Recuperado de <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1082>.

Haguette, T. M. F. (2013). Fundamentos teóricos de algumas metodologias qualitativas na sociologia. In F. M. F. Haguette, *Metodologias qualitativas na sociologia* (pp. 23-99). Petrópolis: Vozes.

Jordan Quintero, M. I., Paredes, E. G., & Gómez, J. A. (2009). De estar "toda Teletubbie" a ser Verónica: utilidad de las sesiones de observación (sesiones diagnósticas) para trazar el proceso evolutivo de un sufrimiento mental. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 38(1), 82-98. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000500005&lng=en&nrm=iso.

Kehl, M. R. (2013 01 de dezembro). Maria Rita Kehl: em defesa da família tentacular. [Artigo publicado no website Fronteiras do Pensamento]. Recuperado de <https://www.fronteiras.com/artigos/maria-rita-kehl-em-defesa-da-familia-tentacular>.

Mendonça, J. S. Da intersubjetividade à empatia: em busca das raízes da cooperação. (No prelo, artigo aceito em julho de 2019 para ser publicado em *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, UFRJ). Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Julia_Mendonca/publication/340309220_Da_intersubjetividade_a_empatia_em_busca_das_raizes_da_cooperacao/links/5e8346b0299bfl30796c20d2/Da-intersubjetividade-a-empatia-em-busca-das-raizes-da-cooperacao.pdf.

Miranda, J. J., Timo, A. L. R., & Belo, F. R. R. (2019). Crítica à teoria da maternidade em Winnicott: é preciso ser mulher para cuidar de crianças?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(e176863). doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176863>.

Motta, I. F. (2010). Proposta de intervenção para crianças e adolescentes portadores de TDAH. In VII simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga, Portugal.

Medrano, C. A. (2003). *Saúde Pública, Psicanálise e infância, do silêncio ao brincar: historia do presente dos espaços para o brincar no campo da saúde* (Dissertação de mestrado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/84647>.

Moreira, L. M. A. G. (2015). *Consultas terapêuticas com pais e filhos: resgatando a experiência compartilhada do brincar*. (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). doi: [10.11606/T.47.2015.tde-24092015-104905](https://doi.org/10.11606/T.47.2015.tde-24092015-104905)

Outeiral, J. O. (1996). Perspectivas de pesquisa na abordagem winnicottiana. In Catafesta, I. F. M. (Org.), *D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo* (pp. 71-83). São Paulo, SP: Lemos Editorial.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD: outras formas de trabalho (Instituto brasileiro de geografia e estatística [IBGE], Livro Informativo, 2019). (2019). Recuperado de https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101650_informativo.pdf.

Puget, J. Teoria de la técnica: qué, cómo, cuando, dónde, por qué, una clínica de pareja, de familia y de grupo. (2009). *Vínculo*, São Paulo, 6(2), 113-140. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200002&lng=pt&nrm=iso.

Quagliatto, H. S. M., Cunha, M. F.; & Chaves, L. S. (2008). Evoluções e revoluções na clínica psicanalítica infantil: da orientação aos pais à avaliação-intervenção conjunta pais-filhos. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, 1(1), 43-48. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822008000100006&lng=pt&nrm=iso.

Safra, G. (2005). Princípios do atendimento clínico winnicottiano. In G. Safra, *Revisitando Piggle: um caso de psicanálise segundo a demanda* (pp. 15-32). São Paulo, SP: Edições Sobornost.

Safra, G. (2005). A primeira consulta: a oralidade e a questão da ambivalência. In G. Safra, *Revisitando Piggle: um caso de psicanálise segundo a demanda* (pp. 33-52). São Paulo, SP: Edições Sobornost.

Safra, G. (2005). A segunda consulta: amor impiedoso. In G. Safra, *Revisitando Piggle: um caso de psicanálise segundo a demanda* (pp. 53-74). São Paulo, SP: Edições Sobornost.

Stella, C. (2009). Filhos de mulheres presas: o papel materno na socialização dos indivíduos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(2) Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000200003&lng=pt&tlng=pt.

Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 6. ed. Petrópolis: Vozes.

