UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**A experiência materna e o desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno de
Déficit de Atenção/Hiperatividade**

Ana Paula Mucha

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo, para obter o título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e
Desenvolvimento.

Ribeirão Preto
2017

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**A experiência materna e o desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno de
Déficit de Atenção/Hiperatividade**

Versão Resumida ¹

Ana Paula Mucha

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo, para obter o título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e
Desenvolvimento.

Orientadora: Profa. Dra. Valeria Barbieri.

¹ Nesta versão on-line foram ocultadas partes da dissertação como forma de preservar o sigilo dos participantes. A dissertação na íntegra pode ser visualizada na forma impressa.

Ribeirão Preto
2017

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.

Mucha, Ana Paula.

A experiência materna e o desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade / Ana Paula Mucha; orientadora Valeria Barbieri. – Ribeirão Preto, 2017.

196 f.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

1. Psicanálise. 2. Relações familiares. 3. Técnicas projetivas.
4. Desenvolvimento emocional.

Barbieri, Valeria. II. Título. III. Título: A experiência materna e o desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Nome: Mucha, Ana Paula

Título: A experiência materna e o desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho para as pessoas que têm a maternagem dentro de si,
oferecendo atenção e cuidado afetuoso,
são mães, independente de terem filhos.
Para Natália Mariussi.

Renoir, A. (1895). *Gabrielle e Jean* (óleo sobre tela). Musée de l'Orangerie, Paris, França.
Recuperado de <http://www.musee-orangerie.fr/fr/oeuvre/gabrielle-et-jean>.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Valeria Barbieri agradeço a oportunidade de trabalhar ao seu lado e aprender com você, uma das melhores pessoas que já conheci, profissional dedicada que nos inspira e orienta. A você, minha gratidão.

À Marcela Lança de Andrade, amiga e companheira de pesquisa, e à Dra. Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes, pelas contribuições no Exame de Qualificação e pela disposição em ajudar em tantos momentos.

À Profa. Dra. Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro, professora querida que me apresentou Winnicott, agradeço o apoio e a colaboração no Exame de Qualificação.

Ao José Antônio Pelagio Tonetto, meu companheiro, pela paciência e incentivo no caminhar ao meu lado, não apenas neste momento, mas desde quando o conheci.

Aos meus familiares, pai, Rodolfo Mucha, exemplo de ser humano. Mãe, Analise Freisleben Mucha, exemplo de mulher batalhadora, e irmão, Willy Matias Mucha, grande amigo de tantos momentos.

Aos participantes da pesquisa, mães e crianças, que aceitaram e tiveram coragem de dividir suas histórias e sua intimidade em prol de um estudo, com a esperança de compreendê-las.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pela bolsa de estudos.

RESUMO

Mucha, A. P. (2017). A experiência materna e o desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade. A criança com esse diagnóstico apresenta prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social e acadêmico. A literatura revela que a suscetibilidade genética em interação com fatores ambientais, inclusive os familiares, compõem a sua etiologia. Desse modo, conhecer as experiências dos familiares e da criança com TDA/H é importante para a compreensão do surgimento e manutenção desse quadro. Por conta disso, esta pesquisa objetiva compreender como a experiência materna de mulheres com filhos diagnosticados com TDA/H se associa ao desenvolvimento do *Self* dessas crianças. Para tanto, foi realizada uma pesquisa clínico-qualitativa, empregando a Psicanálise winnicottiana como referencial teórico. A estratégia metodológica utilizada foi a das “Narrativas Transferenciais”. Participaram desta pesquisa, quatro díades mães e filhos. Foi realizado primeiramente um encontro com a mãe para coletar dados demográficos e de identificação dela e da criança, e a aplicação da Escala de Maturidade Mental Colúmbia (EMMC), de forma a assegurar os critérios de inclusão/exclusão na pesquisa. No segundo encontro, foi solicitado que a mãe falasse sobre sua experiência como mãe de um filho diagnosticado com TDA/H, a partir da visualização de alguns cartões do Teste de Apercepção Infantil – figuras de animais (CAT-A). Separadamente, para a criança, foram apresentados os mesmos cartões do CAT-A visualizados pela mãe, solicitando que ela contasse uma história sobre cada um deles. Os encontros com a mãe e com a criança foram descritos na forma de narrativas transferenciais individuais e, após essa redação, foi feita uma interpretação psicanalítica do material produzido por cada membro da díade. Em seguida, foi realizada uma síntese da díade, no intuito de relacionar a experiência materna e o desenvolvimento do *Self* da criança. Após a análise e interpretação do material produzido por cada uma das díades, foi feita uma síntese final dos resultados de todas as mães, outra de todas as crianças e, finalmente, uma síntese final de todas as díades. Em relação à experiência materna, as mães relataram angústias vivenciadas durante a gestação e após o nascimento dos filhos. Elas não conseguiram entrar em sintonia com eles no início da vida, não tiveram condições, por razões diversas, para experimentar a devoção e manifestaram dificuldades em vincular-se com a criança e oferecer-lhes *holding*. Nessas condições, as crianças não dispuseram de oportunidades suficientes para usufruir das experiências de ilusão, o que comprometeu o processo posterior de desilusão. Essas dificuldades de relacionamento inicial da díade, que persistiam até o momento da pesquisa, eram decorrentes de vivências depressivas latentes ou manifestas das mães, que acarretavam prejuízos na capacidade para as experiências transicionais, para o brincar e para a simbolização. Os comportamentos desatentos e hiperativos da criança pareceram ser uma resposta a esse abafamento e desconsideração do gesto criativo, que permanece na forma de uma motricidade exacerbada e sem objetivos. Os resultados apontam, portanto, para dificuldades no processo de constituição do *Self* tanto das crianças quanto das mães. Estudos que aprofundem essa vertente compreensiva da relação entre a mãe e a criança com TDA/H devem ser encorajados, visto que esta parece ser uma via promissora para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas para esse sofrimento da díade.

Palavras-chave: TDAH. Psicanálise. Relações familiares. Técnicas projetivas. Desenvolvimento emocional.

ABSTRACT

Mucha, A. P. (2017). The maternal experience and the *Self*-development in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Masters Dissertation, Philosophy, Science and Languages College of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopment disorder characterized by lack of concentration, hyperactivity and impulsiveness. Child with this diagnosis presents clinically significant disadvantage in social and academic functioning. The literature reveals that genetic susceptibility in interaction with environmental factors, including family factors, compose its etiology. Thereby, knowing the relatives' and ADHD child's experiences is important for understanding the emergence and maintenance of this condition. Therefore, this research aims to understand how the maternal experience of ADHD children mothers' is associated with the development of the *Self* of these children. For that, a clinical-qualitative research was carried out applying the Winnicottian psychoanalysis as a theoretical reference. The methodological strategy used was the "Transferential Narratives". There were four dyads mothers and children participating in this research. At first, it was held a meeting with the mother to collect demographic and identification data from her and the child, and the application of the Columbia Mental Maturity Scale (CMMS), in order to ensure the inclusion/exclusion criteria in the research. At the second meeting, the mother was asked to speak about her experience as the mother of a child diagnosed with ADHD, from the visualization of some cards of the Children's Apperception Test - animal figures (CAT-A). Separately, to the child, it was presented the same CAT-A cards visualized by the mother, and it was asked to tell a story about each of them. The meetings with the mother and the child were described in the shape of individual transferential narratives and after this writing a psychoanalytic interpretation of the material produced by each member of the dyad was done. Later, a dyad synthesis was made in order to relate the maternal experience and the development of the child's *Self*. After the analysis and interpretation of the material produced by each of the dyads, a final synthesis of the results of all mothers was done, as well as another one of all the children's results, and finally a final synthesis of all the dyads. Concerning the maternal experience, the mothers reported anguishes experienced during pregnancy and after the birth of their children. They were not able to tune into them early in life, they were not able, for various reasons, to experience the devotion and they showed difficulties in linking themselves with the child and offering them a *holding*. Under these conditions, children did not have sufficient opportunities to enjoy the illusion experiences, which compromised the subsequent process of disappointment. These initial dyad relationships, which persisted until the moment of the research, were due to the mother's latent or manifested depressive experiences, that resulted entailed impairments in the capacity for transitional experiences, to play and to symbolization. The child's inattentive and hyperactive behaviors seemed to be a response to this drowning and disregard of the creative gesture, which remains in the form of an exacerbated and aimless motricity. The results point, therefore, to difficulties in the process of constitution of the *Self*, to both children and mothers. Studies that deepen this understanding aspect of the relationship between the mother and the child with ADHD should be encouraged, since this seems to be a promising way for the development of therapeutic strategies for this dyad suffering.

Keywords: ADHD. Psychoanalysis. Family Relations. Projective techniques. Emotional development.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Nomes fictícios dos participantes, idades e escolaridades	51
--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	23
1.1.1 TDA/H e Família	29
1.1.2 TDA/H e Psicanálise	31
1.2 A família e o desenvolvimento emocional infantil: contribuições da Psicanálise	32
1.3 A teoria winnicottiana do amadurecimento emocional infantil.....	34
1.3.1 A mãe.....	35
1.3.2 O desenvolvimento do <i>Self</i> infantil	40
2 OBJETIVO	49
3 MÉTODO	51
3.1 Participantes	54
3.2 Instrumentos	55
3.3 Procedimentos	57
3.4 Análise de dados	59
3.5 Considerações éticas.....	60
4 RESULTADOS	63
4.1 Caso 1	63
4.1.1 Narrativa Carla	64
4.1.2 Interpretação da narrativa – Carla	64
4.1.3 Narrativa Davi	64
4.1.4 Interpretação da Narrativa - Davi	64
4.1.5 Síntese da Díade	65
4.2 Caso 2	66
4.2.1 Narrativa Maria.....	68
4.2.2 Interpretação da narrativa – Maria.....	68
4.2.3 Narrativa Pedro.....	68
4.2.4 Interpretação da narrativa – Pedro.....	68
4.2.5 Síntese da Díade	68

4.3 Caso 3.....	69
4.3.1 Narrativa Júlia	70
4.3.2 Interpretação da narrativa de Júlia	70
4.3.3 Narrativa Vinícius	70
4.3.4 Interpretação da narrativa – Vinícius	70
4.3.5 Síntese da Díade.....	70
4.4 Caso 4.....	72
4.4.1 Narrativa Sônia	73
4.4.2 Interpretação da narrativa – Sônia	73
4.4.3 Narrativa Marcos.....	73
4.4.4 Interpretação da narrativa - Marcos	73
4.4.5 Síntese da Díade.....	73
4.5 Síntese das narrativas das mães	75
4.6 Sínteses das narrativas das crianças	78
4.7 Síntese das díades.....	81
5 DISCUSSÃO.....	85
6 CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
APÊNDICES.....	107
Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido à secretaria da saúde do município participante.....	107
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido ao médico(a) psiquiatra.....	109
Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido às mães participantes da pesquisa	111
Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido aos responsáveis (mães) pelas crianças participantes da pesquisa	113
Apêndice 5 - Ficha de identificação da mãe e da criança	115
ANEXOS	117
Anexo 1 - Critério Brasil de classificação econômica	117
Anexo 2 - Descrição dos cartões que serão utilizados do CAT-A, segundo Bellak, (2010).	119
Anexo 3 - Aprovação para a realização da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP.....	120

APRESENTAÇÃO

O garotinho já estava procurando sua vocação tornando-se o mestre incontestável da casa. Perdoavam-lhe tudo e ele impetuosamente desenvolveu uma mitomania que combinava muito bem com sua megalomania... Salvador começou sua carreira artística arranhando um desenho, com o garfo, sobre uma mesinha... O jovem Dalí já sofria de tensão nervosa, o que o tornava uma pessoa inquieta. Além do mais, sentia prazer em ser a criança mimada e taciturna sobre a qual se encontravam todas as atenções da família... Tinha então nove anos de idade e pintou sem parar durante as férias de verão. Nunca descansava como as outras crianças porque já estava plenamente consciente de seu destino. (Gerard, 1987, p. 222)

O interesse em estudar o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) surgiu após dois anos de trabalho como psicóloga clínica para um convênio de saúde. Na ocasião, muitas das crianças atendidas eram encaminhadas por médicos que faziam o diagnóstico de TDA/H e a orientação para acompanhamento psicológico. Alguns desses profissionais solicitavam que essas crianças fossem acompanhadas especificamente por psicólogos que utilizassem no seu trabalho outras abordagens psicológicas que não a psicanálise. Como sempre me aproximei da teoria psicanalítica, isso me causava consternação, pois, a meu ver, era algo sem sentido, uma vez que a psicanálise poderia contribuir não só para a compreensão do transtorno, mas também para seu tratamento. À época, ao buscar referências de bibliografia que me dessem apoio, percebi que poucos pesquisadores publicavam sobre o TDA/H utilizando a psicanálise como embasamento teórico. Isso me estimulou a pesquisar sobre o assunto, a fim de ampliar minha própria compreensão a respeito e, se possível, aprofundar meu entendimento sobre a perspectiva que outros profissionais e pais têm desse tema.

Assim, a investigação que originou esta Dissertação começou a adquirir contornos em meados de 2012, quando conheci minha orientadora Pra. Dra. Valéria Barbieri, apresentada por minha amiga Marcela Lança de Andrade. Nesta oportunidade ela estava prestes a retornar de Paris, após anos de pesquisa sobre a experiência materna e o desenvolvimento infantil. O que me aproximou do grupo de estudos da Profa. Valéria foram seus estudos de orientação psicanalítica, com enfoque na teoria winnicottiana.

O entusiasmo pela teoria de Winnicott (1896-1971) começou no início de minha formação, na cidade de Assis no Estado de São Paulo, onde, mediante a disciplina Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico, ministrada pela Profa. Dra. Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro, conheci a teoria e seus principais conceitos. Ao terminar a graduação, realizei um aprimoramento em Psicologia Clínica na Saúde Reprodutiva da Mulher, na

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). A teoria de Winnicott esteve presente durante toda a especialização, desde o processo seletivo, em que os livros desse autor estavam elencados na bibliografia. A contribuição da obra de Winnicott, neste momento, foi muito importante para minha formação clínica, pois ela abordou a temática da maternidade, da família e do bebê com sensibilidade e profundidade, acrescentando muito ao meu olhar e condição para interpretação enquanto jovem terapeuta. Para este trabalho, a teoria de Winnicott, ao compreender que o desenvolvimento emocional de uma criança no início só pode ser bem consolidado na base das relações com a mãe ou com quem faça esse papel (Winnicott, 1964/2013), torna-se conveniente para o entendimento do TDA/H, um transtorno com origem na infância e que traz em sua etiologia fatores biológicos e ambientais.

Em diversas buscas por informações sobre o TDA/H, encontrei um número volumoso de artigos e informações, em particular no site do grupo de apoio ao TDA/H de Chelmsford no Reino Unido (ADHD Support, 2017), a respeito de pessoas famosas que têm ou poderiam ter o diagnóstico do transtorno. Entre essas personalidades, constam nomes de artistas, escritores, empresários, atletas, músicos e cientistas, como Michael Phelps, Bill Gates, Michael Jordan, Elvis Presley, Albert Einstein, Jim Carrey e Salvador Dalí. O conhecimento de tantas figuras talentosas e bem sucedidas que possuíam TDA/H me deixou esperançosa, uma vez que os aspectos negativos e os comprometimentos afetivos/sociais/educacionais relativos ao transtorno são apontados sistematicamente. O discurso negativo sobre os sintomas do TDA/H esteve presente durante as entrevistas com as mães e também foi abordado por muitas pessoas que conversaram comigo a respeito deste estudo. Foi então que optei por ilustrar alguns sentimentos suscitados durante a coleta de dados e aspectos dessa experiência fazendo uso da pessoa impactante do artista espanhol Salvador Dalí (1904-1989), apreciador da psicanálise que conheceu Freud (Harris, 1995). Com isso, escolhi uma obra dele para ilustrar a capa desta Dissertação.

A escolha por uma obra de Salvador Dalí, um pintor que desfrutou de sucesso e reconhecimento ainda em vida, serve como contraponto à negatividade do TDA/H e surge como uma demonstração de que é possível viver de maneira criativa, produtiva e significativa para a sociedade e principalmente para si mesmo, pois esse transtorno não é sinônimo de fracasso e deficiência intelectual.

Na obra escolhida para a capa “*A Madonna de Port Lligat*” (Dalí, 1949), o pintor funde religião, ciência e arte. Quando fez a pintura, Dalí já era uma celebridade internacional, e essa obra marcou o início de sua fase religiosa. “A Madona” foi avaliada pelo Vaticano e abençoada pelo Papa Pio XII. A fragmentação das imagens no quadro reflete o “misticismo

nuclear” presente em outras obras do pintor, o qual: “impressionado com as descobertas científicas, principalmente no campo da física nuclear e da energia atômica, tentou recriar a fissão nuclear desmaterializando figuras e objetos, que vagueiam no espaço, demonstrando a inexistência de gravidade e a divisão do material” (Harris, 1995, p. 67). O estilo da obra foi denominado de “místico-nuclear”. A paisagem refere-se à baía de Por Lligat, onde Dalí morava, no litoral da Catalunha (Espanha).

Gala, esposa de Dalí, sua companheira e musa, é a figura central e serve de modelo para a Virgem Maria que está sob um arco. Com as mãos em posição de prece, ela observa o menino Jesus em seu colo, o qual posiciona a cabeça para baixo. Na cena, quase todas as coisas estão flutuando, como comprovam as sombras abaixo delas, como se tudo acontecesse em outro plano. As conchas presentes na pintura, em especial a acima da cabeça da Virgem podem aludir à fertilidade feminina. “O ovo simboliza a origem da vida, o mundo e a perfeição” (Harris, 1995).

Esta obra alude ao relacionamento entre a mãe e a criança. A criança que está dentro da mãe. A imagem sugere um viés religioso, divino. Em analogia ao olhar winnicottiano, pode-se pensar na mãe que gera o filho e o desenvolve dentro de si e que, após o nascimento, continua ligada a ele, utilizando seus conhecimentos e suas experiências emocionais para o desenvolvimento da criança, a qual é, literalmente, uma parte dela. A psicanálise rompe com a ideia do amor materno instintivo ao presumir que uma mulher não se configura primordialmente como mãe, já que a função materna ocorre em um processo de construção, ou seja, fundamentalmente efeito de uma troca de experiências psíquicas entre a mãe e o filho, promovida pela cultura (Freud, 1905/2006; Winnicott, 1979/2007).

Algo que me chamou atenção durante as entrevistas com as crianças diagnosticadas com TDA/H foi seu olhar. Essas crianças, dominadas pelo desejo de mover-se, quando conseguiam olhar para mim e manter o contato, faziam-no com intensidade, com a comunicação de alguma mensagem. Este olhar voltou à minha memória, ao observar uma foto do próprio pintor Salvador Dalí com seus bigodes arqueados para cima e os olhos arregalados. Dificilmente essa imagem passa despercebida, assim como as obras do artista impactam nossa mente ao nos depararmos com elas. A criança com TDA/H também não passa despercebida, ela se faz notar com seu comportamento agitado, em especial por meio do olhar intenso, que desperta muitos sentimentos controversos e que necessitam de compreensão e apoio, antes de qualquer julgamento.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) é atualmente um dos temas mais debatidos, principalmente quando se consideram crianças em idade escolar. Esse termo é utilizado para definir um transtorno neurobiológico que surge na infância e pode acompanhar o indivíduo por toda a sua vida. Cerca de 67% dos casos detectados na infância prevalecem na vida adulta (Silva, 2005). Supõe-se que as estimativas de hereditariedade do transtorno se aproximam dos 80% (Kappel, 2016).

O TDAH ocupa lugar de destaque na vida dos pais e também na de profissionais de saúde, sendo considerado o principal distúrbio psicológico em crianças (Rodrigues & Leite, 2016). É um quadro composto de sinais e sintomas comportamentais relacionados à desatenção, à hiperatividade e à impulsividade (Rohde, Barbosa, Tramontina, & Polanczyk, 2000). O diagnóstico é clínico, baseado em entrevista com o paciente, os pais, os professores e as pessoas que lidam com o acometido pelo transtorno; é baseado exclusivamente no histórico do comportamento, devendo ser feito pela exclusão de outras patologias ou problemas socioambientais. Os sintomas devem, obrigatoriamente, trazer algum tipo de dificuldade ou impedimento para a realização de tarefas e de prejuízo nos relacionamentos.

As crianças com TDA/H demonstram níveis de atenção inapropriados para a idade. São impulsivas e, geralmente, superativas; além disso, apresentam dificuldades para seguir regras e normas, problemas de conduta e agressividade, problemas de aprendizagem e dificuldades sociais. Essas crianças podem ser vistas pelas pessoas como desobedientes, preguiçosas, mal-educadas e inconvenientes. A dificuldade da criança em se adaptar adequadamente ao meio em que vivem aumenta o nível de estresse das pessoas que convivem com elas (Benczik, 2010). As crianças hiperativas e impulsivas se colocam frequentemente em situação de perigo e correm um risco maior de acidentes (Dumas, 2011).

O TDA/H é considerado um transtorno complexo, e sua etiologia não está bem descrita, permitindo o estabelecimento de várias hipóteses causais. As evidências sugerem que fatores ambientais e genéticos estão associados ao aumento da suscetibilidade do indivíduo ao TDA/H. Fatores ambientais estão normalmente relacionados com o contexto familiar e socioeconômico. Outros fatores afetam processos cerebrais específicos como a exposição fetal ao álcool, tabagismo materno, baixo peso ao nascer, os quais afetam processos

de atenção e motivação. Há também uma elevada participação da hereditariedade para esse transtorno (Dumas, 2011; Hora, Silva, Ramos, Pontes, & Nobre, 2015).

Alguns pesquisadores se opõem à ideia da existência desse transtorno, devido às discrepâncias e à falta de critério científico na definição dos sintomas. Eles argumentam que esse diagnóstico médico é realizado de forma subjetiva, uma vez que não existem testes específicos para diagnosticar a dificuldade. Por outro lado, há evidências de que se trata de uma disfunção da neurotransmissão dopaminérgica na área frontal do cérebro, regiões subcorticais e região límbica cerebral, o que foi comprovado por estudos científicos que consideraram evidências neurológicas por estudos genéticos (Couto, Melo-Junior, & Gomes, 2010; Loufti & Carvalho, 2010). Outras pesquisas sugerem que crianças com TDA/H foram expostas aos efeitos do uso abusivo de álcool pela mãe na fase pré-natal (Glass et al., 2014; Kim et al., 2014).

A influência genética no desenvolvimento da condição do TDA/H é compreendida pela junção de diferentes genes que, quando existem concomitantemente, conferem maior suscetibilidade à doença: os genes associados ao sistema dopaminérgico, sendo o gene transportador da dopamina (DAT1) e o gene receptor da dopamina (DRDA4) os mais discutidos, pois se concentram em áreas do cérebro cujas funções estão implicadas nos sintomas da doença. Quando aliados a fatores ambientais, estes genes promoveriam uma maior predisposição para o desenvolvimento do transtorno (Martins et al., 2014).