Winnicott, D. W. (2000a). A Agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas por D. W. Winnicott* (D. Bogomoletz, trad., pp. 288-304). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1958b [1950])

Winnicott, D. W. (2000b). Um caso tratado em casa. In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas por D. W. Winnicott* (D. Bogomoletz, trad., pp. 187-196). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1955b)

Winnicott, D. W. (2000c). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do Setting Psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas por D. W. Winnicott* (D. Bogomoletz, trad., pp. 374-392). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1955d [1954])

Winnicott, D. W. (2000d). A Mente e sua relação com o psicossoma. In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas por D. W. Winnicott* (D. Bogomoletz, trad., pp. 332-346). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1954a [1949])

Winnicott, D. W. (2000e). Psicoses e cuidados maternos. In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogomoletz, trad., pp. 305-315). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1953a [1952])

Winnicott, D. W. (2000f). A Observação de bebês numa situação padronizada. In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas por D. W. Winnicott* (D. Bogomoletz, trad., pp. 112-132). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1941b)

Winnicott, D. W. (1999a). O que irrita?. In D. W. Winnicott, *conversando com os pais* (C. Winnicott, org., C. Cabral, trad., 2. ed., pp. 77-100). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1993i)p

Winnicott, D. W. (1999b). Dizer não. In D. W. Winnicott, *conversando com os pais* (C. Winnicott, org., C. Cabral, trad., 2. ed., pp. 27-48). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1993f [1960])

Winnicott, D. W. (1999c). A comunicação entre o bebê e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães: D. W. Winnicott* (J. L. Camargo, trad., 2. ed., pp. 79-92). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1968d)

Winnicott, D. W. (1994a). O Destino do objeto transicional. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (C. Winnicott, R. Shepherd & Madeleine Davis, orgs., J. O. A. Abreu, trad., pp. 44-48). Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul. (Originalmente publicado em 1989i [1959])

Winnicott, D. W. (1994b). O medo do colapso Breakdown. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (C. Winnicott, R. Shepherd & Madeleine Davis, orgs., J. O. A. Abreu, trad., pp. 70-76). Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul. (Originalmente publicado em 1974)

Winnicott, D. W. (1994c). A Experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (C. Winnicott, R. Shepherd & Madeleine Davis, orgs., J. O. A. Abreu, trad., pp. 195- 202). Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul. (Originalmente publicado em 1970b [1969])

Winnicott, D. W. (1994d). Sobre as bases para o *self* no corpo. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (C. Winnicott, R. Shepherd & Madeleine Davis, orgs., J. O. A. Abreu, trad., pp. 203-218). Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul. (Originalmente publicado em 1971d [1970])

Winnicott, D. W. (1994e). O Valor da consulta terapêutica. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (C. Winnicott, R. Shepherd & Madeleine Davis, orgs., J. O. A. Abreu, trad., pp. 244-248). Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul. (Originalmente publicado em 1968l [1965])

Winnicott, D. W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo, SP: Martins Fontes. pp. 147. (Originalmente publicado em 1965a)

Winnicott, D. W. (1988). *Natureza humana* (D. L. Bogomoletz, trad, Série Analytica, J. Salomão, direç., pp. 194). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Winnicott, D. W. (1987). *The Piggie: Relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1977)

Winnicott, D. W. (1984a). *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil*, (J. M. X. Cunha, trad., Série Analytica, J. Salomão, direç., pp. 427). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1971b)

Winnicott, D. W. (1984b). 'Iiro' aos 9 anos e 9 meses, Paciente I. In D. W. Winnicott, *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil* (J. M. X. Cunha, trad., Série Analytica, J. Salomão, direç., pp. 20-36). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1971k)

Winnicott, D. W. (1984c). Sra. 'X' aos 30 anos, Paciente III. In D. W. Winnicott, *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil* (J. M. X. Cunha, trad., Série Analytica, J. Salomão, direç., pp. 347-358). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1971o)

Winnicott, D. W. (1984d). Introdução (Parte um). In D. W. Winnicott, *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil* (J. M. X. Cunha, trad., Série Analytica, J. Salomão, direç., pp. 9-19). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1971vc)