Tais alterações genéticas sustentam, portanto, não apenas a etiologia hereditária, mas também a influência do ambiente no desenvolvimento do TDA/H. Nesses termos, existem pesquisas mostrando o modo como as experiências iniciais, as trocas afetivas, “esculpem” o sistema nervoso (Cunha, 2001; França, 2012) promovendo uma teia etiológica complexa para esse transtorno e também para outros.

Uma das primeiras referências literárias de indivíduos com distúrbios de atenção, hiperatividade e impulsividade é encontrada em Shakespeare, que fez alusão a uma “doença das atenções” alegadamente adquirida pelo rei Henry VII. Em crianças a hiperatividade foi descrita pela primeira vez, em 1845, em um poema russo chamado "Fidgety Philip", escrito pelo médico Heinrich Hoffman. Nesse poema, os sintomas de Philip aumentam, alternando entre a incapacidade de ficar parado, contorcer-se e rir, e balançar para trás e para frente em sua cadeira, até a inevitável queda (Mash & Barkley, 2003; Martins et al, 2014).

Estudos populacionais sugerem que o TDA/H ocorre na maioria das culturas, em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos (APA, 2014). As taxas de prevalência são bastante variáveis, mas acredita-se que de 8 a 12% das crianças no mundo apresentam TDA/H. Os

americanos são os mais acometidos, aproximadamente 9,5%, ou seja, 5,4 milhões de crianças e adolescentes de 4 a 17 anos apresentavam TDA/H em 2007 (Polanczyk, 2008). Segundo dados da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), entre 3% e 5% das crianças brasileiras sofrem com o TDA/H; entre essas crianças, 60% a 85% permanecem com o transtorno na adolescência (Cheida & Monteiro, 2014).

A proporção da incidência entre meninos e meninas varia de 4:1 a 9:1. Não existe, todavia, nenhuma explicação científica clara de qualquer área de pesquisa para lançar luz sobre essa maior vulnerabilidade do sexo masculino. O que parece acontecer é que os meninos são encaminhados mais frequentemente para tratamento do que as meninas por desenvolverem também problemas de conduta e, assim, preocuparem mais seus cuidadores e professores (Benczik, 2010). Contudo, é possível que as meninas sejam subdiagnosticadas por apresentarem com maior frequência o TDA/H com predomínio do tipo desatento, e por terem poucos sintomas de agressividade/impulsividade e transtorno de conduta, um quadro comumente associado ao TDAH em meninos. Por essas reações, os sintomas das meninas teriam menor impacto em seu ambiente social, e elas seriam encaminhadas para tratamento com menor frequência (Rohde & Halpern, 2004).

Atualmente o diagnóstico de TDA/H é um desafio, pois várias doenças podem apresentar sinais e sintomas de alerta comuns, como Dislexia, Deficiência Intelectual ou comorbidades como Transtorno Desafiador Opositor, Transtorno de Conduta, Transtorno Bipolar e Depressão (Machado et al., 2014; Alves, Neme, & Cardia, 2015; Dias & Badin, 2015).

Existem dois principais conjuntos de critérios diagnósticos para o TDA/H de uso corrente, um baseado na Classificação Internacional de Transtornos Mentais e Comportamentais, 10ª revisão – CID-10 (OMS, 1993), e outro baseado nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – DSM 5ª edição (APA, 2014). De acordo com a CID-10, o diagnóstico desse transtorno requer níveis anormais de hiperatividade, desatenção e impulsividade durante pelo menos seis meses. O DSM 5 (APA, 2014) inclui o TDA/H no grupo de Transtornos do Neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e /ou hiperatividade-impulsividade e cita cinco critérios a serem considerados no diagnóstico do TDA/H:

- A - Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por duas listas com 9 situações cada, que envolvem a desatenção e a hiperatividade, em que os comportamentos do paciente investigado devem se enquadrar em 6 ou mais situações.
- B - Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estarem presentes antes dos 12 anos de idade.
- C - Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estarem presentes em dois ou mais ambientes (por exemplo: em casa, na escola, no trabalho, com amigos ou parentes, ou em outras atividades).

D - Existir evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E - Os sintomas não ocorrerem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não serem mais bem explicados por outro transtorno mental (APA, 2014, p. 59-60).

APA (2014) determina três subtipos de TDA/H: de apresentação combinada, quando ambos os critérios de desatenção e hiperatividade são preenchidos nos últimos seis meses; de apresentação predominantemente desatenta, quando os critérios de desatenção são preenchidos nos últimos seis meses; e de apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva, quando os critérios hiperatividade são preenchidos nos últimos seis meses. Esta última versão do DSM 5 (APA, 2014), também permite que se classifique o TDA/H em leve, moderado ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Alguns pesquisadores questionam os critérios utilizados pelo DSM 5 (APA, 2014) para o diagnóstico do TDA/H, porque os consideram demasiado abrangentes, de forma que quase todas as pessoas podem neles se enquadrar, uma vez que sinais de ansiedade e desatenção são características favorecidas pelo estilo de vida globalizado e capitalista. Portanto, a classificação do DSM 5 (APA, 2014) perpassaria por um viés cultural atual (Mariotto, 2012; Neto & Santos, 2013; Couto & Castro, 2015). Eles sustentam que o TDA/H seria o resultado de uma junção de dificuldades parentais, sociais e da esfera médica e educacional.

Em uma tentativa de promover um diagnóstico integrado, alguns cientistas sugerem outros métodos de avaliação como escalas objetivas de referência para avaliação de TDA/H, que podem ser preenchidos por professores (MTASNPIV – sigla em inglês, ou SNAP IV em português). Esse questionário foi desenvolvido com base nos critérios do DSM 4 e foi padronizado e traduzido no Brasil pelo GEDA – Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da UFRJ – e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS (Miranda, Santos Júnior, Aparecida, Pinheiro, & Stadler, 2011), exame neurológico, avaliação neuropsicológica e avaliação psicoeducacional ou pedagógica, avaliação visual e auditiva (Duarte Junior, 2012; Schicotti, Abrão, & Gouveia Júnior, 2014).

Existem vários questionários que utilizam os referidos critérios do DSM 4 e que são usados para rastreio, para avaliação da gravidade e da frequência de sintomas e para acompanhamento de tratamento, podendo ser respondidos por pais e/ou professores. Entre eles, destacam-se o *ADHD Rating Scale* (Pappas, 2006), o Questionário de Conners (Conners, 1989) e os baseados no DSM, sendo o mais conhecido e utilizado no Brasil o SNAP-IV (Miranda, et al. 2011; Christiansen et al., 2012; Gonçalves et al., 2013).

O SNAP-IV (Miranda et al., 2011) é um questionário de domínio público, a ser respondido por pais e professores, que foi precedido pelo SNAP-III e SNAP-IIIR, estes dois

últimos formulados a partir da terceira versão do DSM e de sua revisão, respectivamente; todos empregam uma escala de quatro níveis de gravidade. O SNAP-IV é muito utilizado para o diagnóstico de TDA/H, já tendo sido traduzido para diferentes idiomas, entre os quais o espanhol, o alemão, o francês e o italiano. Normas do SNAP-IV para populações escolares nos Estados Unidos já foram estabelecidas, sendo suas propriedades psicométricas consideradas sólidas (Mattos, Pinheiro, Rohde, & Pinto, 2006; Grañana et al., 2011; Alda & Serrano-Troncoso, 2012). Porém Martins et al. (2014) alertam que o diagnóstico, apesar de ter critérios bem estabelecidos, ainda é questionado, porque pode ser influenciado por pessoas ao redor da criança (pais, professores) e pelo próprio examinador.

Historicamente, o TDA/H sempre foi diagnosticado com mais frequência nos Estados Unidos, no Canadá e na Austrália do que na Europa. Isso ocorre, provavelmente, não porque sua prevalência seja mais elevada em alguns continentes, mas porque as perspectivas teóricas e as práticas diagnósticas não são as mesmas. Em geral, os norte-americanos consideram o TDA/H como um transtorno de desenvolvimento, enquanto os europeus o consideram mais como uma manifestação de dificuldades comportamentais. Contudo, pesquisas epidemiológicas recentes mostram que essas diferenças de prevalência diminuíram, pois a atual utilização do DSM contribui para uma harmonização das práticas diagnósticas, tanto na pesquisa, quanto no âmbito clínico (Dumas, 2011).

Os sintomas de TDA/H são geralmente notados em situações em que a criança está em sua própria casa, na escola, ou em ambientes que lhe são comuns. Normalmente o distúrbio só é, porém, reconhecido quando a criança ingressa na escola, pois é o período no qual as dificuldades de atenção e inquietude são percebidas com maior frequência, em comparação com crianças de mesma idade e em mesmo ambiente (Poeta & Rosa, 2004).

Moura (2012), ao avaliar a percepção dos professores sobre o TDA/H, concluiu que eles sabem sobre a existência do transtorno e das características que melhor descrevem as crianças que o apresentam; porém, não sabem diferenciar o comportamento hiperativo e/ou desatento de outros hábitos e condutas excessivas em crianças sem o diagnóstico de TDA/H. Moura também discutiu questões relacionadas à prática pedagógica, uma vez que essas crianças acabam sendo prejudicadas no processo de ensino e aprendizagem, por serem apontadas pelos demais como incapazes para aprender e seguir o ritmo da turma, recebendo rótulos que conduzem a sentimentos de culpa e inferioridade, além de baixa autoestima, de desinteresse pelos estudos e de ansiedade.

O tratamento do TDA/H requer uma abordagem ampla e multidisciplinar. Os enfoques terapêuticos mais utilizados incluem educação sobre o transtorno para todos os que têm

contato com a criança, como família e professores, uso de fármacos para a criança e intervenções psicoterápicas com a criança e com a família. O tratamento deve ser oferecido de forma contínua, considerando e abrangendo os diferentes contextos e pessoas com quem essas crianças convivem. O uso de fármacos é prescrito na maioria dos casos; trata-se de medicamentos de primeira linha para tratamento do TDA/H em crianças em idade escolar, adolescentes e adultos (Desidério & Miyazaki, 2007; Mattos, Rohde, & Polanczyk, 2012).

Para o cuidado terapêutico medicamentoso do TDA/H, a principal substância utilizada no Brasil e no mundo é o metilfenidato, que é um estimulante comercializado desde os anos 50 na Suíça (onde foi sintetizado), na Alemanha e nos Estados Unidos. Todavia, foi somente a partir de sua associação com o TDA/H que suas vendas aumentaram, tornando-se o estimulante mais consumido no mundo. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) divulgou o boletim de farmacoepidemiologia do uso de metilfenidato (comercializado com os nomes de Concerta, Ritalina e Ritalina LA): os dados indicam que as estimativas de prevalência de TDA/H no Brasil foram bastante discordantes, com valores entre 0,9% a 26,8% na população geral (Polanczyk, 2008). No tratamento do TDA/H procura-se adaptar a administração do medicamento aos períodos de maiores dificuldades escolares, comportamentais ou sociais para o paciente (Moreira et al., 2014).

No Brasil sua comercialização iniciou nos anos 1990. A produção brasileira passou de 40 kg em 2002 para 226 kg em 2006. Além disso, em 2006, o Brasil importou 91 kg do estimulante. O aumento recente nas vendas desses fármacos no Brasil atraiu a atenção da comunidade para a possibilidade de tratamento excessivo (Itaborahy & Ortega, 2013).

O boletim que avaliou o uso do metilfenidato entre os anos de 2009 a 2011 no Brasil, indicando que dois milhões de caixas foram prescritas em 2011, com aumento de quase 30% no período. Esses dados revelam que houve ampliação no consumo do fármaco, com um comportamento de uso variável, com destaque para a redução do consumo nos meses de férias e aumento no segundo semestre (ANVISA, 2012).

Pastorello, Rodrigues, Oliveira e Mozzer (2016) e Carvalho Filho e Santos (2016) atribuem o aumento do diagnóstico de TDA/H no Brasil à influência da mídia, que explica o transtorno de forma simplista e pode influenciar o diagnóstico inadequado; à busca do diagnóstico como explicação para o comportamento infantil; aos diagnósticos pouco criteriosos; e à maior valorização da farmacoterapia. Por um lado, a alta no uso do medicamento reflete maior conhecimento da doença e aumento de diagnósticos; por outro lado, levanta o alerta de uso indevido da substância, inclusive por pessoas saudáveis que

buscam aumentar o rendimento em atividades intelectuais, como no caso de universitários que fazem o uso para melhorar seu rendimento nas provas.

O Conselho Federal de Psicologia emitiu em fevereiro de 2015 uma nota, anexada ao fichário Legislação, Resoluções e Recomendações para a prática profissional, alertando para a necessidade de cuidado no uso do metilfenidato, em defesa da Portaria 986/14 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que instituiu o Protocolo de uso do Metilfenidato (CFP, 2015). Reconhecendo as controvérsias quanto ao diagnóstico e enfoques terapêuticos do TDA/H e da Dislexia, a Portaria estabelece critérios para a prescrição do Metilfenidato, que se dará a partir de uma avaliação multiprofissional que considere aspectos físicos e psicossociais dos usuários, bem como os impactos do medicamento em sua vida. A ementa problematiza a falta de consenso sobre a temática e o risco de entender diferentes fenômenos a partir do binômio saúde-doença.

1.1.1 TDA/H e Família

Para esta seção foram pesquisadas produções científicas encontradas nas bases de dados Scielo, MedLine e Psycinfo, cujas datas de publicação variam entre 1971 e junho de 2015, com os descritores: família e TDA/H em três idiomas (inglês, espanhol e português). Foram encontradas cerca de 960 produções. Devido à grande quantidade, foram selecionados os artigos mais recentes, a partir do ano de 2010, que somaram cerca de 190. Entre eles 28 artigos apresentaram características condizentes com os objetivos desta pesquisa sobre o TDA/H e família, ou seja, traziam em seus resumos conteúdos referentes a alguma relação/associação entre o transtorno (tanto em crianças quanto em jovens) e os relacionamentos familiares. Os demais artigos foram excluídos por associarem o TDA/H a comorbidades e síndromes, estudos envolvendo medicamentos para o seu tratamento, TDA/H em adultos, validação de escalas e/ou por serem repetidos.

Na literatura que examina as relações entre variáveis ligadas ao comportamento parental e o TDA/H, é possível identificar duas tendências distintas. A primeira delas pressupõe que o comportamento parental contribui para acentuar a apresentação e continuidade dos sintomas do transtorno (Carlson, Jacobvitz, & Sroufe, 1995; Patterson, DeGarmo, & Knutson, 2000), enquanto a segunda tendência compreende que o comportamento parental estaria associado apenas ao surgimento das comorbidades associadas ao TDAH como o Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) e o Transtorno da Conduta (TC),

prevalecendo o componente biológico e genético no TDA/H (Whalen & Henker, 1999; Barkley, 2002).

Embora haja predomínio de resultados que sugerem a existência de dificuldades maiores nos relacionamentos familiares dessas crianças, principalmente naquelas famílias que também apresentam comorbidades com transtornos disruptivos, nem todos os estudos apresentam concordância quanto a esse aspecto (Guilherme, Mattos, Serra-Pinheiro, & Regalla, 2010).

Pires, Silva e Assis (2012) constataram que o coeficiente intelectual das crianças diagnosticadas com TDA/H é baixo, seguindo uma tendência mundial. Eles afirmam ainda que a forma como a interação familiar acontece e a presença de agressão verbal, em especial por parte da mãe sobre a criança, manifestada por xingamentos, irritação e destruição de objetos, são aspectos fundamentais para a ocorrência de TDA/H, associando-se aos sintomas do transtorno. Os autores reiteram a importância da base genética e ambiental na origem do transtorno. Nessa direção, Schroeder e Kelley (2009) mostraram, em sua pesquisa, que crianças com TDA/H tinham o ambiente familiar menos organizado e com mais conflitos do que o grupo controle. Novamente aqui, a ênfase é no ambiente como promotor, mantenedor ou desencadeador do quadro.

Por outro lado, Silva e Alvarenga (2013), ao avaliarem as práticas educativas maternas e os comportamentos infantis em crianças diagnosticadas com TDA/H, concluíram não haver evidências sobre o impacto dessas práticas educativas parentais no surgimento e manutenção desse transtorno. Eles sustentam, assim, a hipótese de que o comportamento parental contribui para o surgimento de comorbidades, mas não tem um papel determinante para o aparecimento ou exacerbação dos sintomas do TDA/H. Maia e Michalick-Triginelli (2012) investigaram a relação entre Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, dinâmica familiar e dissonância, e não encontraram diferenças estatisticamente significantes, quanto às práticas parentais, entre os grupos de famílias com crianças com e sem TDA/H.

Lien, Soong, Jeng, Huang e Chen (2015), em um estudo com mais de três mil crianças com TDA/H em Taiwan, também não encontraram preditores familiares que influenciassem no surgimento do TDA/H, mas verificaram melhores respostas ao tratamento nos casos em que a família das crianças também recebeu apoio psicossocial. Em contrapartida, Gau e Chang (2013) observaram uma relação entre prejuízos no relacionamento mãe-bebê e o aparecimento do TDA/H, especialmente quando a mãe apresentava sintomas neuróticos depressivos. Essa conclusão vai ao encontro da de Cartwright et al. (2011), que apontou para uma dificuldade na expressão emocional das mães dessas crianças.

Harvey, Metcalfe, Herbert e Fanton (2011) encontraram uma associação entre depressão dos pais durante os anos pré-escolares da criança e a manifestação do TDA/H, confirmando os achados de Takeda, Ambrosini, de Berardinis e Elia (2012), que vinculam a psicopatologia parental ao aumento no risco de surgimento de TDA/H nas crianças.

As interações entre pais e filhos em famílias em que pelo menos uma das crianças é portadora do TDA/H se caracterizam por mais conflitos, coerção e estresse; todavia, a disciplina também pode ser mais frouxa, diferente daquela observada em famílias comuns (Benczik & Casella, 2015). No entanto, grande parte dos conflitos familiares parece originar-se do TDA/H das crianças e de seu impacto sobre o funcionamento da família, em vez de constituir seu agente etiológico. Mesmo assim, Benczik (2010) afirma que o comportamento dos pais, as suas características e seu padrão ocupacional podem também estar relacionados com essas interações problemáticas, além de contribuírem para sua ocorrência.

O não controle e a não habilidade para lidar com os conflitos, separações conjugais, mortes de familiares e insatisfações encontrados na vida familiar de uma criança com TDA/H podem gerar problemas futuros à família e, principalmente, ao desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes. Construir um ambiente familiar com comunicação positiva poderia, assim, minimizar as reações de estresse que repercutem nos padrões de comportamento disfuncionais, já que estes podem trazer como consequência comportamentos reativos que levam as famílias a cometerem maus tratos à criança, além de promoverem a violência entre os membros familiares, o uso de drogas, entre outros problemas (Belli, 2008; Belli, Muszkat, & Cracasso, 2015).

Não é possível estimar completamente as características do transtorno em termos de suas causas, danos, evolução, resultados e prognóstico sem considerar tal ambiente social que é o núcleo familiar e a interação de uma criança com ele. Para entender quem é que o desenvolve, quem tenderá a continuar a apresentar o transtorno ao longo do tempo, qual criança apresentará problemas adicionais, qual terá sucesso a despeito de seus problemas e, quais indivíduos se sairão mal na vida adulta, é necessário fazer referência a esse sistema social que é a família (Barkley, 2002).

1.1.2 TDA/H e Psicanálise ²

² Nesta versão on-line este item não está disponível. A dissertação na íntegra pode ser visualizada na forma impressa.

1.2 A família e o desenvolvimento emocional infantil: contribuições da Psicanálise

O termo família, além de descrever um conjunto de pessoas, constitui uma construção social, organizada culturalmente por normas, valores e representações, transmitidas pelos pais aos filhos, com o intuito de incutir neles determinadas orientações para a vida social, inclusive no plano afetivo, como doação, afeto e confiança. Ela constitui também uma instituição, uma vez que é uma categoria reconhecida no plano do senso comum que prescreve, além de descrever, o que é ou como deve ser uma família (Bourdieu, 1993).

A forma de organização da família é um elemento relevante no modo como ela conduz o processo de socialização das crianças e dos mais jovens, transmitindo-lhes valores, normas e modelos e orientando-os no sentido de tornarem-se sujeitos de direitos e deveres no universo da casa e da sociedade (Romanelli & Carvalho, 2003). Soifer (1982) define a família como uma estrutura integrada por pessoas com diferentes papéis, que interagem umas com as outras e com a cultura e sociedade.

No processo de constituição de uma família, a pré-história da criança trata da história do homem, da mulher e do casal que eles formam, desde o seu encontro até o projeto comum ou não de gravidez (Szejer, 2002). Assim, a história da criança se inicia na história individual de cada um dos pais, em que o desejo de ter um filho reatualiza as fantasias de sua infância e do tipo de cuidado parental que puderam ter.

Winnicott (1965/2011) sustenta que a existência da família e a preservação de uma atmosfera familiar resultam do relacionamento entre os pais no quadro do contexto social em que vivem, sofrendo, portanto, influência da família extensa, da sociedade e da cultura. O relacionamento dos pais com cada filho é único, e não só os filhos necessitam dos pais, mas também os pais precisam das crianças para desenvolver seu relacionamento; assim, a criança que se desenvolve bem contribui para a situação familiar, e os estímulos positivos gerados pelos filhos são significativos.

Winnicott (1965/2011) não vê a família a partir de um ideal de perfeição e diz que um casal que constitui família tipicamente no amor romântico precisa saber que nem sempre essa é a melhor base para a construção de um lar, uma vez que: “As crianças requerem dos pais algo além do amor; requerem algo que continue vivo mesmo quando os filhos são odiados, ou fazem por sê-lo.” (p. 64).

Se, por um lado, a criança que se desenvolve bem contribui para a unidade familiar, por outro lado, a que tem um desenvolvimento insuficiente colabora para os fatores de desintegração familiar; por exemplo, a criança que manifesta uma doença física ou emocional

e a criança com tendências antissociais colaboram para que apareçam problemas e desentendimentos na vida familiar (Winnicott, 1965/2011; Winnicott, 1988/1990).

Freud (1917/1976), ao definir a etiologia das neuroses, ressalta a importância que nela ocupam as experiências infantis, pois elas acontecem em uma época em que o desenvolvimento da pessoa está incompleto e, por isso, suscetível a efeitos traumáticos. As causas da neurose estariam, então, relacionadas em uma série, denominada por ele, como “série complementar”, na qual a constituição sexual e a experiência, ou seja, a fixação da libido e a frustração interagiriam dispostas em maior ou menor grau. Os cuidados recebidos do ambiente no início do desenvolvimento, oferecidos essencialmente pela família, seriam, assim, de grande relevância para a saúde mental da criança (Barbieri & Pavelqueires, 2012).

A importância do relacionamento mãe-bebê no início da vida, como facilitador de um bom desenvolvimento emocional, também é ressaltada por Melanie Klein; para ela, a relação de objeto da criança se dá inicialmente por um objeto parcial: o seio da mãe. É através do mecanismo primordial da introjeção do objeto que se estabelece a relação sujeito-objeto. É a introjeção que possibilitará a projeção deste mesmo objeto devido às fantasias de destruição e aniquilamento sentidas pelo sujeito (Carvalho & Ramires, 2013).

Winnicott (1986/2005) afirma que todo indivíduo possui uma tendência inata para o desenvolvimento, entretanto o ambiente externo é de suma importância para que isso aconteça, pois ele representa os cuidados que os pais dispõem para o seu filho e deve ser um facilitador do desenvolvimento emocional do indivíduo (Barbieri & Pavelqueires, 2012).

Nesse sentido, na teoria winnicottiana, a relação do bebê com a mãe é primordial, pois um bebê não pode existir sozinho: ele é parte de uma relação, primeiramente com a mãe e após com o pai e outras pessoas próximas. Assim, a família possui um papel primordial para que ocorra o desenvolvimento e o amadurecimento individual: “Quando uma família permanece íntegra e tem de si algo em desenvolvimento, durante certo tempo, cada criança extrai benefícios daí: pode ver-se na atitude de cada um dos membros ou na atitude da família como um todo” (Winnicott, 1971/1975, p. 161). Nesse contexto, a sintomatologia da criança pode refletir a “doença” dos pais, da situação social, ou uma falha eventual do ambiente que não foi reparada, necessitando de atenção (Winnicott, 1984/1987). Inversamente, o bom desenvolvimento da criança revela a existência de um ambiente bom; nesses termos, de acordo com a psicanálise winnicottiana, a saúde seria:

A maturidade no tempo certo. É a realização da tendência ao desenvolvimento, pode-se dizer que a saúde significa uma maturidade relativa à idade do indivíduo e tem relação com a provisão ambiental. A doença é a interrupção do processo de amadurecimento individual e se refere

ao momento do desenvolvimento em que o distúrbio teve origem (Avellar, 2011, p. 70).

1.3 A teoria winnicottiana do amadurecimento emocional infantil

Para contextualizarmos a obra de Winnicott, é importante citarmos brevemente alguns marcos históricos na Psicanálise da criança. O estudo da infância esteve presente na obra freudiana, ainda que ele não se tenha dedicado a analisar crianças. Freud ouvia a criança construída pelo adulto, que, ao falar de si, falava da criança que foi (Freud, 1901/1970). No início do século XX, Freud apresenta suas conjecturas sobre a sexualidade infantil no texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, com a hipótese de que na sexualidade da criança estão as forças motivadoras dos sintomas neuróticos do adulto, o que constituía uma inovação na época. Poucos anos depois, surge o caso do “Pequeno Hans”, um menino que tinha fobia de cavalos. O caso de Hans é um marco histórico, porque possibilitou pensar a viabilidade de aplicar a psicanálise a crianças, ainda que a técnica utilizada fosse diferente. Após Freud, em meados de 1920, duas psicanalistas se destacaram: Anna Freud, filha de Freud, e a austríaca Melanie Klein, que mantiveram um diálogo de oposição (Avellar, 2011). A obra de Klein produziu um maior impacto na psicanálise, por introduzir conceitos de relações objetais e identificação projetiva e por apoiar sua técnica no valor simbólico do jogo. Na década de 60, as psicanalistas francesas Françoise Dolto e Maud Mannoni ofereceram contribuições importantes para a Psicanálise da criança. Dolto propôs uma mudança no que vinha sendo feito e sustentou que o sintoma da criança era um sintoma da estrutura familiar. Paralelamente a elas, as obras de Winnicott começaram a influenciar o conhecimento psicanalítico (Abram, 2000; Avellar, 2011).

Donald Woods Winnicott formou-se primeiro em Medicina e mais tarde realizou uma formação em Psicanálise. Ao longo de mais de quarenta anos, atendeu cerca de 60.000 bebês, crianças, pais, casais e avós. Sua observação e sua atuação clínica possibilitaram a construção de uma obra que é muito propícia para pensar o cotidiano da clínica com crianças ou adultos (Avellar, 2011).

Entre os anos de 1931 e 1970, Winnicott escreveu mais de 600 trabalhos. Alguns foram estudos teóricos e escritos para seus colegas psicanalistas, mas outros se referiam a debates e apresentações endereçadas a um amplo espectro de grupos e organizações. Cada trabalho era uma explanação dos diversos temas que ocupavam sua obra. A contribuição fundamental de Winnicott para o pensamento psicanalítico pode ser resumida em três áreas principais: relação mãe-bebê, criatividade primária e fenômenos transicionais. Atravessando

todos estes conceitos, encontramos o valor atribuído ao *Self* (Abram, 2000). Winnicott formou-se na tradição teórica kleiniana. Ele e Melanie Klein eram amigos, mas, à medida que sua própria experiência clínica crescia em consistência e ganhava impulso, começou a apresentar divergências teóricas e técnicas com ela (Winnicott, 1958/2000). Sua teoria é profundamente enraizada na prática clínica. Winnicott se diferenciou dos outros psicanalistas por valorizar as experiências emocionais no desenvolvimento das pessoas e a experiência no ambiente.

1.3.1 A mãe

Para Winnicott (1988/1990), as necessidades do bebê podem ser supridas por quem assuma a função materna, não necessariamente a própria mãe. No entanto, a mãe estaria em condições propícias para fazer isso, uma vez que, a princípio, ela é quem acompanha o desenvolvimento do filho com mais proximidade.

A mãe é o primeiro ambiente do bebê, em termos tanto biológicos quanto psicológicos. A maneira como a mãe se comporta e se sente em relação a seu filho exerce uma grande influência sobre a saúde do filho durante toda a sua vida, especialmente durante a gravidez e logo após o nascimento. Por isso, a relação mãe-bebê está sempre presente na teoria winnicottiana (Abram, 2000).

Winnicott (1958/2000) desenvolveu o conceito de “*preocupação materna primária*”, para nomear o estado psicológico que atua sobre as mulheres cuja duração se estende entre algum momento antes do parto e algumas semanas após o nascimento do bebê. Em um primeiro momento, a mãe parece padecer de um estado esquizoide ou regressivo, porém isso é temporário. A mãe desloca o foco de sua atenção de todos os seus interesses anteriores voltando-se exclusivamente para o bebê. Esse estado permite que a mãe se torne apta a fornecer um ambiente próprio para o desenvolvimento emocional do seu filho. A partir desse estado aguçado de sensibilidade, a mãe torna-se capaz de identificar-se ativamente com as necessidades do bebê a ponto de, por exemplo, apresentar o seio no momento em que o bebê se encontra faminto, fornecendo a ele a oportunidade para que se sinta o criador daquilo que “*já estava lá*”. O conjunto de cuidados necessários ao desenvolvimento da criança oferecidos pela mãe em seu estado de preocupação materna primária pode, portanto, ser compreendido como o fundamento da futura capacidade de confiar (Klautau & Salem, 2009).

Winnicott (1958/2000) nomeou a mãe que consegue exercer suas funções de forma satisfatória como “*mãe suficientemente boa*”. Esta seria capaz de fazer uma adaptação

produtiva às necessidades do bebê, vivendo temporariamente no mundo dele, reconhecendo suas particularidades, ela segura-o, manipula-o e apresenta-lhe o mundo em pequenas doses, possibilitando-lhe experimentar um sentimento de continuidade (Avellar, 2011). O sucesso em exercer essa função materna estaria mais relacionado à entrega afetuosa da mãe ou da pessoa que cuida do que à inteligência ou conhecimento de como cuidar de um bebê. A mãe suficientemente boa, no início da vida do bebê, oferece a ele uma devoção similar a uma adaptação total às suas necessidades, produzindo uma sensação de onipotência no bebê, fazendo com que ele acredite que o seio que o alimenta foi criado por ele: a isso Winnicott chama de ilusão. Posteriormente, a tarefa da mãe será de desiludir o bebê, uma vez que a mãe necessita voltar para suas outras atribuições; nessas condições, o bebê vai desenvolvendo recursos para não depender totalmente da mãe. Só é possível desiludir se o processo de iludir tiver sido completado. Esse processo de ilusão-desilusão favorece a percepção de si como um ser criador e, posteriormente, a diferenciação entre o eu e o não eu (Winnicott, 1958/2000).

Considerando a importância do ambiente no desenvolvimento emocional, Winnicott (1979/2007) propôs três estágios que levam ao amadurecimento da criança: o estágio de dependência absoluta, o estágio de dependência relativa e o rumo à independência. Ele explica que essa divisão por estágios é uma forma didática de pensar o desenvolvimento e que um indivíduo pode viver essas experiências simultaneamente, sempre rumo à independência.

No estágio de dependência absoluta, a satisfação das necessidades do bebê por parte de uma mãe devotada gera a ilusão necessária a um desenvolvimento saudável. Nesse primeiro estágio, quando a mãe oferece segurança, ela ajuda o bebê a livrar-se do inesperado, de um “sem-número de intrusões indesejáveis” e de um mundo que ainda não é conhecido ou compreendido; ela ainda protege a criança de seus próprios impulsos e dos efeitos que estes possam produzir (Winnicott, 1965/2011).

O que segue é que cada homem e mulher sadio, cada homem e mulher que possui o sentimento de ser uma pessoa no mundo, e para quem o mundo significa algo, cada pessoa que é feliz, tem uma dívida infinita para com uma mulher. Quando era bebê essa pessoa não sabia nada a respeito da dependência, mas era absolutamente dependente (“Mother’s contribution to Society”, p. 25, citado por Abram, 2000).

A mãe que não é suficientemente boa não consegue instrumentalizar a onipotência do bebê e fracassa em reconhecer seus gestos; ela o submete aos seus próprios gestos. Essa mãe leva em conta suas necessidades, e não as do filho, como no caso das mães psicóticas, ou das mães atormentadoras que manipulam e se impõem à criança (Dias, 2003). Nesse contexto, a criança sente que deve submeter-se ao ambiente, dando origem ao desenvolvimento do falso

Self, como forma de proteção. O verdadeiro *Self* pode não se tornar uma realidade viva, a não ser como o resultado do repetido êxito da mãe em reconhecer o gesto espontâneo do bebê (Abram, 2000). Os conceitos de verdadeiro e falso *Self* serão retomados ao longo desta introdução.

Winnicott divide as funções maternas em três campos distintos: o *holding*, o *handling* e Apresentação de objetos. O *holding* é um aspecto do cuidado materno que necessita ser consistente. Ser consistente de um modo que implique a empatia materna, e não apenas a provisão ambiental. Esse conceito inclui especialmente o suporte físico e emocional do lactente, como uma forma de amar:

Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente - tato, temperatura, sensibilidade auditiva e visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo.

Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite, e não é o mesmo que com dois lactentes, porque é parte do lactente, e dois lactentes nunca são iguais. Segue também as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico quanto psicológico (Winnicott, 1979/2007, p. 48).

Essa provisão ambiental contribui para a continuação da vida e da saúde física, que, para o bebê, provê um apoio ao ego gradativo, mas vitalmente essencial (Winnicott, 1958/2000). Com o cuidado que recebe de sua mãe, cada bebê é capaz de ter uma experiência pessoal, e, assim, começa a construir o que pode ser chamado de continuidade do ser (Winnicott, 1986/2005). O *holding* bem sucedido colabora para a capacidade do bebê de estabelecer uma separação entre o Eu-Não Eu, e, com isso, integrar a si mesmo, podendo ver-se e à mãe, ou seja, duas pessoas inteiras (Abram, 2000). A integração da personalidade não é linear, nem conquistada de maneira abrupta. Ela avança e retrocede e, mesmo quando alcançada em alto grau, pode ser perdida devido a uma situação ambiental adversa (Winnicott, 1958/2000).

Se o cuidado materno não é suficientemente bom, se falha demasiadamente, então o bebê pode não vir a existir, uma vez que não há a continuidade do ser; em vez disso, a personalidade começa a se construir baseada em reações a irritações do meio (Winnicott, 1986/2005).

O *handling* está relacionado ao cuidado físico, a forma como a mãe toca o bebê enquanto este é cuidado. O toque materno inaugura uma “psique que habita o soma” e tem relação com a possibilidade da pessoa que cuida do bebê ajudá-lo a formar uma unidade psicossomática. Isso significa que o bebê passa a sentir, como uma consequência do toque

cuidadoso, que seu corpo se constitui nele mesmo, enquanto o *Self* se centra no interior de seu próprio corpo. Winnicott emprega para essa percepção de si a palavra “personalização”, opondo-se à “despersonalização”, que seria uma condição em que o indivíduo experimenta a cisão mente-corpo (Abram, 2000).

No final do estágio da dependência absoluta, a mãe suficientemente boa começa a cometer pequenas falhas de adaptação, mas de forma que o bebê possa suportá-las (por exemplo, demorando um pouco mais de tempo do que normalmente o faria para amamentá-lo) e frustrando-o aos poucos. A partir dessas experiências se inicia o estágio de dependência relativa. Nesse momento, o bebê já começa a suportar a ausência da mãe que, por meio dessas falhas, vai lhe apresentando a realidade em pequenas doses (Winnicott, 1958/2000).

Ao realizar essa função, a mãe permite que o bebê perceba que ele é uma pessoa diferente dela, e que o ambiente não está sob o seu controle. A apresentação da realidade e as falhas maternas devem ocorrer de forma coerente com as condições do bebê para suportá-las, pois de outra maneira elas podem interromper o seu sentido de continuidade de existência e prejudicá-lo (Winnicott, 1979/2007).

A fase da dependência relativa ancora-se no processo de desilusão (em que a criança se capacita a entender que existe algo que não faz parte dela) e relaciona-se ao início dos processos mentais. Ela é também denominada estágio da transicionalidade e dos fenômenos transicionais, estágio do “eu sou”, conquista do “eu” integrado e estágio do concernimento. As psicopatologias relativas a essa fase estão relacionadas à instabilidade do ambiente, inclusive no que tange à sua sobrevivência; elas constituem a base das “doenças das pulsões agressivas”, a saber: tendência antissocial, depressão e mania (Dias, 2003).

Winnicott desenvolveu a ideia da existência de um espaço transicional, intermediário, que, por suas características, poderia ser definido como um espaço entre o dentro e o fora. Esse entre-lugares é um espaço potencial para a criação, que o sujeito pode utilizar de modo criativo. O viver criativamente, de forma saudável, estaria relacionado com essa capacidade de poder transitar entre-lugares. “Os fenômenos transicionais representam os primeiros estágios do uso da ilusão, sem a qual não há para o ser humano sentido algum na ideia de um relacionamento com um objeto percebido pelos outros como externo a ele” (Winnicott, 1958/2000, p.327).

Para o bebê, essa área é necessária para promover o início de um relacionamento entre a criança e o mundo. Essa área intermediária está em continuidade direta com a área do brincar. Posteriormente, o objeto representa a transição do bebê de um estado de fusão com a

mãe para um estado de relação com ela, algo externo, que abre caminho para o processo de simbolização (Winnicott, 1971/1975).

O objeto transicional vem representar o seio e a própria mãe ou o objeto do primeiro relacionamento. Desse modo, nas ausências maternas, quando a criança necessita de algo que represente a mãe sentida como boa, ela pode utilizar-se de vários objetos, desde mantas, roupas, animais de pelúcia, travesseiro, uma canção, um cheiro específico, até uma lembrança etc. A mãe precisa aprender a tolerar este objeto, pois ele representa ela própria, atuando como substituto dela nos momentos de necessidade (Outeiral & Moura, 2002).

Geralmente o objeto escolhido pela criança é facilmente identificado; em alguns casos, pode estar na própria mãe, mas isso não significa que não tenha existido. O objeto transicional, em geral, vai perdendo sua importância e caindo no esquecimento, à medida que outros interesses culturais vão surgindo na vida da criança. O espaço transicional vai então se ampliando ao longo do desenvolvimento do ser humano, e, entre outras coisas, abrangendo o brincar, a criação e a apreciação da arte, o sentimento religioso, o sonho, o fetiche, a mentira, o roubo, a origem e a perda dos sentimentos de afeição, a adição e o talismã do ritual obsessivo (Winnicott, 1958/2000).

Além do uso do objeto transicional, para lidar com as “falhas” maternas percebidas nesse estágio, o bebê também se vale de outros recursos baseados nas conquistas do desenvolvimento:

Sua experiência, repetida com frequência, de que a frustração tem um limite de tempo. No início, naturalmente, esse limite deve ser curto.
Uma crescente sensação de que existe um processo.
O início da atividade mental.
O uso de satisfações auto-eróticas.
A memória, a revivescência, o devaneio, o sonho; a integração entre passado, presente e futuro (Winnicott, 1958/2000, p. 236).

A partir do momento em que o bebê já se torna mais seguro em termos da sua capacidade de integração, de sua existência separada da mãe, e aprofunda o conhecimento da realidade exterior, inicia-se o estágio de rumo à independência. Nesse momento o bebê desenvolve meios para não necessitar avidamente do cuidado maternal. Isso é conseguido por meio da acumulação de memórias de maternagem e da introjeção dos detalhes do cuidado maternal, que proporcionaram o desenvolvimento da confiança no ambiente. Esta etapa associa-se a conceitos desenvolvidos na teoria freudiana como o estágio edípico e período de latência, adolescência, início da idade adulta, adultez, velhice e morte (Winnicott, 1979/2007).

Winnicott (1971/1975) entende que a aceitação da realidade nunca é completada, que nenhum ser humano está livre de misturar a realidade interna e externa a ele, mas que essa tensão pode ser aliviada na área intermediária de experiência, no espaço transicional.

Apesar de a teoria winnicottiana ter enfatizado a importância da função materna no desenvolvimento emocional infantil, isso não significa que o papel do pai tenha sido negligenciado. Nesse sentido, apesar de ter considerado que é a mãe a principal figura que provê física e emocionalmente o filho em sua fase inicial de dependência, para que ela consiga desempenhar seu papel satisfatoriamente e se mostrar suficientemente boa, precisa-se sentir segura e amada dentro de seu ambiente (Barbieri & Pavelqueires, 2012).

Caberia, então, ao pai do bebê garantir tal segurança e permitir a identificação inicial da mãe com o bebê, ou seja, o pai oferecendo *holding* à dupla (Winnicott, 1971/1975; Winnicott, 1965/2011). Posteriormente, no período de dependência relativa, o pai inicia sua entrada na vida da criança como uma unidade, um todo. Dessa maneira, ele contribui para os processos de integração do ego do bebê. No terceiro estágio rumo à independência, quando o bebê se torna “uma pessoa total”, o pai passa a ser parte da vida da criança, que consegue perceber a existência de três pessoas diferentes no seu nicho familiar e adquirir a capacidade para um relacionamento triangular (Winnicott, 1971/1975).

O desenvolvimento emocional do indivíduo é, portanto, um movimento contínuo, implicando em um continuar a ser, em que a expressão espontânea e criativa no mundo é permitida, quando ele ocorre sem falhas abruptas e invasivas por meio da ação do ambiente confiável capaz de oferecer *holding* e de promover a expressão do verdadeiro *Self*.

1.3.2 O desenvolvimento do *Self* infantil

A teoria winnicottiana do amadurecimento emocional parte do princípio de que os cuidados constantes no início da vida oferecem as bases para o desenvolvimento do *Self* (Winnicott, 1958/2000). Winnicott (1986/2005) atribui ao *Self* a responsabilidade pela criatividade primária e pelo gesto espontâneo do indivíduo.

O *Self* central pode ser considerado como o potencial herdado que está experimentando a continuidade da existência, e adquirindo, à sua maneira e em seu passo, uma realidade psíquica pessoal. Para isso, no entanto o potencial herdado deve estar inserido em um ambiente facilitador e constante. É o *Self* que dá sentido para a ação e para o viver, desde a dependência até a autonomia e a capacidade de se identificar com objetos amorosos, sem perder sua identidade individual (Safra, 2005).

O conceito de *Self* tem grande importância nos estudos de Winnicott (1979/2007). De acordo com Abram (2000), a teoria winnicottiana é altamente dinâmica e, com isso, grande parte dos conceitos utilizados por este autor se modificou ao longo de sua obra. Isso parece ter ocorrido com o significado de “Ego” e *Self*. Segundo Dias (2003), tais conceitos foram utilizados como sinônimos na obra de Winnicott até 1962. A partir desta data, as diferenças entre eles foram demarcadas mais claramente. Assim, na teoria winnicottiana, o “Ego” não se refere a uma instância psíquica, mas sim a uma esfera da personalidade que, quando encontra um ambiente suficientemente bom, tende à integração. Ele é capaz de reger as defesas do indivíduo e de fazer emergir um padrão pessoal que possibilita a emergência de um “si mesmo” (*Self*), inexistente antes da integração. O *Self* representa a unicidade do indivíduo que é alcançada no estágio “Eu sou”, bem como em momentos que remetem à integração, mesmo que momentânea.

Safra (2005) diferencia *Self*, Eu e Ego, ele escreve:

Compreendo *Self* como uma organização dinâmica que possibilita a um indivíduo ser uma pessoa e ser ele mesmo. Trata-se de uma organização que acontece dentro do processo maturacional com facilitação de um meio ambiente humano. A cada etapa desse processo há uma integração cada vez mais ampla decorrente das novas experiências de vida. O “Eu” seria, para mim, um campo representacional que possibilita ao indivíduo uma identidade nas dimensões espaço e do tempo. É importante ressaltar que nem o *Self* e nem o Eu confundem-se com o Ego, que é uma das instâncias intrapsíquicas de caráter funcional, articulador das demandas do id, do superego e da realidade (p.39).

A manifestação do *Self* somente é possível em estágios mais avançados do amadurecimento, sendo que no início o que existe é um *Self* em potencial. Para que o *Self* potencial torne-se total, central, é necessário que a criança esteja inserida em um ambiente facilitador de seu desenvolvimento, capaz de possibilitar que ela adquira um sentido de continuidade. Para tanto, é fundamental a existência de uma mãe suficientemente boa, que atenda às necessidades da criança, favorecendo a existência pessoal e singular dela (Winnicott, 1986/2005). A partir do apoio recebido da mãe que se adaptou às necessidades do bebê, ele passa a estabelecer um vínculo entre o corpo e suas funções, sendo a pele a membrana limitadora, no qual o bebê se sente pertencente ao seu próprio corpo (Abram, 2000). Assim, o bebê passa a sentir que seu corpo constitui-se nele mesmo, tornando o *Self* centrado no interior de seu próprio corpo (Mishima, 2007).

À medida que a criança cresce, o conteúdo de sua vida pessoal não fica só restrito a ela. O *Self* fica cada vez mais moldado pela influência do ambiente. Por exemplo, um bebê que adota um objeto quase como parte do *Self* não poderia tê-lo adotado se este não estivesse por perto para ser conhecido. Do mesmo modo, todas as introjeções vêm de fora. O *Self* em

termos de aceitação emocional, em seu núcleo, é sempre pessoal, isolado (Winnicott, 1979/2007).

A realidade psíquica interna do lactente e da criança rapidamente se torna um mundo pessoal em crescimento, que é situado pela criança tanto dentro como fora do *Self*, recém-estabelecido como uma unidade. O que está dentro é parte do *Self*, mas não lhe é inerente, e pode ser projetado. O que está fora não é parte do *Self*, mas não lhe é inerente, e pode ser introjetado (Winnicott, 1979/2007).