Winnicott, D. W. (1984e). Introdução (Parte três). In D. W. Winnicott, *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil* (J. M. X. Cunha, trad., Série Analytica, J. Salomão, direç., pp. 228-232). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1971ve)

Winnicott, D. W. (1984f). 'Ada' aos 8 anos, Paciente XIII. In D. W. Winnicott, *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil* (J. M. X. Cunha, trad., Série Analytica, J. Salomão, direç., pp. 233-252). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1966c)

Winnicott, D. W. (1984g). 'Cecil' aos 21 meses, na primeira consulta, Paciente XIV. In D. W. Winnicott, *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil* (J. M. X. Cunha, trad., Série Analytica, J. Salomão, direç., pp. 253-285). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1963f)

Winnicott, D. W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott, *O Ambiente e os processos de maturação* (I.C.S. Ortiz, trad., pp. 163-174). Porto Alegre, RS: Artmed. (Originalmente publicado em 1965j [1963])

Winnicott, D. W. (1982). Pormenores da alimentação do bebê pela mãe. In D. W. Winnicott, *A criança e seu mundo*, (A. Cabral, trad., pp. 49-54). 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: Leituras Técnicas e Científicas. (Originalmente publicado em 1949d)

Winnicott, D. W. (1982). Porque as crianças brincam. In D. W. Winnicott, *A criança e seu mundo* (A. Cabral, trad., pp. 161-165). 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: Leituras Técnicas e Científicas. (Originalmente publicado em 1942b)

Winnicott, D. W. (1975a). A localização da experiência cultural. In D. W. Winnicott, *O Brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu, trad., Coleção Psicologia Psicanalítica, pp. 152-164). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1989r [1967])

Winnicott, D. W. (1975b). O brincar - a atividade criativa e a busca do self. In D. W. Winnicott, *O Brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu, trad., Coleção Psicologia Psicanalítica, pp. 88-107). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1971r)

Winnicott, D. W. (1975c). O brincar – uma exposição teórica. In D. W. Winnicott, *O Brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu, trad., Coleção Psicologia Psicanalítica, pp. 65-87). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1968i [1967])

Winnicott, D. W. (1975d). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *O Brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu, trad., Coleção Psicologia Psicanalítica, pp. 10-47). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1953c [1951])

Winnicott, D. W. (1960c). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595.

Yin, R. K. (2005). Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Tradução Daniel Grassi. Porto Alegre, RS: Bookman.

Yunes, M. A. M., Arrieche, M.R.O., & Tavares, M.F.A. (2001). Família vivida e pensada na percepção de crianças em situação de rua. *Paidéia*, Ribeirão Preto, 11(21), 47-56. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2001000200006>.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
RESPONSÁVEL(IS)

A) DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Pesquisa em nível de mestrado intitulada “Comunicação entre os pais e a criança: intervenção psicológica em Consulta Terapêutica conjunta”, a qual será desenvolvida sob a responsabilidade do(a) pesquisadora Veridiana da Silva Prado Vega, aluna do curso de mestrado em Psicologia Clínica (PSC), do Instituto de Psicologia (IP), da Universidade de São Paulo (USP) sob a orientação da Prof.^a Livre Docente Ivonise Fernandes da Motta (ivonise.motta@gmail.com, Av. Prof. Mello Moraes 1721, Bloco F, Cidade Universitária – São Paulo – SP, CEP: 05508-030, telefones: 55 11-3091-4910/4173).

2. A pesquisa será realizada na Clínica Psicológica Durval Marcondes, do Centro Escola do Instituto de Psicologia (CEIP) da Universidade de São Paulo (USP). (Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco D, sala 121, Cidade Universitária – São Paulo, SP – CEP: 05008-030; tel.: (11) 3091-8248).

3. O propósito desta pesquisa científica é compreender como ocorre a comunicação entre os pais e a criança ao brincarem juntos e os efeitos das intervenções do psicoterapeuta na presença deles, para promover melhorias diante do motivo da procura por atendimento.

4. Prevê-se a realização de 6 a 9 entrevistas, com duração de aproximadamente 1 hora cada, que podem ser adaptadas conforme a necessidade dos participantes, devendo ser acordados entre todos. Serão realizadas:

4.1. Uma ou duas entrevistas preliminares com os responsáveis; para compreender o motivo da procura por atendimento em psicológico, a história e as necessidades da criança nesse momento.