As falhas do ambiente, quando não assimiladas, produzem variados graus de distorção no desenvolvimento pessoal, o que constitui ameaças à base do *Self*. Qualquer ameaça a esse *Self* verdadeiro constitui uma ansiedade maior no estágio precoce; e as defesas da infância ocorrem para evitar o prejuízo ao desenvolvimento (Winnicott, 1979/2007). Em decorrência disso, pode haver a perda, ou até mesmo a incapacidade do indivíduo de constituir um sentido claro de si mesmo, e também um comprometimento da possibilidade de se relacionar e viver com os outros. Quando muito intensas, essas falhas provocam a perda momentânea da identidade e despertam a insegurança em relação ao meio, além de ansiedades muito primitivas (Winnicott, 1958/2000). Contudo, algumas crianças tentam superar tal carência mantendo a estrutura de vida apoiadas em um falso *Self* que encobre um temor de voltar às experiências frustrantes iniciais, encobre angústias e, algumas vezes, um terror sem nome, as angústias impensáveis. Nesse sentido, Aiello-Vaisberg (2004) afirma que a maioria das pessoas que sofre emocionalmente o faz em consequência de falhas ambientais que não foram assimiladas nos seus *Selves*. Winnicott (1979/2007) discorre sobre aspectos do verdadeiro e falso *Self*:

No indivíduo normal, que tem aspecto de ser submisso ao *Self*, mas que existe e que é um ser espontâneo e criativo, existe ao mesmo tempo a capacidade para o uso de símbolos. Dito de outro modo, normalidade aqui está intimamente ligada à capacidade do indivíduo de viver em uma área que é intermediária entre o sonho e a realidade, aquela que é chama de vida cultural... Como contraste, onde há um alto grau de *splitting* entre o *Self* verdadeiro e o falso *Self* que oculta o verdadeiro. Verifica-se pouca capacidade para o uso de símbolos, e uma pobreza de vida cultural. Ao invés de objetivos culturais, observam-se em tais pessoas extrema inquietação, uma incapacidade de se concentrar e uma necessidade de colecionar ilusões da realidade externa (p. 137).

Parte importante do processo de amadurecimento do *Self* refere-se à integração da agressividade, que já existe antes da integração total da personalidade. O bebê dá pontapés dentro do útero e, segundo Winnicott (1958/2000), não se pode dizer com isso que ele esteja abrindo o caminho para fora a pontapés, ou chutando a mãe. Um bebê agita os braços: não se

pode dizer que ele esteja querendo golpear. O bebê mastiga os mamilos da mãe com sua gengiva: não se pode dizer que ele esteja pretendendo destruí-la ou machucá-la. A fonte dessa agressividade é a experiência instintiva, e, em suas origens, a agressividade é quase sinônimo de atividade: trata-se de uma função parcial. São essas funções parciais que aos poucos se organizam na criança à medida que esta se torna uma pessoa, transformando-se posteriormente em agressividade.

As crianças têm uma tendência a movimentar-se e obter alguma espécie de prazer muscular no movimento, ganhando com a experiência de mover-se e encontrar alguma limitação. As primeiras pancadas infantis levam à descoberta do mundo que não é o Eu da criança, e ao começo de uma relação com objetos externos. O que em breve será um comportamento agressivo não passa, no início, de um simples impulso que desencadeia um movimento, uma exploração (Winnicott, 1964/2013; Abram, 2000).

Desta maneira, a agressão está ligada ao estabelecimento de uma distinção clara entre o que é e o que não é o Eu. Sabe-se que, na origem dessa força, que é inata nos seres humanos, e que subentende a atividade destrutiva ou seu equivalente no sofrimento sob controle, tudo é “destruição mágica”. Essa destruição mágica dos objetos faz parte do fato de que para a criança o objeto deixa de ser um “componente de “mim”, para passar a ser precedido objetivamente” (Winnicott, 1958/2000; Winnicott, 1964/2013).

Habitualmente, essa destruição ocorre de forma sutil e acompanha as mudanças graduais do desenvolvimento da criança. Ao fazer com que sobreviva a essa fase vital no início de seu desenvolvimento, a mãe dá tempo ao filho para adquirir recursos para enfrentar o choque de reconhecer a existência de um mundo que está situado fora do seu controle. Se o tempo para esse processo de maturação for suficiente, a criança capacita-se para ser destrutiva, odiar, agredir e gritar, em vez de aniquilar magicamente o mundo (Winnicott, 1958/2000).

Há uma sequência natural de amor implacável, ataque agressivo, sentimento de culpa, senso de preocupação, tristeza, desejo de corrigir ou de consertar, construir e dar; esta sequência é a experiência essencial da infância, em suas fases iniciais, mas não pode converter-se numa coisa concreta se a mãe, ou quem por ela execute as suas funções, não puder conviver com a criança em todas essas fases e assim possibilitar a integração dos vários elementos (Winnicott, 1964/2013, p. 123).

Todavia, se a assistência ambiental for insatisfatória, essas mudanças ocorrem bruscamente e, nesse caso, a forma encontrada pela agressão pode se manifestar por meio de atitudes antissociais, ou seja, surge a destrutividade (Abram, 2000).

Ao analisarmos um ato agressivo, devemos ter em mente que ele não pode ser compreendido em sua totalidade como um fenômeno isolado. Na doença, o paciente apresenta atividades e agressividade não inteiramente intencionais. O comportamento intencional surge em algum momento quando há saúde. Na medida em que um comportamento é proposital, a agressividade é intencional (Winnicott, 1958/2000).

Os impulsos agressivos não proporcionam nenhuma experiência satisfatória a não ser que encontrem oposição. A oposição deve originar-se no ambiente, no não-eu que gradualmente vai se distinguindo do Eu (Winnicott, 1958/2000). A agressão pode mostrar-se claramente e precisar de alguém para enfrentá-la e fazer algo que impeça os danos que ela poderia causar. Outras vezes a agressão não se mostra abertamente, e seus impulsos aparecem sob a forma de oposição (Winnicott, 1964/2013). Desse modo, um estudo completo acompanharia os passos da agressividade nos seus vários modos de manifestação, em cada estágio do desenvolvimento do ego (Winnicott, 1958/2000; Abram, 2000):

Estágio 1 ou inicial (na dependência absoluta) – pré-integração da personalidade. A agressão surge sem propósito, sem intenção, devido à ausência de concernimento (ausência de preocupações com as consequências de um ato).

Estágio 2 ou intermediário – integração da personalidade. A agressão surge com propósito, com piedade e culpa. Esse estágio precede a pessoa total, mas a integração da personalidade já alcançou um grau em que o indivíduo pode perceber a mãe, e, por isso, experimentar o sentimento de concernimento quanto aos resultados de suas experiências instintivas, tanto físicas quanto ideativas, sobre ela. O estágio de concernimento (ou da dependência relativa ou das experiências transicionais) traz consigo a capacidade de sentir culpa. Isto leva à transformação de uma parte da agressividade em fenômenos como o sofrimento ou o sentimento de culpa. Na saúde é possível à criança suportar a culpa e, com a ajuda de uma mãe viva e atenta, tornar-se capaz de descobrir um anseio pessoal por dar, construir e reparar. Quando isso não acontece, quando alguém não reconhece uma tentativa de reparação, essa transformação quebra e a agressividade reaparece.

Estágio 3 ou da personalidade total – Aqui já é possível a existência de relações interpessoais e a experiência de situações triangulares, e o surgimento de conflitos conscientes e inconscientes.

Quando a agressão e a destrutividade, que são parte da natureza humana, forem profundamente reprimidas e tornadas inacessíveis, a melancolia manifesta-se como doença. Nesse estado, o agente prejudicial que se manifesta no sentimento de culpa já não é mais

acessível à consciência, a não ser ao final de um longo processo de análise (Winnicott, 1965/2011).

Relacionando-se às dificuldades inerentes ao desenvolvimento emocional, Winnicott (1958/2000) contribui com preceitos sobre a tendência antissocial que, segundo ele, pode ser encontrada em crianças normais ou quase normais. Ele compreende a tendência antissocial como diferente de delinquência; assume também que ela não pode ser considerada um diagnóstico, como no caso da neurose, psicose, uma vez que pode ser encontrada em indivíduos com estes diagnósticos. De acordo com Winnicott, existe uma relação direta entre a tendência antissocial e a *de-privação* (quando uma criança é destituída de algum aspecto essencial de sua vida em família). Quando a tendência antissocial se manifesta, aconteceu uma *de-privação* propriamente dita, ou seja, deu-se a perda de algo bom, algo positivo que foi retirado.

Há sempre duas vertentes da tendência antissocial, embora a ênfase recaia por vezes mais sobre uma que sobre outra. Uma das vertentes é representada tipicamente pelo roubo, e a outra é a destrutividade. *Em uma* das vertentes, a criança procura algo em algum lugar e, fracassando em seu intento, procura-o em outro lugar, quando tem esperança. Na *outra*, a criança busca a quantidade de estabilidade ambiental necessária para suportar o embate do comportamento impulsivo. Trata-se de busca por uma provisão ambiental perdida, uma atitude humana que, por ser confiável, proporciona ao indivíduo a liberdade de mover-se e agir e excitar-se (Winnicott, 1958/2000, p. 410-411).

A agressividade é um aspecto importante da constituição do *Self*, e a criatividade é a característica dele por excelência. O cerne do *Self* é a criatividade. Quanto à criatividade, Winnicott dedicou atenção a esse tema e sobrepõe que sua origem está na tendência do indivíduo para estar e permanecer vivo, e para se relacionar com os objetos que lhe surgem no caminho (Winnicott, 1986/2005).

Abram (2000) expõe que na teoria de Winnicott, a criatividade tem suas raízes nos primórdios da vida e no centro da relação mãe-bebê, e, em um primeiro momento, é denominada criatividade primária. Segundo ele, a criatividade primária apresenta-se como um impulso inato que se dirige à saúde e que está inevitavelmente vinculado à necessidade da ilusão nos primeiros dias ou semanas da relação do bebê com a mãe, que conduz ao sentimento de onipotência. A criatividade também inicia a partir da capacidade da mãe de oferecer uma resposta ao gesto espontâneo do bebê, facilitando assim o desenvolvimento do *Self*, bem como no papel desempenhado pela agressividade primária, e pela interação por parte do bebê com o objeto (“a mãe-objeto” e “a mãe-ambiente”) que possa sobreviver ao seu amor cruel, que morde, grita e não a deixa dormir.

Ao viver criativamente, o sujeito experimenta o sentimento de que a vida vale a pena ser vivida e uma sensação de que ele mesmo é real. No outro polo, estaria a submissão, uma forma de relação estabelecida com o meio, na qual as vivências que o sujeito experimenta seriam limitadas a um sentimento de ajustamento ou de exigências de adaptação. Com isso, o sujeito vivencia uma sensação de inutilidade e de que a vida não é importante. A criatividade é, para Winnicott, sinônimo de saúde, enquanto a submissão seria a base do adoecimento psíquico (Winnicott, 1986/2005).

É no brincar que o indivíduo, criança ou adulto, manifesta sua criatividade. A criança a manifesta principalmente no brinquedo; e o adulto, no brincar intelectual. Uma vez que se pode brincar, pode-se ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*Self*) (Winnicott, 1971/1975). A ação de brincar é o elemento universal da natureza humana, e é própria da saúde, pois ela facilita o crescimento e o desenvolvimento emocional (Winnicott, 1988/1990).

Winnicott (1971/1975) assinala que, ao brincar, a criança o faz a partir de si mesmo e sente essa atividade como um gesto espontâneo. Esse brincar não precisa ser inovador, inédito, só precisa ter sido feito a partir de si mesmo: não é importante o resultado, a classificação (boa ou ruim). Os psicóticos seriam indivíduos que não podem ser, que não encontram lugar no mundo para ser (por isso estes pacientes se beneficiam do ato de brincar, pintar, interpretar), enquanto os neuróticos poderiam ser descritos como pessoas com dificuldade de relacionamento, que muitas vezes não se sentem vivendo sua própria vida, responsabilizando-se por suas ações.

Uma vez que, conforme exposto na fundamentação teórica apresentada, a família tem um papel essencial no desenvolvimento emocional infantil, seja ele saudável, seja ele patológico, o estudo desse grupo não pode ser excluído de qualquer trabalho diagnóstico ou terapêutico com a criança. No caso de meninos e meninas com TDA/H não é diferente, e as consequências individuais, familiares e sociais que esse distúrbio acarreta, aliadas à sua importante prevalência (3 a 5% de crianças em idade escolar, segundo o DSM 5) (APA, 2014), justificam a necessidade de estudos aprofundados sobre a estrutura e a dinâmica afetiva de todo o grupo familiar, visando ao desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes. Nesse sentido, as pesquisas que abarcam a psicanálise e o TDA/H concluíram que é importante compreender o contexto em que se insere a família na origem ou na manutenção desse transtorno, desde que se ultrapasse a mera consideração dos estilos e práticas parentais em sua etiologia, a fim de destacar a experiência vivida e o significado dessa dificuldade emocional para a criança e a família. A presente pesquisa se inscreve nessa

direção, propondo-se a investigar a experiência da parentalidade e associá-la ao desenvolvimento emocional infantil de crianças que sofrem de TDA/H. Como partimos do princípio de que o desenvolvimento emocional ocorre sempre em um contexto relacional, a teoria winnicottiana, que compartilha desse mesmo pressuposto, será empregada como *background* teórico.

2 OBJETIVO

Compreender a experiência materna de mulheres com filhos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H), associando suas vivências ao desenvolvimento do *Self* das crianças.

3 MÉTODO

Contextualização epistemológica e metodológica da investigação

Esta investigação inscreve-se no referencial epistemológico e metodológico qualitativo, que concebe que o objetivo principal da pesquisa científica é entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados sobre os fenômenos e sobre as experiências vividas. Desse modo, não é o estudo do fenômeno em si que interessa, mas a significação que ganha para os que o vivenciam. Os pesquisadores pretendem conhecer a fundo as vivências e as representações que as pessoas têm de suas experiências de vida (Bogdan & Biklen, 2007). As principais características da pesquisa qualitativa são: a busca por compreender os acontecimentos (do latim, *comprehendere* significa “apreendido em conjunto”); a reflexividade do pesquisador, tido como o principal instrumento da pesquisa; a consideração da importância do contexto em que os dados serão colhidos; e a variedade de abordagens e métodos (Turato, 2008; Flick, 2009).

Entre a variedade de abordagens e métodos qualitativos, esta pesquisa se fundamenta no enfoque clínico-qualitativo, conforme apresentado por Turato (2008), que visa estudar em profundidade fenômenos clínicos com estruturação complexa, de foro pessoal, muitas vezes de verbalização difícil. Essa perspectiva implica em recolher as informações sobre os dados da experiência subjetiva no contexto em que se encontra o fenômeno a ser estudado, ou seja, no ambiente natural, e anotar, gravar, registrar, dialogar, questionar, perguntar, observar e facilitar o acesso do entrevistado a essa experiência, que inclui memórias e significados. Após esses passos é que se processam as transcrições, as transformações em narrativas e o lançamento de um segundo olhar analítico sobre os dados assim construídos. A metodologia clínico-qualitativa é particularmente conveniente para investigar o significado das experiências dos sujeitos, sua intimidade, seus conflitos, seus sofrimentos existencial e emocional, para e expandir a aquisição de novos conhecimentos nessa área (Turato, 2008).

Para Turato (2000), a teoria e a prática da Psicanálise são uma fonte rica de onde se podem extrair elementos que venham a contribuir para a discussão do material colhido na pesquisa clínico-qualitativa, como é o caso desta investigação, que pode ser caracterizada como psicanalítica. De acordo com Freud (1985/1923):

Psicanálise é o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessas investigações) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (p. 287).

O empenho com que Freud se dedicava à pesquisa pode ser avaliado em toda a sua obra. Um trabalho intensivo de pesquisa foi empreendido por ele a partir das hipóteses extraídas da teoria e da prática no decorrer de todo o seu trajeto como investigador. À medida que o seu trabalho se desenvolveu, o próprio aperfeiçoamento teórico e metodológico mostrou cada vez mais que a eficácia e a produtividade da pesquisa psicanalítica dependiam muito mais do “nível de profundidade, tempo de duração e detalhamento do estudo de cada analisando, em contínua interação com a reflexão teórica, do que do número de indivíduos analisados” (Pacheco Filho, 2000, p. 255).

A investigação psicanalítica visa à produção de novos sentidos e não objetiva realizar inferências generalizáveis, nem para a amostra, nem para a população. Os dados e resultados perdem espaço para a “experiência dramática vivida”, fruto do encontro interpessoal, sendo este um ponto de partida confiável para a construção do conhecimento (Aiello-Vaisberg & Machado, 2005).

A abordagem psicanalítica que fundamentará este estudo será a teoria de Donald Woods Winnicott (1896-1971), que parte de uma visão dialética do desenvolvimento emocional, pressupondo que ele ocorre a partir da interação criativa do indivíduo com o outro. Assim, essa teoria compartilha dos mesmos pressupostos que a investigação clínico-qualitativa, em que o encontro entre pesquisador e participante deve ser considerado como essencial ao desenvolvimento da pesquisa, pois os resultados derivados do fenômeno estudado sofrem influência desta relação (Barbieri, 2011).

A estratégia metodológica usada nesta pesquisa refere-se às “Narrativas Psicanalíticas” (Camps, Barcelos, & Vaisberg, 2014), caracterizadas como um estudo interventivo e participativo do pesquisador. A primeira etapa dessa estratégia consiste no encontro entre o participante e o pesquisador; esse encontro é denominado “acontecer clínico”, expressão criada/encontrada por Lígia Masagão Vitali (Aiello-Vaisberg, 2004). A expressão retrata o espírito da proposta clínico-investigativa das Narrativas Psicanalíticas, e, no momento do encontro, o pesquisador deve fazer uso da atenção flutuante³ para compreender a comunicação do participante. Entendem-se as Narrativas como “apresentações do acontecer clínico”: este pode ser gravado, filmado e fotografado, levando em consideração os cuidados técnicos que permitem a não identificação dos participantes, de modo a não produzir um “dado objetivo”, mas a permitir novos “encontros” com o material (Aiello-Vaisberg & Machado, 2003). Assim, após o encontro com o participante, o pesquisador

³ Atenção flutuante é o modo de escutar o analisando de forma livre, que não privilegie partes da fala, em que o analista deve suspender suas próprias motivações (Laplanche & Pontalis, 1996)

elabora uma Narrativa a seu respeito, cuja finalidade é comunicar a experiência vivida, o que inclui as percepções e sentimentos do pesquisador. Para tanto, ele faz uso da associação livre⁴ (Aiello-Vaisberg & Machado, 2005). A redação dessa Narrativa permite a comunicação do acontecer clínico a outros pesquisadores e a elaboração de reflexões clínico-teóricas por parte deles com possibilidade de leitura equi-flutuante⁵. Trata-se de uma maneira de comunicação do “encontro” àqueles que não estiveram nele presentes, viabilizando a criação de narrativas alternativas, tendo em vista que seu objetivo é possibilitar novos pensamentos e questionamentos (Aiello-Vaisberg, 2004; Aiello-Vaisberg & Machado, 2005). Desse modo, as narrativas implicam na possibilidade de produção de conhecimento sobre o ser humano, partindo de um engajamento ativo do pesquisador, cuja participação é baseada na transparência e no compartilhamento de visões e reflexões íntimas, o que é muito diferente do relatório técnico (Tachibana, 2006).

A partir de 2009, o termo “Narrativas Psicanalíticas” foi substituído por “Narrativas Transferenciais”. A modificação ocorreu após a publicação do artigo “As Narrativas Transferenciais como a apresentação da clínica vivida: uma proposta metodológica” de autoria de Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron e Beaune (2009). Nesse trabalho os autores sugerem que, nas Narrativas Transferenciais, em um primeiro momento, sejam feitas as apresentações clínicas que possibilitem ao leitor a compreensão do encontro como um todo. O pesquisador faz um relato autoral do encontro, narra o que se passou entre ele e o participante, e as impressões pessoais que ficaram claras e podem direcionar as interpretações. Assim, o acontecer clínico é narrado com as impressões contratransferenciais do pesquisador e suas associações livres, sem fazer o uso de conceitos teóricos. Em um segundo momento a narrativa é relacionada a conceitos teóricos, fundamentados na Psicanálise. Dessa forma, as Narrativas Transferenciais tornam-se confiáveis como método de pesquisa, pois os fatos aparecem com transparência não apenas na comunicação verbal do participante, mas também no relato do próprio pesquisador. Já o termo “Narrativas Psicanalíticas” refere-se à apresentação do acontecer clínico simultaneamente à sua articulação com conceitos psicanalíticos em um único texto. Neste contexto, optamos nesta pesquisa pela estratégia das “Narrativas Transferenciais” em detrimento das “Narrativas Psicanalíticas”, visto que a primeira parece ser específica para o surgimento de experiências novas e inesperadas, sem sua deformação, *a priori*, por uma moldura teórica.

⁴ Associação livre é o método utilizado para expressão espontânea de todos os pensamentos que vierem a emergir (Laplanche & Pontalis, 1996).

⁵ A leitura “equi-flutuante” diz respeito ao primeiro contato do pesquisador com o material transcrito, tentando-se alcançar a mensagem que o indivíduo buscou transmitir por meio de sua fala (Shimizu & Ciampone, 1999).

Neste enquadre, no momento do acontecer clínico, optamos por empregar um procedimento projetivo como mediador dialógico, a saber, os cartões do Teste de Apercepção Infantil – forma animal (CAT-A). Esse procedimento se revelou uma importante ferramenta facilitadora da comunicação; desse modo, o CAT-A não foi usado como um teste psicológico, como é o seu propósito original.

Os procedimentos projetivos consistem em uma forma especial de diálogo, como um “diálogo lúdico”, em que o participante responde aos estímulos percebendo que o que diz não será considerado de acordo com preceitos que conhece, mas que são conhecidos pelo pesquisador, em um tipo de faz-de-conta. O seu rigor e cientificidade ficam por conta da própria situação dialógica que, mediante cuidados do *setting*, é estruturada predominantemente a partir da personalidade dos participantes da pesquisa (Aiello-Vaisberg, 1995). Utilizadas desse modo, as técnicas projetivas permitem a compreensão e a identificação de características do indivíduo entrevistado, possibilitando a criação do diálogo entre participante e entrevistador, e estimulando novas associações (Aiello-Vaisberg, 2004; Turato, 2008).

Em síntese, esta pesquisa pode ser descrita como clínico-qualitativa, Psicanalítica, que empregará as Narrativas Transferenciais como estratégia metodológica, usando como instrumento a entrevista com os participantes mediada por uma técnica projetiva. Assim, buscou-se ter acesso ao "acontecer clínico" vivido com os participantes, visando a ter acesso ao significado da experiência da maternidade de uma criança com TDA/H por parte das mães, e da vivência desse transtorno por parte das crianças. Coerentemente com esse método, o *background* teórico é a Psicanálise winnicottiana que, do ponto de vista do amadurecimento emocional, parte do mesmo princípio daquele empregado por esses referenciais epistemo-metodológicos, ou seja, da concepção de que o desenvolvimento ocorre e é construído na experiência relacional vivida com o outro.

3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa quatro díades formadas por mãe e filho, de nível socioeconômico médio, totalizando oito participantes. As crianças eram do sexo masculino⁶, e tinham entre sete e dez anos de idade; a idade das mães variou entre 29 e 44 anos. Nessas díades os meninos foram diagnosticados como apresentando TDA/H por uma psiquiatra

⁶ A opção por meninos neste estudo se deu devido à incidência de casos com TDA/H ser maior nesse gênero (Benczik, 2010).

infantil do Ambulatório de Saúde Mental de um município de pequeno/médio porte do interior do estado de São Paulo. Esta médica também forneceu dados sobre o modo como foi realizado o diagnóstico do TDA/H em cada caso. A opção deste estudo por trabalhar com meninos fundamentou-se no fato de a incidência de TDA/H ser maior nesse sexo (Benczik, 2010).

As crianças apresentavam diferentes posições na ordem de nascimento e pertenciam a famílias de distintas configurações, de modo a permitir, o surgimento de semelhanças e diferenças na amostra.

Os critérios de exclusão referiram-se à suspeita de existência na mãe e no filho de déficit intelectual profundo ou de dificuldades de linguagem que inviabilizassem a aplicação do procedimento de investigação utilizado. Também não participaram da pesquisa díades em que o pai ou a mãe (biológicos ou não) da criança apresentavam histórico de alcoolismo, psicopatologia com internação psiquiátrica, drogadição, tentativa de suicídio e violência doméstica.

Características mais específicas das díades são apresentadas na tabela 2:

Tabela 1: Nomes fictícios dos participantes, idades e escolaridades.

	Nome da mãe	Idade da mãe	Nome da criança	Idade da criança	Escolaridade da criança
1	Carla	29 anos	Davi	7 anos e 10 meses	2º ano do E. F.
2	Maria	29 anos	Pedro	10 anos e 10 meses	4º ano do E. F.
3	Júlia	44 anos	Vinícius	8 anos e 6 meses	3º ano do E. F.
4	Sônia	34 anos	Marcos	9 anos e 5 meses	3º ano do E. F.

3.2 Instrumentos

1) Termo de autorização dirigido à Secretaria da Saúde do município onde foi realizada a pesquisa, autorizando a indicação dos participantes diagnosticados com TDA/H e suas mães pelo(a) médico(a) psiquiatra, e a utilização das dependências do Ambulatório de Saúde Mental - UBS para a coleta de dados da pesquisa (Apêndice 1).

2) Termo de autorização dirigido a(o) Médico(a) Psiquiatra, para participação na pesquisa, por meio da indicação de crianças com o diagnóstico de TDA/H e suas mães (Apêndice 2).

3) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dirigido às mães para formalizar o acordo em participar da pesquisa (Apêndice 3).

4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pela mãe, autorizando a participação da criança na pesquisa.

5) Ficha de identificação da mãe e da criança (Apêndice 4).

6) Tabela de pontuação Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP, 2014) para a avaliação do nível sócio econômico das famílias: (Anexo 1).

7) Escala de Maturidade Mental Colúmbia (EMMC). A EMMC foi utilizada para a avaliação cognitiva das crianças de modo a satisfazer o critério de inclusão na pesquisa, a saber, ausência de déficit intelectual profundo. Trata-se de um instrumento psicológico de aplicação individual que fornece uma estimativa da capacidade de raciocínio geral da criança, em que é enfatizada a capacidade para discernir as relações entre vários tipos de símbolos. Publicada em 1954 nos Estados Unidos, ela teve sua segunda edição em 1959. Essa segunda edição foi publicada no Brasil em 1967 e, desde então, ela tornou-se um instrumento muito utilizado em nosso país. Em 1972 o teste passou por uma grande revisão e recentemente, em 2011, foi publicada a 3ª edição no Brasil. A escala pode ser usada em crianças entre três anos e seis meses e em crianças entre nove anos e onze meses de idade. Consta de 92 itens, cada um deles composto de três a cinco desenhos impressos num cartão de seis por nove polegadas. A criança realiza um segmento da escala, correspondente a sua idade cronológica. Em cada item, solicita-se à criança que olhe para todas as figuras do cartão, que selecione aquela que é diferente, ou que não se relaciona com as demais, e que indique sua escolha apontando-a. A aplicação dura de 15 a 20 minutos, incluindo o trabalho de ensinar à criança a tarefa, usando três itens de exemplo (Burgemeister, 2015). A precisão na EMMC foi verificada por meio do alfa de Conbrach, tendo sido obtido um valor de 0,96, e por meio do método das metades, resultando em um coeficiente de Spearman-Brown de 0,78. Tais dados são muito satisfatórios, revelando a boa precisão do instrumento (Seabra et al., 2007).

8) Teste de Apercepção Infantil – forma animal (CAT-A). Originalmente denominado apenas CAT (*Children's Apperception Test*), esse instrumento foi criado por Leopold Bellak e Sonya S. Bellak, em 1949, nos Estados Unidos. Posteriormente foi elaborado o CAT-H, uma adaptação do material anterior, empregando figuras humanas. As

duas versões têm sido amplamente utilizadas prática clínica. O CAT-A é usado com frequência em praticamente todos os países da Europa e também na Austrália, África do Sul, Índia, Japão e América do Sul. No Brasil, entre 2009 e 2010, foram realizados novos estudos de validade na cidade de São Paulo (Bellak & Abrams, 2010).

O CAT-A é um método projetivo temático, composto por 10 figuras (cartões) de animais em cenas antropomórficas em diferentes situações familiares. O teste é destinado a crianças entre cinco e dez anos de idade e tem como objetivo apreender o seu mundo vivencial a partir da interpretação das histórias narradas aos estímulos apresentados. Procura informar sobre a dinâmica afetiva da criança e suas reações diante dos problemas que enfrenta, seus desejos e forma de resolução de conflitos. As cenas foram escolhidas considerando problemas e situações importantes no desenvolvimento e na vida da criança. (Bellak & Abrams, 2010).

Neste estudo o CAT-A não foi utilizado como um teste psicológico em si, mas como um mediador dialógico entre a criança, a mãe e a entrevistadora. O CAT-A como mediador na entrevista com pais e crianças já foi utilizado em outros estudos, atingindo os objetivos propostos e demonstrado ser um instrumento eficaz para esse propósito (Barbieri, 2011; Scaglia, 2012; Bonfim, 2013; Heck, 2014). Foram utilizados apenas alguns dos cartões do CAT-A, os de número 1, 2, 3, 4 e 8, selecionados de acordo com as temáticas que evocam, consideradas pela pesquisadora como mais significativas para a apreensão da experiência da maternidade e da expressão do *Self* de crianças apresentando TDA/H. Nesses cartões os conteúdos latentes evocados, conforme proposto por Bellak (Bellak & Abrams, 2010) referem-se a situações de gratificação oral (1), experiências edípicas (2), relação com a figura de autoridade (3), solidariedade/rivalidade fraterna (4) e experiência de socialização (8). A descrição dos cartões que foram utilizados do CAT-A consta em anexo (Anexo 2).

3.3 Procedimentos

Primeiramente, foi feito contato com a Secretaria da Saúde do município escolhido para a apresentação da pesquisa, seguido do pedido de autorização para a coleta de dados do Ambulatório de Saúde Mental, por meio de um protocolo aberto na Central de Atendimento ao Cidadão da cidade. Após a obtenção dessa autorização, foi contatada a médica psiquiatra infantil do Ambulatório de Saúde Mental para solicitação da indicação de díades mãe-filho em que a criança apresentasse TDA/H. Nesse encontro a médica foi esclarecida sobre os

objetivos e os procedimentos da pesquisa, tendo assinado o TCLE a ela destinado (Apêndices 1 e 2).

A médica apresentou a pesquisa para os possíveis participantes que ela selecionou, segundo os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, e, a partir disso, forneceu uma lista de díades que demonstraram interesse em participar da investigação. De posse dessa lista, a pesquisadora entrou em contato por telefone com as mães, e agendou um encontro com ela e seu filho, destinado à apresentação da pesquisa e de seus objetivos e para agendar as entrevistas, em data e horário conveniente para eles.

Desse modo, a coleta dos dados foi realizada em dois encontros:

Encontro 1

Leitura e assinatura dos TCLEs destinados à participação da mãe e da criança na pesquisa (Apêndice 3 e 4).

Após a assinatura dos TCLEs, foram preenchidas com a mãe as Fichas de Identificação dela e da criança (Apêndice 5) e a Tabela de Pontuação Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2014 (anexo 1) para averiguar o nível socioeconômico. Em seguida, foi realizada a aplicação individual, na criança, da Escala de Maturidade Mental Colúmbia (EMMC).

Todas as crianças e mães indicadas pela médica foram incluídas na pesquisa, pois satisfizeram os critérios de inclusão; assim, nenhum caso foi excluído.

Encontro 2

Com as mães foram aplicados os cartões 1, 2, 3, 4 e 8 do CAT-A, mediante a seguinte instrução:

“Vou te mostrar alguns quadros e gostaria que você, olhando-os, me contasse como foi e como é ser mãe do (nome da criança) nessas situações”.

Posteriormente, em um encontro separado, foi realizado o contato com a criança, em que ela visualizou os cartões selecionados do CAT-A (os mesmos aplicados à mãe) sendo solicitado que contasse uma história a partir de cada um deles, de acordo com a instrução:

“Este é um jogo de histórias. Serão apresentadas cinco figuras ao todo. Eu vou mostrar uma figura por vez, e você deve tentar criar uma história de faz de conta para ela”.

As produções nos cartões do CAT-A da mãe e da criança foram audiogravadas em formato MP3 e transcritas, informação que constou no TCLE; em nenhum caso a gravação foi recusada.

Portanto, foram assim realizados:

- 1 encontro com a mãe para o preenchimento dos TCLE(s), da Ficha de identificação da mãe e da criança (Apêndice 9) e da Tabela de pontuação Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2014 (anexo 1)
- 1 encontro com a criança para a aplicação da Escala de Maturidade Mental Colúmbia (EMMC)
- 1 encontro com a mãe para a aplicação dos cartões do CAT-A (1, 2, 3, 4 e 8)
- 1 encontro com a criança para a aplicação dos cartões do CAT-A (1, 2, 3, 4 e 8)

Cada encontro teve uma hora de duração aproximadamente.

Foi oferecida às mães e às crianças a possibilidade de receberem, futuramente, uma entrevista devolutiva, em uma sessão cuja data será acertada posteriormente, de acordo com a disponibilidade dos participantes da pesquisa.

3.4 Análise de dados

Inicialmente foi realizada a pontuação do nível socioeconômico da família de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2014 (Anexo 1) e a avaliação dos resultados da Escala de Maturidade Mental Colúmbia, de acordo com as diretrizes do manual da escala (Burgemeister, 2015).

As produções das mães e das crianças a partir das figuras do CAT-A foram organizadas textualmente em termos da construção de Narrativas Transferenciais (Aiello-Vaisberg et al., 2009), elaboradas como forma de apresentar o acontecer clínico entre os participantes e a pesquisadora. Foram construídas duas narrativas de cada díade, uma delas referente ao encontro com a mãe, e outra advinda do contato com a criança.

Posteriormente, efetuou-se uma interpretação da narrativa referente ao contato com a mãe, e outra relativa à narrativa da criança; ao final, foi realizada uma síntese da díade, no intuito de relacionar a experiência materna e o desenvolvimento do *Self* de cada criança, a partir do referencial teórico winnicottiano. Todas as narrativas e interpretações foram debatidas com a orientadora a fim de assegurar uma compreensão mais profunda e precisa dos casos.

Em seguida foi realizada uma síntese geral das narrativas de todas as mães, e outra, das narrativas de todas as crianças. Finalmente houve uma síntese final de todas as díades,

buscando associar a experiência materna e o desenvolvimento do *Self* da criança que sofre de TDA/H.

3.5 Considerações éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo) de acordo com as exigências da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado conforme documento em anexo (Anexo 3).

Todas as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a participação delas próprias e a das crianças na investigação. No TCLE foi explicado às mães que a participação era voluntária, que a identidade dos participantes seria preservada, que eles poderiam desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que isso gerasse quaisquer prejuízos a elas próprias e a seus filhos, e que a pesquisa tinha riscos e benefícios. Houve ressarcimento dos gastos de deslocamento/transporte que os participantes tiveram em decorrência de sua colaboração com a pesquisa. As mães e as crianças foram informadas de que os encontros seriam gravados em áudio, em formato MP3, para posterior transcrição, tendo consentido com essa prática.

Assim, o TCLE teve a sua elaboração orientada pelo cuidado e pela ética, a fim de que todas as informações necessárias fossem fornecidas pela pesquisadora. Houve dois Termos de Consentimento diferentes: um em que as mães atestaram seu acordo para a própria participação na pesquisa (Apêndice 3) e outro em que elas autorizaram a participação de seu filho (Apêndice 4). A criança também foi consultada quanto à sua vontade de participar da pesquisa e o seu desejo levado em consideração pela pesquisadora.

Todos os Termos de Consentimento acima descritos (Apêndice 3 e 4) constaram de duas vias: uma destinada aos participantes e outra à pesquisadora, sendo armazenados de forma segura e sigilosa, junto aos demais dados coletados.

De forma a proporcionar uma ação em benefício dos participantes, eles foram informados de que haveria um novo contato da pesquisadora para a realização de uma entrevista devolutiva. Além disso, nos casos em que a mãe ou o filho não estivessem recebendo atendimento psicológico e tivessem interesse ou necessidade de um acompanhamento, este seria realizado pela pesquisadora gratuitamente, em consultório particular, ou discutido com a médica que indicou os participantes, solicitando que ela fizesse

o encaminhamento para o serviço de Psicologia do Ambulatório de Saúde Mental onde foi realizada a pesquisa.

4 RESULTADOS

Inicialmente serão apresentadas separadamente as narrativas psicanalíticas da mãe e da criança de cada um dos casos, seguidas de suas respectivas interpretações; na sequência será apresentada a síntese de cada díade, seguida de uma breve discussão fundada na teoria winnicottiana.

Nenhum dos participantes apresentou suspeita de déficit intelectual profundo, dificuldades de linguagem ou psicopatologias com histórico de internações psiquiátricas que inviabilizassem a aplicação das técnicas de investigação que foram utilizadas.

4.1 Caso 1

Identificação da mãe

Nome da mãe: Carla⁷

Idade: 29 anos

Estado civil: casada há seis anos, mas em união com o marido há 14 anos.

Escolaridade: ensino médio completo.

Profissão: comerciante e do lar.

Número de filhos: dois.

Problemas de saúde física ou mental nos pais: a mãe faz tratamento psiquiátrico para ansiedade/depressão, iniciou há cerca de quatro meses (há cinco anos fez o mesmo tratamento e parou). O pai tem hipertensão.

Identificação da criança

Nome: Davi.

Idade: 7 anos 10 meses.

Série escolar: 2º ano do ensino fundamental.

Ordem do nascimento: primogênito.

Dados do irmão: menino, quatro anos.

Problemas de saúde física ou mental e uso de medicamento: TDA/H. Usou o medicamento Ritalina por dois anos, mas, há dois meses, mudou para Concerta.

Apresenta dificuldades escolares.

⁷ Todos os nomes usados são fictícios, de modo a preservar o anonimato dos participantes.

Nos dias das entrevistas não fez uso do medicamento Concerta, pois o mesmo encontrava-se em falta há mais de quinze dias, tanto na rede pública, como nas farmácias particulares.

Informações da Psiquiatra sobre a realização do diagnóstico e o acompanhamento de Davi no Ambulatório de Saúde Mental

Davi iniciou o acompanhamento psiquiátrico no Ambulatório de Saúde Mental em setembro de 2014. Antes disso fazia o tratamento para o TDA/H através de um plano de saúde, quando era medicado com Ritalina. A professora que o acompanhava na escola enviou uma carta, que foi entregue pelo pai para a psiquiatra no dia da primeira consulta. Nesta carta a professora solicitava uma avaliação psiquiátrica, pois observava em Davi um comportamento agitado: ele conversava e levantava muito na sala de aula, não obedecia à professora, brigava com as outras crianças quando não brincavam do que ele queria e não avançava na aprendizagem.

O diagnóstico da médica foi realizado segundo o plano abaixo descrito:

- 1 Entrevista de anamnese com o pai.
- 2 Solicitou uma avaliação fonoaudiológica.
- 3 Solicitou o preenchimento da “Escala para diagnóstico de TDA/H em crianças (MTA-SNAP-IV)” – para os pais e a professora, a ser entregue na próxima consulta.

Desde esse dia, ela reintroduziu a Ritalina, uma vez ao dia, para ser ministrada antes de ir à escola.

A cada dois meses o pai retorna com ele para uma consulta de rotina. Na última vez o medicamento foi modificado, por não estar fazendo mais efeito; foi prescrito, então, o Concerta (nome comercial), uma vez ao dia, todos os dias.

4.1.1 Narrativa Carla⁸

4.1.2 Interpretação da narrativa – Carla⁹

4.1.3 Narrativa Davi¹⁰

4.1.4 Interpretação da Narrativa – Davi¹¹

⁸ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

⁹ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

¹⁰ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

¹¹ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

4.1.5 Síntese da Díade

As produções do menino vão ao encontro daquelas da mãe. Ele parece ver-se no lugar onde ela o coloca, como o de uma criança muito forte e agressiva que ela não controla e não compreende. A mãe, no estágio inicial em que Winnicott (1958/2000), afirma que a agressividade e a motilidade são a mesma coisa, já identifica a agressividade/motilidade como crueldade expressa e com um propósito, ou seja, como intenção de magoar e ferir o objeto.

Por conta dessa identificação entre mobilidade e agressividade intencional, a mãe, sentindo-se frágil e deprimida, não pode tolerar nem uma nem outra no filho, mas principalmente em si mesma. Como ela opera identificações projetivas importantes, situando no filho a própria destrutividade (motilidade), ela não pode criar com ele um vínculo real que espelha a criatividade dele, porque isso implica no risco de ter devolvidas para si as partes projetadas das quais ela deseja se livrar. Por isso, o eco à criatividade não pode ocorrer, nem o estabelecimento sólido da ilusão/desilusão, o que compromete o desenvolvimento da capacidade de simbolização pela criança.

O problema se agrava porque, fragilizada pelas identificações projetivas, a mãe não consegue mais usar o seu ódio e agressividade para dizer “não” e colocar limites no menino, e ele não encontra barreira no ambiente. Essas identificações projetivas e a consequente submissão da mãe ocorrem porque ela tem dúvidas quanto à própria capacidade construtiva, como exemplificado no seu receio durante a gestação de que poderia perder o filho a qualquer momento. Portanto, as identificações projetivas seguem a uma negação do ódio e dos desejos homicidas pelo bebê, que são agora colocados nele (o menino relata que gostaria de ver a mãe morta).

No desenvolvimento emocional saudável, a agressividade expressa por meio da motilidade, no estágio da pré-crueldade auxilia o bebê no momento em que o eu e o não-eu estão se constituindo. O ambiente, o não-eu, deve oferecer oposição aos impulsos agressivos do bebê, para que o eu possa gradualmente distinguir-se do não-eu (Winnicott, 1958/2000), e para que o bebê possa atingir a ambivalência (Winnicott, 1958/2000) e formar um esquema corporal, possibilitando a conclusão da tarefa da personalização. No caso de Davi, todavia, a incapacidade da mãe de ecoar a criatividade dele, fornecendo a resistência na dose certa (devido ao não espelhamento da própria criatividade dela por seus pais) compromete, assim, o alcance das capacidades de integração, personalização e realização.

Assim, em última instância, é a falta de confiança da mãe nos próprios recursos e nos recursos da criança que impede a ambos de se desenvolverem. Eles permanecem bloqueados

em um estágio de desenvolvimento primitivo, presas de angústias impensáveis (próprias, no caso da mãe, e “por procuração”, no caso da criança), sem condições de alcançar a capacidade para lidar criativamente com o espaço existente entre ambos (também chamada de transicionalidade) e, portanto, sem conseguir desenvolver a simbolização.

Nessas condições, a mãe continua a oferecer ao filho os cuidados de quando ele era um bebê, limpando suas fezes e pegando as coisas que ele joga no chão.

Existe uma distância entre o menino e a mãe: ele tenta criar vínculos, mas desiste quando vê que a condição para isso é seguir o mesmo destino da mãe, o da submissão imobilizadora, implicando na abdicação da própria criatividade, do verdadeiro *Self*, que ele tem esperança de preservar. É nesse sentido que a hiperatividade guarda o seu aspecto positivo, de uma recusa a abrir mão da esperança de usufruir de uma vida criativa no mundo e de ter o direito de ser quem é.

4.2 Caso 2

Identificação da mãe

Nome da mãe: Maria

Idade: 29 anos

Estado civil: casada há 12 anos

Escolaridade: ensino fundamental incompleto (7ª série)

Profissão: do lar

Número de filhos: 3

Problemas de saúde física ou mental nos pais: não apresentaram nenhuma dificuldade, e também não fazem uso de medicação.

Identificação da criança

Nome: Pedro

Idade: 10 anos e 10 meses

Série escolar: 3º ano do ensino fundamental

Ordem do nascimento: primogênito

Dados dos irmãos: 2 meninos: um de 3 anos e o outro de 2 anos.

Problemas de saúde física ou mental e uso de medicamento: TDA/H. Usa Ritalina há 2 anos, somente quando vai à escola, e metade de um medicamento à noite antes de dormir

(a mãe não soube dizer o nome). Já apresentou dificuldades de aprendizagem, mas atualmente está melhor, pois uma cuidadora começou a ajudá-lo na sala de aula.

Nos dias das entrevistas não fez uso do medicamento, pois não tinha aula e não iria à escola.

Informações da Psiquiatra sobre a realização do diagnóstico e o acompanhamento de Pedro no Ambulatório de Saúde Mental

Pedro foi encaminhado para o Ambulatório de Saúde Mental em novembro de 2008, após uma consulta com o pediatra, que recebeu uma carta da escola relatando que o menino era muito ansioso, agitado, nervoso, agressivo com as outras crianças, batia e mordia. O pediatra avaliou e encaminhou para atendimento psicológico. A psicóloga do serviço realizou atendimentos semanais com ele durante 3 anos, e os pais foram chamados algumas vezes. Pedro recebeu alta no final de 2011. Em abril de 2013 o mesmo pediatra encaminhou Pedro novamente para o Ambulatório de Saúde Mental, mas desta vez solicitou uma avaliação psiquiátrica, pois a mãe referiu que ele estava agressivo, ansioso e sofrendo *bullying* na escola por conta do sobrepeso. No final do mesmo ano foi avaliado pela psiquiatra, segundo o plano abaixo descrito:

- 1 Entrevista de anamnese com a mãe.
- 2 Entrevista com a criança.
- 3 Preenchimento da “Escala para diagnóstico de TDA/H em crianças (MTA-SNAP-IV)” – para os pais e a professora, para ser entregue na próxima consulta.
- 4 Avaliação de relatório da escola.
- 5 Solicitação de avaliação fonoaudiológica.
- 6 Acompanhamento do peso anterior às consultas.
- 7 Orientações aos pais no dia da consulta.

Na primeira consulta a médica optou por não medicá-lo. Na consulta seguinte, em fevereiro de 2014, analisou o relatório e os resultados que recebeu e prescreveu o medicamento Ritalina, para os dias em que Pedro fosse à escola e fez um pedido solicitando acompanhamento individualizado (que uma professora ficasse com ele na sala de aula). Depois disso, o acompanhamento passou a ser de rotina, a cada dois meses.