4.2. Três a cinco entrevistas psicológicas em Consulta Terapêutica conjunta com a participação da criança e dos pais, para brincarem e buscarem atender a(s) necessidade(s) da criança;

4.3. Uma entrevista devolutiva com os responsáveis, para conversarem sobre a consulta conjunta;

4.4. Uma entrevista devolutiva com a criança, para conversarem sobre a consulta conjunta;

4.5. Encerramento ou encaminhamento;

4.6. Um contato 3 meses após o encerramento/encaminhamento para saber como criança esteve neste período: por escrito ou verbal.

5. As entrevistas serão gravadas em áudio e um técnico fará a transcrição para um texto em computador e os nomes serão trocados por outros inventados. Ao término da pesquisa as fitas serão **apagadas**. Sem que o nome dos participantes apareça associado à pesquisa, os resultados serão divulgados contendo citações anônimas, para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

6. Com a finalidade acadêmica e científica da pesquisa, os resultados obtidos poderão contribuir para intervenções com pacientes em diferentes contextos, como medidas de prevenção e no atendimento e tratamento psicológico.

7. Os riscos são mínimos para a sua saúde e de seu(sua) filho(a), resultantes da participação na pesquisa, como cansaço físico e desconforto psíquico, provocados pelo deslocamento até o local e pela brincadeira, ou por emoções que poderão sentir ao falar de suas vidas pessoais. O projeto se ocupou de prever e evitar os possíveis riscos, sendo necessário ainda que você informe a existência de alguma restrição física à pesquisadora responsável, para garantir a saúde e integridade física dos participantes.

8. Será prestada assistência diante de eventuais necessidades de emergência ou complicação.

9. Diante de danos decorrentes da pesquisa serão tomadas medidas para indenização.

10. Os benefícios possíveis da participação na pesquisa estão previstos para sobressair aos riscos; poderá haver melhorias na comunicação com a criança e no motivo da procura pelo atendimento, a partir do acesso ao atendimento psicológico de curta duração com profissional qualificado.

11. **Sua participação é voluntária e você é livre para recusar a falar sobre qualquer aspecto, se julgar necessário, durante as entrevistas, bem como para retirar seu consentimento e terminar sua participação e de seu(sua) filho(a) a qualquer momento, mesmo tendo iniciado o processo, sem qualquer dificuldade ou consequência ao atendimento que recebem.**

12. Você tem oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que desejar, e todas deverão ser respondidas com clareza.

13. Você, e os demais participantes solicitados a comparecer, como seu(sua) filho(a) e outro responsável (mãe/pai ou outro), poderão ser ressarcidos pelos gastos com transporte e alimentação pela participação na pesquisa, e receber os recursos para a entrevista seguinte com antecedência.

14. O atendimento recebido por vocês é um serviço gratuito.

15. Na entrevista com seu(sua) filho(a) será realizada a leitura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, elaborado em linguagem que ele(a) possa compreender, para cumprimento das exigências éticas na presença da criança, que também será esclarecida sobre a pesquisa.

16. A pesquisadora Veridiana da Silva Prado Vega, responsável pela presente pesquisa, declara que o projeto e os documentos elaborados para sua realização cumprem as exigências contidas na RESOLUÇÃO nº 466, de 12 de dezembro de 2012, incluindo as especificações dos itens IV. 3., IV.5. e IV.6, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html, bem como

na RESOLUÇÃO nº 510, de 07 de abril de 2016, disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>.

17. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Veridiana S. P. Vega, sempre que julgar necessário, através dos contatos: telefone (11) 991817411, e-mail: veridianavega@usp.br.

18. Para esclarecimentos com relação às dúvidas éticas do projeto, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo: Rua do Matão, Travessa 14, nº 321, Butantã, CEP 05.508-090, São Paulo/SP E-mail: cepibusp@ib.usp.br - Telefone: (11) 3091-8761, site: <http://www.ib.usp.br/formularios.php>.

19. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP-IB-USP, do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo, em São Paulo-SP, no dia 12/03/2019.

20. Este termo foi elaborado em duas vias, as quais serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas na última página pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, devendo cada parte ficar de posse de uma via.

B) AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, esclarecido todas as minhas dúvidas e compreendido as informações fornecidas, tendo garantida a não identificação dos participantes responsáveis e da criança _____, manifesto meu consentimento e apoio à participação nessa pesquisa.

Participante responsável (nome completo)
RG ou CPF:

(assinatura)
Local: São Paulo - SP
Data: ____/____/____

Veridiana da Silva Prado Vega
Pesquisador responsável
RG: 33.294.039-1 / CPF: 344.233.298-24
CRP: 06/97311

(assinatura)
Local: São Paulo - SP
Data: ____/____/____

ANEXO B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Os itens de 1 a 11 serão lidos para a criança participante:

- 1) Eu vou ler essa carta para te contar o que vamos fazer.
 - 2) Eu sou a Veridiana.
 - 3) Estou fazendo uma atividade, é uma pesquisa.
 - 4) Quero saber como as crianças e seus pais brincam.
 - 5) Eu sou psicóloga, eu brinco e converso com as crianças.
 - 6) Eu conversei com a sua mamãe (e/ou com seu pai, se houver) e ela (e) trouxe você porque?
-
- 7) Hoje nós vamos brincar e conversar. Para eu ver como posso ajudar vocês com isto.
 - 8) Eu vou te avisar quando estiver na hora de ir embora, mas você pode falar se quiser sair.
 - 9) Vamos nos encontrar mais algumas vezes para brincarmos todos juntos.
 - 10) Vamos te falar quando for o último dia para brincarmos, e se precisar, eu vou falar com outra pessoa para continuar vendo e ajudando vocês.
 - 11) Você pode falar ou me perguntar o que quiser.

Este termo foi lido para os pais após sua autorização fornecida no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assinam abaixo confirmando a leitura conjunta com o pesquisador responsável e a criança. O pesquisador responsável assina abaixo declarando ter realizado a leitura conjunta com os pais e a criança participantes, dos itens numerados de 1 a 11 do presente **Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE**.

Este termo está vinculado e sujeito aos termos esclarecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinados pelos responsáveis.

Esta é uma pesquisa em nível de mestrado intitulada “Comunicação entre mãe e a criança: intervenção psicológica em Consulta Terapêutica conjunta”, a qual será desenvolvida sob a responsabilidade do(a) pesquisadora Veridiana da Silva Prado Vega (veridianavega@usp.br), tel.: 11 991817411), sob a orientação da Prof.^a Livre Docente Ivonise Fernandes da Motta (ivonise.motta@gmail.com), no curso de mestrado em Psicologia Clínica (PSC), do Instituto de Psicologia (IP), da Universidade de São Paulo (USP): Av. Prof. Mello Moraes 1721, Bloco F, Cidade Universitária – São Paulo – SP, CEP: 05508-030, telefones: 55 11-

3091-4910/4173); será realizada na Clínica Psicológica Durval Marcondes, parte integrante do Centro Escola do Instituto de Psicologia (CEIP-USP). Está localizada no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco D, sala 121, Cidade Universitária – São Paulo, SP – CEP: 05008-030; tel.: (11) 3091-8248; site: www.ip.usp.br/site/atendimento-4).

Participante responsável
(nome completo)
RG:
CPF:

(assinatura)

Local: São Paulo, SP

Data: ____/____/____

Veridiana da Silva Prado Vega

Pesquisador responsável

RG: 33.294.039-1/ CPF: 344.233.298-24

CRP: 06/97311

(assinatura)

Local: São Paulo, SP

Data: ____/____/____

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

USP - INSTITUTO DE
BIOCIÊNCIAS DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comunicação entre a mãe e a criança: intervenção psicológica em Consulta Terapêutica conjunta.

Pesquisador: Veridiana da Silva Prado Vega

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09070919.3.0000.5464

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.207.609

Apresentação do Projeto:

O presente projeto visa investigar a comunicação entre a mãe e a criança: intervenção psicológica em Consulta Terapêutica conjunta.