4.2.1 Narrativa Maria¹²

4.2.2 Interpretação da narrativa – Maria¹³

4.2.3 Narrativa Pedro¹⁴

4.2.4 Interpretação da narrativa – Pedro¹⁵

4.2.5 Síntese da Díade

As produções do menino vão ao encontro daquelas da mãe, confirmando certo paralelismo entre o desenvolvimento do *Self* de cada um deles. O relacionamento da díade é permeado pela deficiência de *holding* sofrida por ambos; ela está presente na história da mãe, que a reproduz com o seu filho.

O relato de Maria revela que ela sente não ter sido suficientemente amada pela própria mãe. Esta parece tê-la desiludido muito precoce e abruptamente, sem oferecer-lhe oportunidades suficientes de ilusão para que ela pudesse suportar as inconsistências entre a sua criatividade primária e o mundo real. Ela foi atirada na vida adulta muito cedo, antes de completar a constituição do seu sentido de *Self*, o que repercute em sua experiência como mãe. Em decorrência da desilusão sofrida precocemente, Maria encontrou dificuldade para atribuir significado à sua existência e encontrar o seu lugar no mundo. Por isso, não pode ajudar o filho nesse mesmo processo, fomentando nele a sensação de continuidade do ser no mundo.

Como a desilusão não pode ser suportada pela mãe, a capacidade para a transicionalidade não se instalou; é por isso que ela não consegue brincar e relaxar quando está com o filho e manter com ele um relacionamento fundado no respeito à criatividade de ambos. Logo, ele também apresenta essas dificuldades, e a capacidade para a transicionalidade é alcançada de um modo bastante precário.

Para Maria, as dificuldades de manejo desse espaço intermediário levam-na a conceber os relacionamentos como permeados de invasões, seja de sua parte, seja da parte do outro. Desse modo, não há espaço para que duas pessoas estejam juntas num vínculo genuíno. É por isso que ela mantém um espaço com fronteiras muito bem definidas entre si mesma e o filho. Há um abismo entre eles e entre cada um deles e o mundo; as oportunidades de comunicação são mínimas. Daí, nem a mãe nem a criança conseguem brincar juntas. Como a

¹² parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

¹³ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

¹⁴ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

¹⁵ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

capacidade para a transicionalidade é a base da simbolização, o menino permanece se expressando principalmente por atos e não por palavras (que são símbolos). O mau resultado escolar parece dever-se, assim, a uma inibição intelectual ocasionada por uma problemática afetiva, já que o nível intelectual dele está, acima da média, mesmo com as limitações da avaliação realizada.

4.3 Caso 3

Identificação da mãe

Nome da mãe: Júlia

Idade: 44 anos

Estado civil: divorciada

Escolaridade: Superior completo – Pedagogia

Profissão: inspetora de alunos – escola particular

Número de filhos: dois (Bia, 24 anos e Vinícius, 8 anos)

Problemas de saúde física ou mental nos pais: não apresentam nenhuma dificuldade, e também não fazem uso de medicação.

Identificação da criança

Nome: Vinícius

Idade: 8 anos 8 meses

Série escolar: 2º ano do ensino fundamental (escola pública- municipal)

Ordem do nascimento: filho mais novo.

Dados dos irmãos: uma irmã mais velha, Bia 24 anos, trabalha como educadora física.

Problemas de saúde física ou mental e uso de medicamento: TDA/H diagnosticado há 2 meses, faz uso de Ritalina.

Informações da Psiquiatra sobre a realização do diagnóstico e o acompanhamento de Vinícius no Ambulatório Saúde Mental

Vinícius foi encaminhado pela escola para o acompanhamento psiquiátrico no Ambulatório de Saúde Mental. A mãe foi quem o levou às consultas. No primeiro atendimento, a mãe relatou à médica que observava dificuldades de atenção e hiperatividade no comportamento do filho há alguns anos, mas que esperava que isso fosse melhorar. A

médica solicitou que a mãe e a professora preenchessem a escala SNAP-IV, no retorno diagnosticou o TDA/H e receitou a medicação Ritalina. Ela também encaminhou Vinícius para acompanhamento psicológico, mas até o momento da entrevista ele ainda não o havia iniciado.

4.3.1 Narrativa Júlia¹⁶

4.3.2 Interpretação da narrativa de Júlia¹⁷

4.3.3 Narrativa Vinícius¹⁸

4.3.4 Interpretação da narrativa – Vinícius¹⁹

4.3.5 Síntese da Díade

As narrativas de Júlia e de Vinícius aos cartões do CAT-A revelam que existe um espaço de ambivalência, mas também de ambiguidade que permeia o relacionamento de ambos. Embora essa característica do estabelecimento de vínculos pareça ser algo que faça parte da personalidade de Júlia, ela se acentuou por ocasião da separação do marido, que parece tê-la feito mergulhar na depressão. Nesse contexto, a Vinícius é dirigida toda a ambivalência de sentimentos destinada ao ex-marido, ou seja, o amor e o desejo de guardar uma relação de proximidade estreita, de natureza fusional ou quase fusional e, ao mesmo tempo, de desembaraçar-se dele, esquecer-se e, assim, sofrer menos com a ruptura. Com isso, o vínculo com Vinícius oscila entre a fusão sufocante e a autonomia abrupta, não havendo termos de passagem bem estabelecidos entre ambas.

Tal situação se torna ainda mais complexa porque o relacionamento fusional, quando estabelecido, não traz a vantagem de atender as necessidades do menino. A criatividade dele é substituída pelo gesto impositivo da mãe, ela mesma necessitada de *holding*. Portanto, o gesto do menino, capaz de criar o objeto é dificultado pelo narcisismo materno, ferido e intensificado pela separação. Se Júlia não consegue suprir a ilusão do filho, nem desiludi-lo gradualmente, ela também não pode prepará-lo para usufruir, junto dela, das experiências de transicionalidade. Ela, assim, não supre a dependência do menino, nem permite que ele se torne autônomo por meio da busca do relacionamento com outras pessoas, capazes de ajudá-lo. Enfim, ela estabelece com ele uma relação de duplo vínculo.

¹⁶ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

¹⁷ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

¹⁸ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

¹⁹ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

Nesse quadro, o que permite a Vinícius escapar de uma situação francamente psicótica é o *holding* que ele encontra na figura da irmã, que atende as suas necessidades de ilusão e que lhe permite o ingresso na transicionalidade, e do pai, que prossegue, sustenta e sedimenta esse provimento. Dessa maneira, o menino consegue um acesso parcial (embora ainda precário) à transicionalidade, mas, para preservar o pouco que conseguiu e prosseguir o seu desenvolvimento, precisa se afirmar contra a figura da mãe que, se aceita com gratidão a ajuda de sua filha mais velha na “maternagem” de Vinícius, não vê de forma alguma com bons olhos o vínculo positivo dele com o pai e o amor que ele lhe devota. Poder usufruir das experiências opositivas ofertadas pelo pai e pela irmã sem que isso magoe a mãe constitui a fantasia de cura da criança.

As dificuldades de Júlia para superar a ambivalência face ao ex-marido (e também ao filho) revelam prejuízos no processo de elaboração do luto que ela apresenta, subjacente às quais se encontram os comprometimentos da capacidade simbólica e das experiências para a transicionalidade. O espaço transicional no qual ela se movimenta parece bastante estreito e rígido. Os objetos e fenômenos pertencentes a essa área aparecem como que “congelados”, sem fluidez para um trânsito livre e desembaraçado, em que um pode ser substituído representativamente pelo outro. Em suma, o gesto criativo dela própria é rígido, limitado e, por isso, ela não pode adaptar-se com maleabilidade ao gesto do filho para corresponder aos objetos por ele criados. Os gestos da criança se tornam para ela incompreensíveis e devem ser afastados.

Enfim, a díade, nesse momento, encontra dificuldades no seu relacionamento porque Vinícius alcançou um estágio de desenvolvimento em que a mãe não pode mais, sozinha, atender as suas necessidades nem bastar para ele. O menino atingiu o limite de desenvolvimento emocional de sua mãe e, a partir daí, precisa de outras pessoas para auxiliá-lo. Na figura do pai ele parece encontrar uma melhor condição para o amadurecimento e a expansão da capacidade para a transicionalidade, assim como o *holding* nos momentos difíceis e a proteção contra as feridas que o mundo pode lhe causar.

Nesse contexto, Júlia poderia beneficiar-se de uma intervenção psicoterapêutica em que o foco principal seja a expansão do campo das experiências transicionais, com a ampliação da capacidade simbólica decorrente dela, que a colocaria em condições de elaborar o luto pela separação conjugal e de viver uma vida mais plena e uma experiência materna mais prazerosa, Vinícius deve ser auxiliado para a consolidação desse mesmo campo. Portanto, uma intervenção terapêutica, seja individual para mãe e para o filho, seja dirigida à

díade, seria fundamental para o descongelamento dos pontos de bloqueio do amadurecimento emocional de ambos.

4.4 Caso 4

Identificação da mãe

Nome da mãe: Sônia

Idade: 34 anos

Estado civil: casada há 10 anos

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Profissão: do lar

Número de filhos: 2 (Marcos, 9 anos e Henrique, 3 anos)

Problemas de saúde física ou mental nos pais: a mãe já teve hipertensão, mas perdeu peso e a pressão normalizou.

Identificação da criança

Nome: Marcos

Idade: 9 anos 6 meses

Série escolar: 3º ano do ensino fundamental (escola pública- municipal)

Ordem do nascimento: filho mais velho.

Dados dos irmãos: um irmão mais novo, Henrique, 3 anos.

Problemas de saúde física ou mental e uso de medicamento: TDAH diagnosticado há quase 2 anos, faz uso do medicamento Imipramina. Segundo a mãe, ele era calmo e não apresentava dificuldades, tanto que teve bons resultados no 1º ano do Ensino Fundamental. Os sintomas iniciaram quando ela engravidou do irmão, fato que o deixou agitado. Depois desse evento a avó materna faleceu (quando ele tinha 6 anos, em 2012). A partir dessa ocasião ele ficou mais agitado. No ano seguinte a avó paterna faleceu (2013) e, por último, o avô paterno faleceu (2014) eventos que intensificaram os sintomas.

Informações da Psiquiatra sobre a realização do diagnóstico e o acompanhamento de Marcos no Ambulatório de Saúde Mental

Marcos chegou ao Ambulatório de Psiquiatria no primeiro semestre de 2014, com 7 anos de idade. Antes de ser encaminhado para o Ambulatório de Saúde Mental, foi consultado em um Posto de Saúde, onde o médico diagnosticou TDA/H e receitou Ritalina; porém o medicamento não fez efeito e a escola realizou um encaminhamento para a Psiquiatria. No Ambulatório de Saúde Mental, Marcos (até o dia da entrevista) havia sido consultado por duas médicas, a primeira diagnosticou TDA (Transtorno de Déficit de Atenção) e a segunda (atual) trabalha com a mesma possibilidade de diagnóstico. Ambos os diagnósticos foram feitos através de Anamnese com a mãe e, no primeiro deles, a médica (que não se encontra mais no serviço) utilizou como critério para o resultado de uma Avaliação Psicológica realizada na APAE (Instituição que realiza a Avaliação Psicológica e/ou Neuropsicológica na cidade, quando a escola ou os profissionais do Ambulatório de Saúde Mental solicitam). Essa avaliação não detectou indícios de atraso no desenvolvimento, concluindo que Marcos tem condições para aprender, mas dificuldades para manter a atenção. Durante o período em que foi atendido no Ambulatório ele já mudou de medicação duas vezes; na época dos encontros com a família, ele fazia uso de Imipramina.

4.4.1 Narrativa Sônia²⁰

4.4.2 Interpretação da narrativa – Sônia²¹

4.4.3 Narrativa Marcos²²

4.4.4 Interpretação da narrativa - Marcos²³

4.4.5 Síntese da Díade

O desenvolvimento do *Self* de Marcos é marcado por vivências de desencontro com a mãe, em função das dificuldades emocionais de Sônia, que se expressam em sua experiência da maternidade. As narrativas dela a partir dos cartões do CAT-A revelam a existência de um *Self* precariamente constituído, incerto quanto a experimentar um sentido de continuidade de ser, sem fronteiras seguras e, por isso, sem flexibilidade para deixar-se impregnar pelo outro em um relacionamento, sem se perder de si.

Desse modo, os vínculos que ela estabelece parecem deixá-la em estado de alerta, porque a área intermediária entre si mesma e o outro não foi consolidada. Os relacionamentos

²⁰ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

²¹ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

²² parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

²³ parte da dissertação ocultada para preservar os participantes. Disponível na versão impressa.

são vividos em termos de invasões, dela para com o outro e deste para com ela. Assim, em um relacionamento, para que uma pessoa possa existir emocionalmente, a outra deve desaparecer. Essa situação, que a conduz a um retraimento, não é, contudo aproveitada como uma maneira de proteger o *Self* e de preservar a sua singularidade. Ao contrário, se no vínculo com o outro ela pode desaparecer, ela também depende dele para existir, haja vista a precária condição de sua capacidade para estar só. Nesse dilema, ela experimenta ao mesmo tempo angústias muito primitivas relativas a estágios diferentes do desenvolvimento: a de perda do objeto e a de aniquilação.

Nessa dinâmica emocional, ela tolerou muito mal a gravidez que a impulsionou a uma indiferenciação intensa com Marcos: a gestação despertou angústias de morte avassaladoras e impensáveis que não desapareceram com o nascimento do filho e a sobrevivência da díade após esse evento. Por conta disso, a preocupação materna primária pode ser apenas parcialmente alcançada, visto que a regressão que ela impõe remetia Sônia às mesmas angústias. Desse modo, ela oscilava e ainda oscila entre o estabelecimento de um vínculo simbiótico com o filho e sua propulsão a uma autonomia precoce para a qual ele não está preparado. Se existe uma tendência a prolongar a simbiose, as necessidades de ilusão da criança não são ainda assim atendidas porque a relação com o filho é marcada por experiências de invasões. O medo de ser invadida pelo bebê e a falta de flexibilidade das fronteiras do *Self* impedem Sônia de deixar-se criar imaginativamente por ele; desse modo, aterrorizada, ela se retrai e se impõe a ele, invadindo-o ou repelindo-o para longe de si, exigindo uma autonomia prematura da parte dele. Portanto, uma relação genuína de troca, um encontro verdadeiro, não pode acontecer.

Nessa situação, Marcos também não consegue estabelecer um sentimento de continuidade com o mundo. Seu gesto criativo e seu corpo não são ecoados pela mãe; por isso, a capacidade para a integração emocional e corporal não é alcançada e o processo de humanização da criança se constrói sobre bases frágeis. O mundo é vivido como algo que não lhe faz sentido algum e ao qual é necessário submeter-se; além disso, ele exige capacidades muito além daquelas que a criança dispõe. O sentimento de fragilidade é intenso, acompanhado por angústias impensáveis da perda do sentido do real e da capacidade para se relacionar com os objetos. Diante de situações que despertam angústias, ele se defende pela desintegração e, com isso, ele e o mundo perdem de vez os seus contornos.

Assim, tanto para a mãe quanto para o filho, a insegurança de um sentimento de continuidade consigo mesmo e com o mundo, sustentada pela deficiência das experiências de ilusão, comprometem o alcance da área intermediária dos fenômenos transicionais e da

capacidade para estabelecer relacionamentos genuínos e profundos. Daí o retraimento experimentado por ambos.

Em tal situação de fragilidade, a díade conseguiu contar com o apoio da mãe de Sônia para fornecer *holding* a ambos e reparar, até certo ponto, as deficiências das funções maternas e aliviar um pouco as suas angústias. A avó de Marcos cumpriu este papel fundamental, visto que o pai do menino, segundo o relato da mãe, mostrava-se distante e alheio às necessidades da dupla. A avó vinha oferecendo esse cuidado para a dupla até que, infelizmente, faleceu. O desaparecimento da avó da criança provocou um intenso impacto emocional na díade, sentido em dobro por Marcos, visto que ele precisou enfrentar as dores da perda que ele próprio sofreu, mas também a repercussão desse evento na realidade psíquica da mãe. Portanto, às privações que ele já vinha sofrendo desde o início de sua vida devido às dificuldades do vínculo com a mãe, se acrescentaram duas outras, da perda da avó e da deterioração do estado emocional de Sônia. Esse conjunto de privações resultou no desenvolvimento de uma conduta voraz e ansiosa (no sentido de buscar a reparação dessas tragédias e integrá-las no *Self*) que parece ser expressa por meio da hiperatividade do menino e do sobrepeso da mãe.

Enfim, Sônia e Marcos compõem uma díade cuja história é marcada por sofrimentos importantes do ponto de vista emocional, que culminaram em uma fragilidade na constituição do *Self* de ambos, que continua a ser abalado por experiências dolorosas. Se um dia eles puderam contar com o apoio e o *holding* de alguém do seu ambiente para atravessar os momentos difíceis que viveram, essa ajuda não existe mais. A indicação de uma psicoterapia para a mãe e a criança se faz sem dúvida necessária, para desenvolver em ambos um sentido de continuidade de existência, entre eles e com o mundo e para fomentar a capacidade para a transicionalidade.

4.5 Síntese das narrativas das mães

As mães deste estudo experimentam a maternidade da criança com TDA/H como difícil e desgastante, seja por conta de dificuldades delas próprias, exteriores ao vínculo com o filho (casos 3 e 4), seja por ser a própria criança um fator desintegrador da família (casos 1 e 2). Nesses termos, na primeira situação, há uma exacerbação das dificuldades da criança, enquanto que na segunda, existe uma minimização delas, com as mães atribuindo a outras crianças a “verdadeira” hiperatividade.

Embora existam similaridades na experiência materna dessas quatro mulheres, há também diferenças importantes entre os casos 1 e 2 com relação aos casos 3 e 4, sendo que,

nos dois primeiros, o TDA/H parece ser acompanhado também de sintomas de natureza desafiadora-opositiva, ao passo que nos outros dois essa comorbidade é menos evidente. O fato de as crianças dos casos 3 e 4 também terem contado com uma provisão de *holding*, mesmo parcial, oferecida por outras pessoas (a irmã ou a avó da criança) e que foi aceita pela mãe, pode ter desempenhado um papel importante para a proteção contra as condutas antissociais, embora não garanta a sua completa proteção.

Em todos os casos foram identificadas dificuldades diversas já no período de gestação, seja por conta desta ter ocorrido em um momento de tensão para o casal (caso 3), seja por ser a mãe demasiado jovem (caso 2), seja pelo adoecimento com riscos a vida da mãe e a do filho (caso 4), seja pelo receio de perder o bebê (caso 1). Essas tensões não foram dissipadas após o nascimento e prosseguiram na forma de prejuízos na capacidade de devoção materna no início da vida da criança, tanto no sentido da insuficiência (casos 2, 3 e 4) quanto no do excesso (caso 1). Nesse contexto, a maternidade foi vivida por todas essas mulheres como associadas a vivências de perdas variadas: da tranquilidade quanto à sobrevivência do bebê, da saúde, das oportunidades profissionais desejadas e da juventude. As dificuldades de devoção parecem ainda ter-se concretizado nos problemas relativos à alimentação da criança surgidos no início da vida, ainda permanecendo em todos os casos. Menos vinculados à nutrição em si mesmos, esses prejuízos referem-se principalmente ao contexto em que ela ocorre, pois não há possibilidade de usufruir dos relacionamentos nos momentos das refeições.

Em dois casos (2 e 3) a experiência da maternidade do filho, desde a gestação, também foi acompanhada por uma deterioração da vida conjugal, já antes fragilizada e repleta de experiências de humilhações sofridas pela mulher. Elas também consideraram que a participação do cônjuge na vida e na educação dos filhos era insuficiente (mesmo quando, objetivamente, não parecia ser esse o caso).

No nível psicodinâmico, as experiências das mulheres foram marcadas, unanimemente, por dificuldades no processo de auxiliar o filho a realizar um trânsito gradual e contínuo entre o relacionamento simbiótico e a aquisição da autonomia relativa. Com exceção do caso 1, todas as crianças mostraram dificuldades em se separar da mãe, independente da sua idade cronológica, representadas pelas interrupções que elas fizeram por ocasião da entrevista com a genitora.

O grupo de mães estudado revelou estabelecer um relacionamento com a criança que oscilava entre a manutenção de uma dependência e a imposição abrupta da autonomia. Desse modo, ou o filho era guardado junto delas, sendo intolerável que elas deixassem de ser a única referência de suas vidas, situação em que dificultavam mesmo o brincar da criança ou, diante

dos sentimentos de invasão que esse tipo de vínculo acarretava, realizavam uma ruptura inesperada e exigiam que eles se comportassem como adultos. Com isso, os meninos eram obrigados a exercer uma independência para a qual não haviam sido preparados, visto que as capacidades para a simbolização, para a introjeção e para projeção das necessidades pessoais não haviam sido fomentadas pela mãe. Nessas circunstâncias, as mães (casos 2, 3 e 4) não incentivavam o brincar da criança, nem realizavam essa atividade com elas, mostrando pouca disponibilidade e recursos para tal.

Embora, na maioria dos casos (1, 3 e 4), esse tipo de relacionamento implicasse uma simbiose estendida, em nenhum dos casos, as necessidades de experimentar o processo de ilusão da criança pareceram ter sido supridas, dadas as dificuldades das mães (em todos os casos) de se adaptarem ao gesto criativo da criança e de se moldarem aos objetos por elas imaginativamente elaborados. Ao contrário, em um vínculo dessa natureza, as vivências das mães oscilavam entre atuar de forma invasiva com as crianças ou serem por elas invadidas (ocasião em que as mães impulsionavam os filhos à independência), não havendo meio-termo nem área intermediária em que uma relação genuína pudesse germinar, derivando na sobreposição, mas não no encontro real entre a mãe e o filho. Por conta disso, o relacionamento entre ambos foi, até então, vivido como uma “guerra de forças”, um combate incessante entre o desejo da mãe e o da criança, expresso na forma de exigência de obediência materna e oposição infantil, sem chances de conciliação. O gesto criativo do filho, quando não é completamente abafado pela mãe, não encontra limite algum e se perde no vácuo. Por conta disso, ele não é humanizado e a motricidade não consegue expressar-se dentro dos limites precisos; daí a demanda motora reprimida que, quando se expressa, o faz de maneira exagerada e transbordante.

A experiência da mãe é, assim, marcada pela ambivalência no relacionamento com o filho: ela não acolhe as necessidades dele, não lhe oferece *holding*, mas também, por ciúme, não permite que ele recorra a outras pessoas para fazê-lo diante da sua abstinência. Apenas nos casos 3 e 4 as mães foram receptivas à ajuda de outras pessoas no cuidado do filho, o que, *a priori*, conferiria a essas crianças um prognóstico melhor; infelizmente, no caso 4 essa “reparação” foi interrompida pela morte da figura que provinha esse auxílio, a avó do menino.