Objetivo da Pesquisa:

Promover intervenções na comunicação entre a mãe e a criança para facilitar a adaptação ativa desta às necessidades da criança em dado momento de sua vida, e produzir efeito sobre o sintoma apresentado pela criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos para os indivíduos participantes que estão minuciosamente descritos no projeto. Provavelmente os participantes se beneficiarão das consultas terapêuticas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Análise do projeto:

- a) amostra a ser analisada: 03 estudos de caso, com a participação crianças de 2 a 12 anos de idade e suas mães, que buscam atendimento psicológico para os filhos, incluindo a presença de um terceiro participante-responsável.
- b) procedimentos a que as pessoas serão submetidas: entrevistas semi-dirigidas; a pesquisadora utilizará o método clínico-qualitativo e estudo de casos múltiplos.

Endereço: Rua do Matão, Travessa 14, nº 321

Bairro: Butantã

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-8761

CEP: 05.508-090

E-mail: cepibusp@ib.usp.br

Continuação do Parecer: 3.207.609

- c) infraestrutura disponível: clínica-escola do IPUSP.
- d) armazenamento de amostra: gravações e suas respectivas transcrições.
- e) apoio financeiro: IPUSP.
- f) outros aspectos que achar pertinentes: o projeto está bem detalhado e adequado eticamente quanto aos procedimentos que a pesquisadora propõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Recomendações:

O Comitê de Ética em Pesquisa – Seres Humanos do Instituto de Biociências da USP aprovou o projeto, com as seguintes recomendações:

- 1) Uma vez que a pesquisa em seus aspectos éticos foi aprovada pelo CEP-IB, em 12/03/2019, esta informação é a que deve constar no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (itens 19 e 20). Na informação deve constar o endereço do CEP-IB-USP, e-mail e telefone para contato.
- 2) No item 17 do TCLE, incluir a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.
- 3) Inserir no TCLE, além do logotipo do Instituto de Psicologia, o logotipo do Instituto de Biociências.
- 4) Incluir a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, na Declaração do Responsável pelo Projeto, bem como corrigir o item, onde se lê: “de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo CEPH-IPUSP”, leia-se: “de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo CEP-IB-USP”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Cabe à pesquisadora elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais e final), de acordo com as Resoluções nº 466/12, item II, II.19 e II.20 e nº 510/16, Artigo 28, item V, do Conselho Nacional de Saúde.

Endereço: Rua do Matão, Travessa 14, nº 321

Bairro: Butantã

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 05.508-090

Telefone: (11)3091-8761

E-mail: cepibusp@ib.usp.br

USP - INSTITUTO DE
BIOCIÊNCIAS DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.207.609

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1190218.pdf	22/01/2019 03:01:19		Aceito
Outros	Anuencia_Veridiana.pdf	18/12/2018 15:04:40	Veridiana da Silva Prado Vega	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador.pdf	18/12/2018 15:02:27	Veridiana da Silva Prado Vega	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Veridiana.docx	18/12/2018 15:02:03	Veridiana da Silva Prado Vega	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_crianca8a12anos.docx	16/12/2018 21:41:32	Veridiana da Silva Prado Vega	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_crianca5a7anos.docx	16/12/2018 21:41:23	Veridiana da Silva Prado Vega	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_crianca2a4anos.docx	16/12/2018 21:41:11	Veridiana da Silva Prado Vega	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/12/2018 21:40:02	Veridiana da Silva Prado Vega	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infra_Veridiana_2018.pdf	15/12/2018 23:34:34	Veridiana da Silva Prado Vega	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Veridiana.pdf	15/12/2018 23:32:13	Veridiana da Silva Prado Vega	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua do Matão, Travessa 14, nº 321

Bairro: Butantã

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 05.508-090

Telefone: (11)3091-8761

E-mail: cepibusp@ib.usp.br

USP - INSTITUTO DE
BIOCIÊNCIAS DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.207.609

SAO PAULO, 19 de Março de 2019

Assinado por:
CELIA PRISZKULNIK KOIFFMANN
(Coordenador(a))

Endereço: Rua do Matão, Travessa 14, nº 321

Bairro: Butantã

CEP: 05.508-090

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-8761

E-mail: cepibusp@ib.usp.br

Página 04 de 04