A experiência materna relatada pelas mães em suas narrativas revela, em todas elas, a presença de dificuldades na consolidação do *Self*, com fronteiras que não são seguras e flexíveis o suficiente para permitirem a elas relaxar, regredir, integrar uma unidade com o filho para depois separar-se dele paulatinamente. Esses prejuízos testemunham uma criatividade bloqueada por parte das mães, que responde por um estreitamento na área das

experiências e dos fenômenos transicionais; por isso, elas não podem usufruir do relaxamento e do brinquedo, nem auxiliar os filhos para tanto. É também por isso que elas não têm maleabilidade suficiente para se ajustarem ao objeto criado pelo filho, ao seu gesto e à sua motricidade. Ao contrário, sentem-se magoadas, envergonhadas e, no extremo, quase que vitimizadas pela conduta dele, deprimindo-se (casos 1 e 2). As mães sentem-se demasiado frágeis (casos 1, 2, 3, e 4) e acreditam que o filho estrague aquilo que elas lhe proporcionam e esgotam os poucos recursos que possuem (casos 1 e 2); elas sentem-se impotentes diante da oposição deles.

A despeito dessas dificuldades, a maioria das mães (casos 2, 3 e 4) foram capazes de compreender a associação entre a patologia do filho e as dificuldades que elas próprias apresentam ou as deficiências e inadequações da vida familiar. Cientes de suas deficiências, as mães, por amor aos filhos, buscam protegê-los por meio de uma dissociação entre os cuidados concretos e emocionais para garantir minimamente a sobrevivência deles, revelando assim outra dissociação mais básica do *Self*, entre a psique e o soma.

As características das experiências relatadas pelas mães que participaram desta pesquisa sugerem que, em todas elas, a presença, em termos estruturais, de uma organização limítrofe de personalidade que originou, em algum momento, descompensações de natureza depressiva, com angústias de perda do objeto que, no caso 4, também foi acompanhada pela aniquilação. A presença de um apoio ambiental, de alguém de confiança da mãe que capaz de oferecer *holding* a ela e à criança parece fazer uma diferença importantíssima em termos da evolução do caso.

4.6 Sínteses das narrativas das crianças

*“Meu boletim sempre disse:
‘Jim, termine em primeiro lugar e, em seguida,
interrompa os outros alunos’.”*
Jim Carrey

Todos os meninos obtiveram bons resultados na EMMC o que indicou a integridade de suas cognições. Por outro lado, manifestaram desânimo e desistência frente às dificuldades que os itens da escala mostraram, ou quando sentiam a tarefa acima de suas condições, o que aponta para a falta de confiança em suas capacidades e recursos intelectuais. O baixo rendimento escolar, portanto, parece dever-se fundamentalmente a bloqueios intelectuais ocasionados por uma problemática afetiva.

As respostas ao CAT-A foram curtas, com um vocabulário empobrecido e muitas vezes limitadas às descrições das cenas que os cartões evocavam, indicando a dificuldade que essas crianças têm para brincar e fantasiar, próprias do bloqueio no processo criativo. Estes são sustentados por uma dinâmica emocional específica e por precariedades no processo de constituição do *Self*. Essas deficiências parecem originar-se em uma série de dificuldades no relacionamento familiar dessas crianças e em sua insuficiência para suprir as necessidades emocionais delas.

Desse modo, em termos psicodinâmicos, todos os meninos apresentaram baixa autoestima e insegurança diante do mundo e dos desafios do amadurecimento emocional. As raízes dessas características parecem situar-se em uma deficiência do *holding* recebido no início da vida no relacionamento com a mãe, o qual, em alguns casos, pode ser parcialmente reparado por outras figuras, do pai ou da irmã (caso 3), da avó (caso 4) ou de uma pessoa indefinida que ofereceu uma adaptação “padronizada” às necessidades (caso 2). Esse auxílio, no entanto, não impediu o surgimento do sofrimento emocional, embora pareça ter desempenhado um papel importante em termos de suavizar a gravidade da psicopatologia (casos 3 e 4), mas que se deteriora rapidamente diante da sua interrupção (caso 4).

Em todos os casos, as narrativas revelaram que a gratificação oral e as necessidades de ilusão foram apenas parcialmente atendidas, havendo uma dificuldade por parte das mães para se adaptarem aos objetos imaginativamente criados pelos filhos. Dessa maneira, não foi possível a essas crianças estabelecerem um sentimento de continuidade com o mundo, que não pode ser apropriado criativamente por elas e ser visto como um local agradável para viver. Um sentido pessoal de existência não se pode constituir, e a sensação é de haver um espaço difícil de transpor entre si mesmo e o mundo, resultando em um retraimento da criança que pode atingir níveis bastante graves (casos 1, 2 e 4).

Nessas circunstâncias, devido à privação sofrida, o menino permanece num relacionamento de dependência com a mãe, por esperança de encontrar o suprimento ilusório que lhe falta, e que também é encorajado pela genitora. Todavia, a extensão do período de simbiose altera a qualidade do vínculo para fomentar a autonomia; por isso, as dificuldades da criança persistem.

A presença desse hiato entre si mesmo e o mundo compromete a capacidade da criança para a transicionalidade e o faz-de-conta e, com isso, para a simbolização. Qualquer tentativa de aproximação do mundo exterior é interpretada como invasão e o atendimento às suas demandas como submissão; daí os relacionamentos são vividos como uma “guerra de

forças” entre a criança e o meio, o que se intensifica em situações em que é necessário impor limites por parte de uma figura de autoridade (casos 1, 2 e 4).

Esse espaço vazio entre o eu e o outro é ainda agravado pelas dificuldades de relacionamento que existem no grupo familiar, que é repleto de conflitos (casos 1, 2, 3 e 4) ou, pior ainda, composto por pessoas que estão fisicamente juntas, mas que não se relacionam (casos 1 e 2). Com isso, o encontro real, genuíno, não se pode estabelecer, e o gesto criativo da criança não encontra a resistência necessária para poder se humanizar, perdendo-se no vácuo ou sendo abafado, situação passível de comprometer a personalização e o desenvolvimento de um sentido de corporeidade.

Nesse contexto de desencontro, todas as crianças relataram dificuldades para usufruir de momentos de prazer e de relaxamento com a mãe, vista como apresentando limitações para brincar. A falha da genitora para se moldar ao objeto e ao gesto criativo do filho é compreendida pela criança como resultante de uma possível depressão da mãe, a qual é percebida como frágil e muito suscetível de se desestabilizar diante da agressividade que lhe é dirigida. A agressividade infantil não pode, então, ser humanizada, controlada e as capacidades reparatórias não se desenvolvem.

Diante desse quadro altamente desfavorável do desenvolvimento emocional, em todos os casos, a criança ainda parece buscar por um relacionamento capaz de lhe oferecer as experiências de ilusão e de acesso à transicionalidade que lhe faltam e, quando conseguem obtê-las, mesmo sendo elas escassas e insuficientes, tentam ajudar a mãe a aprender a brincar (casos 2 e 3). Infelizmente, como a genitora é refratária a esses esforços, a criança desenvolve um profundo sentimento de impotência.

As dificuldades das crianças para o alcance das experiências transicionais parecem ser, assim, sustentadas por experiências de privação que elas vivenciam direta ou indiretamente, ou seja, de perda direta das pessoas que lhe ofereciam *holding* ou como reação à uma privação sofrida pela mãe que degrada o mundo emocional dela e o vínculo com o filho (casos 2, 3 e 4). O impacto dessas privações difere de acordo com o nível do desenvolvimento emocional que a criança alcançou, podendo chegar a gerar angústias de aniquilação (casos 1 e 4) decorrentes de ataques vorazes feitos ao objeto como respostas às privações sofridas, como tentativas de repará-las e como receio de retaliações.

Em face dessa dinâmica emocional e familiar, o menino permanece paralisado num relacionamento de dependência com a mãe, numa esperança sempre frustrada de encontrar a experiência necessária para o descongelamento dos bloqueios de seu desenvolvimento emocional. Se, por acaso, ele conseguir ultrapassar essa imobilização por meio da busca de

outro objeto do mundo exterior que seja capaz de auxiliá-lo nessa superação, ele precisará ainda enfrentar a resistência de uma mãe que não tolera ser substituída (casos 1, 3 e 4), nem simbolizada.

Enfim, as crianças participantes deste estudo revelaram que os comportamentos desatentos e hiperativos que apresentam são o resultado de um abafamento e da desconsideração do gesto criativo que promove e sustenta o vínculo emocional com o mundo. Com isso, este último não lhes faz sentido algum, e o atendimento às suas demandas é vivido como uma invasão. Nessas condições a capacidade para vivenciar a transicionalidade, para o brincar e para a simbolização não podem se desenvolver. As origens desse sofrimento repousam nas dificuldades de relacionamento com a mãe desde o início da vida da criança. As mães, em decorrência de angústias e privações importantes, não estiveram em condições de se moldarem ao gesto e ao objeto criativo do filho, o que resultou num provimento insuficiente de *holding* e de oportunidades de ilusão. Embora todas as crianças continuem a realizar esforços para encontrar no meio (familiar ou extrafamiliar) um objeto capaz de reparar as deficiências maternas, o êxito nessa empreitada requer superar as resistências das mães, que exigem a perpetuação de um vínculo de dependência simbiótica.

4.7 Síntese das díades

As narrativas das crianças estudadas nesta pesquisa revelaram que elas apresentam dificuldades no processo de constituição do *Self*, que se sustenta em prejuízos no relacionamento com a mãe desde o início da vida. Nesse sentido, o estabelecimento de um vínculo baseado na indiferenciação entre a mãe e a criança, capaz de proporcionar o atendimento às necessidades de ilusão do bebê e, em seguida, de desilusão, não pode se instaurar devido a prejuízos na capacidade de devoção da mãe. Essas deficiências maternas, por sua vez, repousam em sofrimentos emocionais importantes que essas genitoras atravessaram e ainda atravessam, e que se intensificam com o caráter propulsor da patologia da criança.

Em termos gerais, as mães apresentaram dificuldades para atender satisfatoriamente às necessidades ilusórias da criança, para estabelecer um processo gradual de introdução da desilusão, e para lhes oferecer o *holding* necessário ao seu desenvolvimento emocional. Elas se mostraram frágeis, inseguras e pouco flexíveis para se adaptarem à criatividade primária dos filhos, para moldar-se ao objeto imaginativamente por eles criado e ao seu gesto, humanizando este último e auxiliando a criança a conquistar as capacidades de integração e

personalização. Elas próprias revelaram dificuldades no processo de constituição do *Self*, cuja indefinição precisa de fronteiras e as conduz a invadir a criança ou a serem por ela invadidas, sem a possibilidade de constituição de um espaço intermediário em que o encontro entre mãe e filho poderia ter lugar. Dessa maneira, ora elas estendem o vínculo simbiótico com o filho, ora o conduzem para autonomia precoce, ainda que ele não esteja preparado. O relacionamento estabelecido com a criança é, assim, marcado pela ambivalência.

Nessa situação os meninos permanecem em uma dependência estendida da mãe, cuja qualidade não lhes permite obter as experiências ilusórias que faltam, ou ficam desprotegidos diante da exigência de uma autonomia prematura; por isso, buscam auxílio de outras pessoas para lhes oferecer *holding*. Todavia, a mãe não permite esse movimento da criança, desejando permanecer como a sua única referência: ela não supre a dependência do filho nem permite que outros o façam.

Nesse contexto, a sensação de ambos, mãe e filho, é a da existência de um espaço vazio entre si e o mundo. A área das experiências transicionais é precariamente estabelecida, ocasionando prejuízos importantes na capacidade para brincar e para simbolizar. O mundo e suas exigências são sentidos como imposições, havendo um retraimento importante do *Self*, que não desenvolve um sentido de continuidade de existência no tempo e no espaço. Os relacionamentos são vividos como um verdadeiro “cabo de guerra” entre as vontades e os desejos de um e de outro.

O gesto criativo do menino é, assim, abafado ou ignorado pela mãe e permanece na forma de uma motricidade exacerbada e sem objetivos, na espera de receber contornos que permitam a sua humanização. O gesto, privado de existência, se apresenta como um aparentado da voracidade, sendo representado por ela, por algumas crianças.

O sufocamento do gesto do menino é promovido, portanto, por essa privação das oportunidades de ilusão e de desilusão, conforme vividas num fluxo linear e paulatino. Essa privação, por sua vez, decorre de uma depressão latente ou manifesta das mães. Portanto, a privação da criança também é resultado de uma privação sofrida da mãe, relativa a uma figura capaz de ajudar-lhe a superar os sofrimentos que ela atravessa. Quando essa figura existe e fornece *holding* para ela e para o filho, isso parece constituir um fator de proteção contra comorbidades de natureza antissocial na criança. Já a supressão dessa figura acarreta também uma privação direta à criança, capaz de engendrar prejuízos emocionais graves.

Nesse sentido, em termos de intervenção, é necessário oferecer à díade uma situação terapêutica cujo objetivo principal seja o fortalecimento da área das experiências transicionais, ou seja, um espaço em que mãe e filho possam aprender a brincar e, assim,

consolidar as fronteiras de seus *Selves* de uma maneira flexível, em que os relacionamentos não sejam vividos como ameaças potenciais de invasão. O terapeuta deve constituir-se como uma figura de confiança da mãe, capaz de oferecer-lhe apoio e compreensão do seu sofrimento, alguém com quem ela sinta que possa contar. Devido à natureza regressiva desses casos, intervenções dessa natureza parecem ser mais proveitosas que um trabalho pautado na interpretação da transferência.

5 DISCUSSÃO

A partir do que foi apresentado na Introdução deste estudo, observa-se que o TDA/H é um transtorno amplamente difundido, tanto no círculo científico quanto na mídia, com vasta literatura existente, porém sua etiologia não está bem descrita (Hora et al., 2015). Apesar dessa difusão, as informações a seu respeito são ambíguas, sendo que muitos cientistas chegam a se opor à existência mesma do transtorno (Couto et al., 2010; Lufti & Carvalho, 2010). Essas informações vão ao encontro dos relatos das mães que participaram desta pesquisa. Elas demonstraram dúvidas quanto ao diagnóstico e algumas delas (casos 3 e 4) não concordaram com ele, a ponto de resistirem a administrar medicamentos prescritos para a criança. Elas nem sempre medicavam os filhos por não concordarem com isso, ou então preferiam dar o medicamento apenas em situações específicas, como em dias de avaliação escolar. Nesse contexto, é relevante ressaltar que em nenhum dos encontros realizados durante a pesquisa as crianças estavam medicadas, ainda que se tratasse do período letivo. De fato, alguns autores defendem que o medicamento pode ser suspenso durante o recesso escolar, sendo essa uma tendência no Brasil, priorizando o seu uso devido a necessidades acadêmicas (Moreira et al., 2004).

Embora essa tendência pareça estar a serviço de uma tentativa de evitar abusos da medicação, ela também revela a ação meramente sintomática da droga, cujos efeitos não parecem persistir a longo prazo. Em termos gerais, o tratamento medicamentoso do TDA/H vem sendo utilizado em larga escala e o aumento no uso da principal substância prescrita, o metilfenidato, alcança índices alarmantes e sugere a banalização do diagnóstico, que na maior parte das vezes é efetuado na primeira consulta, baseado em uma única entrevista (Carvalho Filho & Santos, 2016; Rodrigues & Mozzer, 2016). Nesta pesquisa, a partir do contato com a rotina do Ambulatório colaborador, observou-se que os médicos que atendiam as crianças participantes demonstravam preocupação e cuidado com o diagnóstico, pois eram psiquiatras infantis e atuavam em um ambiente de trabalho exclusivo para saúde mental. Porém, como foi possível observar nas informações obtidas nas entrevistas sobre os diagnósticos das crianças, algumas delas iniciaram o atendimento já medicadas e diagnosticadas por médicos de outras especialidades.

Assim, mesmo sendo a medicação essencial em vários casos (como no de Marcos), as dificuldades emocionais que sustentam e promovem o transtorno foram enfatizadas, tanto pelos profissionais quanto pelas mães em seus relatos, revelando a sua insuficiência e a necessidade incontestável de atenção psicoterápica. Enfim, a resistência das mães aqui

verificada, embora muitas vezes assentada em mecanismos de negação da gravidade das dificuldades do filho, também revela certa compreensão da ação pontual da medicação e a sua intuição de que o sentido da hiperatividade e da impulsividade seria outro, vinculado aos sofrimentos emocionais experimentados por ela e pela criança.

Nessa direção, embora a literatura científica sobre a etiologia do TDA/H afirme a atuação conjunta da suscetibilidade genética (Lufti & Carvalho, 2010; Dumas, 2011; Silva & Alvarenga, 2013; Martins et al., 2014; Hora et al., 2015) e dificuldades ambientais (Harvey et al., 2011; França, 2012; Takeda et al., 2012; Gau & Chang, 2013), a maioria das mães situaram as origens do transtorno principalmente nas experiências da criança e no relacionamento dela com o filho. As hipóteses de origem genética foram recusadas por elas, embora fossem capazes de identificar a existência do TDA/H em outras crianças na família (casos 3 e 4).

Os fatores emocionais presentes na etiologia e na manutenção do TDA/H conforme encontrados nesta pesquisa, permitiram também reavaliar conclusões da literatura sobre o nível intelectual das crianças que apresentam essa patologia. Pires et al. (2012) constataram que o coeficiente intelectual das crianças diagnosticadas com TDA/H é baixo, seguindo uma tendência mundial. Todavia, os dados aqui obtidos contestam essa hipótese, visto que o resultado mais baixo alcançado por uma das crianças participantes ainda acusava nível intelectual médio e o mais alto nível de superioridade. Portanto, o baixo rendimento escolar dessas crianças está provavelmente relacionado a bloqueios cognitivos ocasionados por uma problemática afetiva ao invés de déficits em si mesmo. Apesar de manifestarem bom potencial para aprender, as crianças eram mal sucedidas nos estudos devido às angústias e ansiedades que são expressas nos comportamentos hiperativos, agitados e desatentos, e a condutas de oposição em alguns casos (crises de fúria, agressividade), falta de motivação para realizar as atividades, mas, principalmente, pelos prejuízos na capacidade de simbolização que foram identificados neste estudo.

Embora a maioria das mães compreendessem as dificuldades dos filhos como vinculadas a experiências de sofrimento e de angústia da parte deles e às dificuldades delas próprias que se atualizavam no relacionamento com eles, essas dificuldades eram agravadas pelos comportamentos disruptivos da criança, que agiam como fatores desintegradores da família. Nesse sentido, Benczik (2010) também demonstrou que o nível de estresse e de problemas emocionais das pessoas que convivem com as crianças com TDA/H é sempre elevado. Ele mostrou que as interações entre pais e filhos em famílias em que pelo menos uma criança apresenta TDA/H se caracterizam por conflitos, coerção e estresse. Essas

dificuldades não se restringem ao relacionamento com a mãe, mas a todos os familiares. Neste estudo, as mães descreveram os momentos em família como de muita “bagunça”, agitação, oposição e “birra”. Nos casos em que o menino com TDA/H tinha irmãos, estes eram incentivados por ele a reagirem da mesma maneira, por vezes derivando em agressões físicas entre eles. Os momentos em família, portanto, não eram de satisfação, mas vividos com temor, vergonha e angústia, com as mães afirmando serem incapazes de descansar na presença dos filhos.

Os comportamentos disruptivos das crianças repercutiam ainda mais intensamente nas mães participantes desta pesquisa por conta de que, em todas elas, a presença de uma depressão, latente ou manifesta, mais ou menos intensa, se fazia presente. Gau e Chang (2013) também verificaram a existência de prejuízos no relacionamento do bebê com o ambiente e manifestação do TDA/H quando a mãe apresentava sintomas depressivos. Nessa mesma direção, Harvey et al. (2011) encontraram associação entre depressão dos pais durante os anos pré-escolares da criança e a manifestação do TDA/H, e Takeda et al. (2012), vincularam a psicopatologia parental ao aumento no risco para o TDA/H nas crianças.

Segundo Belli et al. (2015) e Belli (2008), as dificuldades de natureza depressiva nos pais repercutem em prejuízos da parte deles para lidar com conflitos, insatisfações pessoais, lutos decorrentes de separações conjugais e morte de entes queridos, contribuindo para o comportamento inadequado das crianças com TDA/H. Essas circunstâncias foram mencionadas nos relatos de todas as mães participantes desta pesquisa, que revelaram dificuldades marcantes para elaborar suas perdas por meio de um processo de luto, que era eternamente vivido por elas e, direta ou indiretamente, também pelos filhos.

As mães entrevistadas, por conta desses comprometimentos emocionais, tiveram dificuldades para alcançar o estado da “*preocupação materna primária*”, momento em que ela deveria deslocar o foco de seus interesses anteriores para voltar-se para o bebê. Esse estado foi alcançado apenas de modo parcial, prejudicando a capacidade de relaxamento das mulheres, necessária para alcançar um nível de sensibilidade que a habilitasse a fornecer um ambiente único e propício para o desenvolvimento emocional do filho, deixando-se moldar pela criatividade primária dele, permitindo que ele se sentisse o criador daquilo que “*já estava lá*” (Winnicott, 1958/2000). Com isso, não foi possível para as mães auxiliarem a criança a desenvolver um sentido de continuidade consigo e com o mundo, criando-se um hiato entre a díade, com o retraimento de ambos os componentes, dificuldade que persiste até os dias atuais. A comunicação da criança é precariamente compreendida pela mãe e o gesto espontâneo não é acolhido; daí não é possível à criança conhecer o objeto nem desenvolver

um sentido de corporeidade. Klautau e Salem (2009) consideram que a “*preocupação materna primária*” é o fundamento da futura capacidade de confiar da criança. Neste sentido foi possível observar essa dificuldade nos meninos participantes, que demonstraram baixa autoestima, retraimento e insegurança diante do mundo e dos desafios do amadurecimento emocional.

A fragilidade emocional das mães revela a precariedade dos seus *Selves*, que parecem pouco consolidados, cujas fronteiras são pouco seguras e pouco flexíveis para deixarem-se penetrar pela criança sem se sentirem por ela invadidas. Por conta disso, a maternidade foi sentida por elas, desde o início, como difícil e desgastante, como um esforço constante para não invadirem a criança nem serem por ela invadidas. É por conta dessa deficiência materna do *Self*, que não constituiu uma autonomia segura, que a devoção, a simbiose e o processo de ilusão-desilusão não puderam ser estabelecidos a contento, comprometendo o desenvolvimento da confiança da criança e a sua expressão criativa, como também observou Avelar (2011).

O processo de ilusão-desilusão do bebê, quando bem conduzido, colabora para a percepção que ele terá de si como um ser criador e, posteriormente, para a diferenciação entre o eu e o não eu. As dificuldades na transição entre os processos de ilusão/desilusão demarcam um bloqueio para construção do espaço intermediário entre o eu e o mundo, o espaço transicional (Winnicott, 1971/1975). O viver criativo e saudável estaria relacionado com essa capacidade de poder transitar entre-lugares, entre realidade externa e interna. Porém, as crianças participantes deste estudo, dadas as dificuldades no processo de ilusão-desilusão, acabaram por desenvolver a capacidade para esse trânsito de maneira bastante restrita, com uma limitação da construção desse espaço potencial. A área destinada à expressão criativa, ao faz-de-conta, ao estabelecimento de um vínculo pessoal com o mundo, tornou-se assim, bastante restrita. Como consequência, os meninos demonstraram prejuízos na capacidade para a simbolização, ilustrados nas histórias muito simples e curtas associadas aos cartões do CAT-A, que raras vezes ultrapassaram a sua descrição e nos próprios encontros com a pesquisadora, marcados por uma reduzida interação e verbalização. Impossibilitadas de realizar uma apropriação pessoal do mundo, este parece perder todo o sentido afetivo para as crianças, com os vínculos se desenvolvendo sobretudo com base na aceitação passiva e na submissão. Com isso, as tentativas de aproximação por parte da pesquisadora eram sentidas pelas crianças como invasões. Elas respondiam rapidamente as atividades propostas e demonstravam desejo de ir embora logo.

Os gestos espontâneos não respondidos e não ecoados criativamente na relação entre a mãe e o filho, verificados neste estudo, comprometeram não apenas os relacionamentos com o mundo, mas também o sentido de integração da criança, já que o corpo do qual eles emanam não foi significado e não pode se constituir. A não constituição de si mesmo impede também a constituição do outro e, com isso, a capacidade para a empatia não pode se desenvolver.

Em acordo com essas constatações, as diversas análises de cunho psicanalítico que Hopf (2007) realizou com crianças acometidas por TDA/H o levaram a observar a grande dificuldade que elas tinham para fantasiar, fazendo uso dos jogos, durante as sessões apenas de forma concreta. Além disso, as intervenções verbais não atingiam esses pacientes, pois eles não sabiam “brincar” com as palavras, reiterando as dificuldades de simbolização das crianças, também verificadas neste estudo. Para Salomonsson (2008) as crianças com TDA/H sentem as palavras como uma dor física e tendem a rejeitar o conteúdo de uma interpretação, revelando a base psicótica subjacente a essa patologia, também observada neste estudo, principalmente no caso 4.

Winnicott (1986/2005) postula que, para ser criativa, uma pessoa tem que experimentar um sentimento de existir. A criatividade é o fazer que, gerado a partir do ser, indica que aquele que é está vivo. Ela emana do ser e se constitui por meio do gesto da criança. Para Abram (2000) o que funda o viver criativo é a percepção criativa que, por sua vez, se funda na experiência de fusão com a mãe. O *holding* e a segurança oferecida pelo ambiente tornam a pessoa capaz de empreender uma busca do *Self* e de se apropriar de um lugar no mundo. O *holding* é uma forma de amar, um aspecto do cuidado materno que necessita ser consistente de um modo que implique a empatia materna, e não apenas a provisão ambiental mecanicamente consistente (Winnicott, 1979/2007). A deficiência na oferta de *holding* vivida pelas crianças participantes desta pesquisa pode ser, em alguns casos, parcialmente reparada por outras figuras, como uma irmã, o pai e a avó. Entretanto, ter encontrado esse apoio não impediu o surgimento do sofrimento emocional, mas colaborou para o abrandamento dos sintomas do TDA/H, especialmente no sentido de manifestação da agressividade. Essas crianças foram as que menos apresentaram comportamentos agressivos ou outros relacionados à tendência antissocial. Portanto, a oferta de um *holding* reparatório, mesmo que insuficiente e parcial, parece agir como uma proteção contra as comorbidades antissociais do TDA/H comumente descritas na literatura (Alves et al., 2015; Dias & Badin, 2015).

A agressividade é uma importante forma de expressão (Winnicott, 1958/2000). Por meio da resposta do ambiente a ela, é possível para a criança sentir-se amparada e acolhida,

mediante os limites recebidos, ela pode compreender a si mesma e as suas ações no mundo. Os sofrimentos de natureza depressiva das mães participantes desta pesquisa, contudo, faziam com que elas se sentissem facilmente magoadas e agredidas pela criança, o que levava estas últimas a temer pelos seus gestos, pelo não encontro de um ambiente seguro e indestrutível que os humanizasse. Nessas condições, ou a criança torna-se retraída e sufoca o gesto agressivo por completo, para preservar o objeto ou parte para a atuação, buscando encontrar esse ambiente indestrutível que o tolere. É por isso que a existência de outra pessoa no ambiente, que suporte mais a agressividade infantil diminuiria as chances de atuação, o que explicaria a menor incidência desses comportamentos quando essa oportunidade esteve presente para a criança.

Esse apoio foi importante porque as mães participantes deste estudo demonstraram dificuldades para impor limites para os filhos, visto que experimentavam os relacionamentos com eles em termos de sensações de invadirem ou serem invadidas. Assim, não podiam oferecer limites seguros a eles, dada a precariedade dos contornos do *Self*. O relacionamento entre a dupla mãe e filho era, portanto, vivido como uma luta entre o desejo de ambos, em que a mãe exigia obediência e o filho a contrariava. Por isso, quando a mãe agia de forma invasiva, impondo suas próprias necessidades sobre as do filho, a oposição deste teria como intuito evitar a submissão e preservar o verdadeiro *Self*.

Nessa dinâmica relacional entre invadir e ser invadida, a mãe oscila entre manter um vínculo fusional, de dependência total com o menino, ou operar uma separação abrupta e prematura dele, demonstrando dificuldade para situá-lo em suas reais condições de autonomia. Todavia, o vínculo fusional que buscam preservar não satisfaz as necessidades de ilusão da criança e, quando dela exigem autonomia, as mães têm muita dificuldade para aceitar que o filho busque a ajuda de que precisa em outras pessoas. Com isso, as mães nem suprem a dependência dele, nem permitem que ele procure esse suprimento em outra pessoa. Schicotti (2013) também mostrou esse mesmo movimento relacional ambivalente em mães de crianças com TDA/H. Ele afirma que essa ambivalência materna é que contribui para gerar nas crianças o descontrole dos impulsos e a evasão das situações que exigiam esforço e concentração.

Winnicott (1979/2007) afirma que as falhas do ambiente, quando não assimiladas, produzem variados graus de distorção no desenvolvimento pessoal, o que constitui ameaças à base do *Self*. Quanto mais precoce acontece a ameaça ao verdadeiro *Self*, a ansiedade exige que a criança utilize defesas mais rígidas e violentas na tentativa de evitar as perturbações. As crianças participantes da pesquisa se depararam com dificuldades para o desenvolvimento

emocional em um momento muito primitivo e significativo. As falhas ambientais que elas sofreram prejudicaram sua capacidade de constituir um sentido claro de si mesmo e de se relacionar e viver com os outros, como também afirmou Aiello-Vaisberg (2004).

Dentre todas as dificuldades emocionais identificadas nas díades participantes deste estudo, o comprometimento mais importante, tanto nas mães como nas crianças, situou-se na restrição da área das experiências transicionais, consequências da constituição precária do *Self*. O estreitamento dessa área reduz as possibilidades do viver criativo de ambos e de ver o mundo como um local agradável para estar. Logo, a realidade faz pouco sentido para a mãe e para a criança que não vibram com ela nem podem integrá-la confortavelmente ao seu potencial criativo ou, em outras palavras, mal conseguem brincar ou simbolizar. A ação do brincar é o elemento universal da natureza humana e é própria da saúde, facilitando o crescimento e o desenvolvimento emocional (Winnicott, 1981/1990). Uma vez que há um bloqueio nessa capacidade, isso promove um entrave no amadurecimento.

Nas duplas participantes da pesquisa, a relação entre mãe e filho foi prejudicada pela falta de amparo do ambiente para a mãe nos momentos em que ela precisava ser acolhida para exercer sua função de forma suficientemente boa. Mesmo nos dois casos em que houve alguém disponível para ajudá-la e buscar reparar as dificuldades de *holding* que elas apresentavam, esse auxílio foi apenas parcial ou, infelizmente, bruscamente interrompido por motivos estranhos à vontade da díade. Embora em um caso o pai venha contribuindo substancialmente para ajudar a criança a brincar (como é o caso de Vinícius), as mães, sem exceção, perceberam a participação do pai da criança como insuficiente. Eles foram pouco mencionados nas entrevistas, seus comportamentos foram criticados pelas mães e sua participação na vida da criança foi descrita como pequena, inconsistente ou inconstante.

Os resultados deste estudo mostram que o TDA/H não deve ser compreendido como um transtorno unicamente da criança, mas também como uma patologia do relacionamento entre a mãe e o filho, cuja etiologia reside em uma insuficiência ambiental no suporte à díade em dificuldades. A necessidade de um apoio ambiental que sustente a mãe em sua função, da parte de uma pessoa de sua confiança e que seja constante, parece já prover uma parte importantíssima da terapêutica desse transtorno. Concomitante a esse *holding* ambiental, deve desenvolver-se uma terapêutica no sentido clínico mais estrito senso, que tenha por objetivo auxiliar a mãe e a criança a ampliar a área das experiências transicionais, promovendo o brincar e o faz-de-conta. A expansão dessas experiências, ao valorizar o viver criativo da criança e ao ecoar o objeto por ela criado e também o seu gesto, fomentará nas díades o sentimento de que o mundo e os objetos têm um sentido e auxiliará mãe e filho a nele

encontrarem um lugar em que possam viver em bases pessoais e não de submissão. No nível coletivo, essa necessidade se torna ainda mais premente porque, além dos sofrimentos emocionais agudos e crônicos que o TDA/H provoca, ele ainda acarreta custos sociais importantes, agravados por sua significativa prevalência.

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho objetivou compreender a experiência materna e o desenvolvimento do *Self* de crianças com TDA/H, evidenciando as associações entre ambos. Em relação à experiência materna, as mães narraram angústias vivenciadas durante a gestação e após o nascimento dos filhos, além de dificuldades importantes no relacionamento inicial da díade. As mães tiveram dificuldades para entrar em sintonia com os filhos e manifestaram limitações para vincular-se com a criança e ofertar *holding*, que persistiram até os dias atuais. Esses obstáculos ocasionaram prejuízos no estabelecimento do processo de ilusão-desilusão da díade, com as mães sendo pouco capazes de ecoar a criatividade dos filhos, ajustando-se aos objetos por eles criados e significando o seu gesto espontâneo. Esses prejuízos foram decorrentes da dificuldade de devoção da mãe ao seu bebê por conta de características depressivas latentes ou manifestas que elas apresentavam. Elas experimentavam uma profunda solidão e um sentido de *Self* constituído sobre bases bastante frágeis. Com isso, o viver criativo delas próprias não tinha lugar e a constituição da área das experiências transicionais não estava assegurada. Elas não experimentavam um sentimento de continuidade com o mundo e se relacionavam com ele principalmente de uma maneira submissa.

Diante disso, as mães não conseguiam ecoar a criatividade do filho, e viviam com ele um relacionamento que oscilava entre experiências de invadi-lo e de ser por ele invadida. No lugar do relacionamento genuíno formava-se um espaço vazio entre a mãe e a criança, difícil de transpor. As frequentes experiências de invasão por parte da mãe que a criança vivia, ocasionavam um abafamento do seu gesto espontâneo que permanecia inadaptado aos objetos do mundo real e passavam a ser expresso de uma forma ansiosa e sem objetivos ou limites. Assim, os resultados apontaram para dificuldades no processo de constituição do *Self*, tanto das crianças, que ainda estão em desenvolvimento, quanto das mães, que apresentaram uma organização de um *Self* fragilizado.

Nesta pesquisa, percebeu-se que os sintomas do TDA/H estão relacionados principalmente as dificuldades emocionais, não havendo, portanto, um déficit cognitivo ou uma impossibilidade da criança de desenvolver-se intelectualmente e criar relações sociais satisfatórias. Os sintomas são a forma de expressão infantil para que elas possam reivindicar do ambiente o olhar e cuidado que necessitam para o seu desenvolvimento.

Nesse sentido, os resultados deste estudo sugerem que um acompanhamento psicoterapêutico, tanto para a mãe quanto para a criança, seria ideal como forma de amenizar

os sintomas da criança, ao permitir que a dupla possa reaver sua capacidade criativa para agir de forma espontânea no mundo.

Em relação ao método da pesquisa, o CAT-A mostrou-se bastante fértil como mediador dialógico, e reitera o alcance deste instrumento como facilitador da comunicação entre entrevistador e entrevistado.

A atualidade da teoria winnicottiana e sua relevância também puderam ser observadas. Apesar de originada em um momento histórico diferente, a teoria de Winnicott mostrou-se um importante recurso para refletir sobre as questões atuais. Este é o caso do TDA/H, um transtorno que parece estar em construção, pois vem sofrendo mudanças em sua nomenclatura. Frequentemente é publicado um novo estudo quanto a etiologia, diagnóstico e tratamento deste transtorno, e atualmente ele se apresenta como um dos mais conhecidos transtornos do neurodesenvolvimento na infância, dada sua alta prevalência. Assim, espera-se que este trabalho seja um incentivo para a percepção de como a Psicanálise pode contribuir para a compreensão e o tratamento do TDA/H, colaborando com novos estudos que utilizem a própria teoria winnicottiana ou outras abordagens para pensar o TDA/H e outras patologias.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa que busca a compreensão da experiência, do acontecer clínico, nesse sentido, não se objetivou esgotar as possibilidades de discussão. Assim, ainda há muito material a ser explorado diante da riqueza do encontro com os participantes desta pesquisa, para a compreensão da experiência materna e o desenvolvimento do *Self* de crianças com TDA/H. Por essa razão, outros estudos podem ser realizados e contribuir, como a compreensão do TDA/H em meninas, em jovens e adultos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²⁴

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott. Dicionário das Palavras e Expressões Utilizadas por Donald W. Winnicott* (M. D. G. da Silva, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- ADHD Support. (2017). *Famous People with ADHD/AS*. Recuperado de <http://www.adhd-support.org.uk/famous.htm>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2012). *Boletim de farmacoepidemiologia do SNGPC*, 2(2). Recuperado de http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, 6(2), 103-127.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2003). Sofrimento humano e estudo da “eficácia terapêutica” de enquadres clínicos diferenciados. In T. M. J. Aiello-Vaisberg, & F. F. Ambrosio, (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: apresentação e materialidade* (pp. 6-35). São Paulo, SP: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). Da questão do método à busca do rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. In T. M. J. Aiello-Vaisberg, *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana* (pp. 119-128). Aparecida, SP: Idéias & Letras.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2005). O gesto sonhador brincante. Trabalho apresentado no IV Encontro Latino Americano dos *Estados Gerais da Psicanálise* (Vol. 4). Rio de Janeiro, RJ: Estados Gerais da Psicanálise.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., Ayouch, T., Caron, R., & Beaune, D. (2009). Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D. Beaune (Org.), *Psychanalyse, philosophie, art: dialogues* (pp. 39-52). Paris: L'Harmattan.
- Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson.
- Alda, J. A., & Serrano-Troncoso, E. (2012). Attention-deficit hyperactivity disorder: agreement between clinical impression and the SNAP-IV screening tool. *Actas espanolas de psiquiatria*, 41(2), 76-83.

²⁴ De acordo com o estilo APA (American Psychological Association).

- Alves, G. M. A. N., Neme, C. M. B., & Cardia, M. F. (2015). Avaliação neuropsicológica de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) revisão da literatura. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 9(4), 65-74.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Avellar, L. Z. (2011). *Jogando na Análise de Crianças: Intervir-interpretar na Abordagem Winnicottiana*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Barbieri, V. (2011). *A experiência materna de mulheres brasileiras, francesas e magrebins e o desenvolvimento do Self infantil* (Tese de pós-doutorado). Université Paris Diderot, Paris 7, França.
- Barbieri, V., & Pavelqueires, J. De G. (2012). Personalidade paterna como fator prognóstico no tratamento da tendência antissocial. *Paidéia*, 22(51), 101-110.
- Barkley, R.A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Guia complemento para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre, RS: Artemed.
- Bellak, L. & Abrams, D. M. (2010). *CAT-A: Teste de Apercepção Infantil: figuras de animais* (Coleção CAT-A; v.1, M. C. V. M. Silva, trad.). São Paulo, SP: Vetor.
- Belli, A. A. (2008). *TDAH! E agora? A dificuldade da escola e da família no cuidado e no relacionamento com crianças e adolescentes com transtornos de déficit de atenção e hiperatividade*. São Paulo, SP: STS.
- Belli, A. A., Muszkat, M., & Cracasso, S. P. (2015). Rede de apoio social na vida do indivíduo com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e seus cuidadores. *Revista Psicopedagogia*, 32(98), 200-204.
- Benczik, E. B. P. (2010). *Transtorno de déficit de Atenção*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Benczik, E. B. P., & Casella, E. B. (2015). Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*, 32(97), 93-103.

- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2007). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston, MA: Pearson.
- Bois, R. (2006). Psychodynamic models about the origins, internal processing and treatment of ADHD. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(4), 300-309.
- Bonfim, I. H. B. F. (2013). *Narrativas maternas: um estudo transcultural* (Tese de doutorado) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Bourdieu, P. (1993). À propos de la famille comme catégori réallisé. *Actes de la recherche em sciences sociales*, 100(1), 32-36.
- Burgemeister, B. B. (2015). *CMMS - Escala de Maturidade Mental Colúmbia: Manual para aplicação e interpretação* (3ª ed., H. C. M. Faria, trad.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Camps, C. I. C. D. M., Barcelos, T. F., & Vaisberg, T. M. J. A. (2014). Atendimento ser e fazer e escolha profissional: estudo sobre eficácia clínica. *Boletim de Psicologia*, 64(140), 21-32.
- Carlson, E., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development*, 66(1), 37-54.
- Cartwright, K. L., Bitsakou, P., Daley, D., Gramzow, R. H., Psychogiou, L., Simonoff, E., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2011). Disentangling child and family influences on maternal expressed emotion toward children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(10), 1042-1053.
- Carvalho, C., & Ramires, V. R. R. (2013). Repercussões da depressão infantil e materna no brincar de crianças: revisão sistemática. *Revista Psicologia Teoria e Prática*, 15(2), 46-61.
- Carvalho Filho, O. P., & Santos, A. L. V. (2016). Prevalência do uso de metilfenidato por universitários das faculdades unidas do vale do araguaia (univar). *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 1(15), 139-144.
- Cheida, R. S., & Monteiro, M. S. A. (2014). Sobre os sentidos sócio-técnicos da interação entre o metilfenidato e o conhecimento neurológico do TDA/H. *Anais da ReACT-Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia*, (1). Campinas, SP. Recuperado em <http://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/view/1194/648>.

- Christiansen, H., Kis, B., Hirsch, O., Matthies, S., Hebebrand, J., Uekermann, J., ... & Colla, M. (2012). German validation of the Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS) II: reliability, validity, diagnostic sensitivity and specificity. *European Psychiatry*, 27(5), 321-328.
- Conners, C. K. (1989). *Manual for Conners' Rating Scales*. N. Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Conselho Federal de Psicologia. (2015). *Fichário Legislação, Resoluções e Recomendações para a prática Profissional* – Nota em defesa da Portaria 986/14 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.
- Couto, T. S., Melo-Junior, M. R., & Gomes, C. R. A. (2010). Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. *Ciências e Cognição/Science and Cognition*, 15(1), 241-251.
- Couto, D. P., & Castro, J. E. (2015). Da higiene mental à higiene química: contribuições para um contraponto entre a criança tomada como objeto pelo higienismo e como sujeito de sua verdade pela psicanálise. *Cadernos de Psicanálise*, 37(32), 135-157.
- Cunha, I. D. (2001). A revolução dos bebês: Aspectos de como as emoções esculpem o cérebro e geram os comportamentos no período pré e perinatal. *Psicanalítica—a revista da SPRJ*, 2(1), 102-128.
- Dalgallarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dalí, S. (1949). *Madonna of Port Lligat* (óleo sobre tela). Collection of the Haggerty Museum of Art, Marquette University, Wisconsin, USA. Recuperado de <http://museum.marquette.edu/eMuseumPlus?service=ExternalInterface&module=collection&objectId=943&viewType=detailView>.
- Dalí, S. (1989). *Diário de um gênio* (L. Marques, & M. Gambini, trans.). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1964).
- Desidério, R., & Miyazaki, M. C. D. O. (2007). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 165-176.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

- Dias, E. O. (2011). A infância na psicanálise winnicottiana. *Revista de psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 18(2), 375-395.
- Dias, G., & Badin, K. (2015). Comorbidades no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade–transtorno específico da aprendizagem. In A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. da Silva (Orgs) *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Teoria e clínica* (pp. 131). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Duarte Junior, S. (2012). *Desempenho no teste de retenção visual de Benton entre crianças com e sem diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* (Trabalho de conclusão de especialização, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/40227>.
- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Flick, U. (2009). *Uma introdução à pesquisa qualitativa* (Vol. 2). Porto Alegre, RS: Bookman.
- França, M. T. D. B. (2012). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. *Jornal de Psicanálise*, 45(82), 191-207.
- Freud, S. (1976). Algumas ideias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão trad., Vol. 16, pp. 397-417). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1985). Uma breve descrição da Psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão trad., Vol. 19, pp. 237-259). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (2006). A interpretação dos sonhos II e sobre os sonhos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão trad., Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho Original publicado em 1901).
- Freud, S. (2006). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão trad., Vol. 7, pp. 119-217.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho Original publicado em 1905).
- Gau, S. S. F., & Chang, J. P. C. (2013). Maternal parenting styles and mother–child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities*, 34(5), 1581-1594.

- Gérard, M. (1987). *Dalí* (M. C. V. Borba trad.). São Paulo, SP: Siciliano. (Trabalho original publicado em 1968).
- Glass, L. Graham, D. M., Deweese, B. N., Jones, K. L., Riley, E. P., & Mattson, S. N. (2014). Correspondence of parental report and laboratory measures of inattention and hyperactivity in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Neurotoxicology and Teratology*, 42(1), 43-50.
- Gonçalves, H. A., Mohr, R. M., Moraes, A. L., Siqueira, L. D. S., Prando, M. L., & Fonseca, R. P. (2013). Componentes atencionais e de funções executivas em meninos com TDAH: dados de uma bateria neuropsicológica flexível. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 13-21.
- Grañana, N., Richaudeau, A., Robles Gorriti, C., O'Flaherty, M., Scotti, M. E., Sixto, L., & Fejerman, N. (2011). Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV adaptada a la Argentina. *Rev Panam Salud Publica*, 29(5), 344-9.
- Guilherme, P. R., Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., & Regalla, M. A. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 201-207.
- Harris, N. (1995). *Vida e obra de Dalí* (T. M. Rodrigues trad.). Rio de Janeiro, RJ: Ediouro.
- Harvey, E. A., Metcalfe, L. A., Herbert, S. D., & Fanton, J. H. (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 784-795.
- Heck, V. S. (2014). *A influência das invasões ambientais nos sintomas de ansiedade infantil: uma experiência de psicodiagnóstico interventivo* (Tese de doutorado) Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Hopf, H. (2007). Between empathy and setting limits--reflections on psychodynamics and treatment techniques in psychoanalytic therapies for hyperkinetic disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(4), 333-355.
- Hora, A. F., Silva, S., Ramos, M., Pontes, F., & Nobre, J. P. (2015). A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. *Psicologia*, 29(2), 47-62.
- Itaborahy, C., & Ortega, F. (2013). Methylphenidate in Brazil: a decade of publications. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 803-816

- Jones, B., & Allison, E. (2010). An integrated theory for attention-deficit hyperactivity disorder [ADHD]. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(3), 279-295.
- Kappel, D. (2016). Estudo da interação entre o gene LPHN3 e o agrupamento gênico NTAD no TDAH em adultos (Dissertação de mestrado, Instituto de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/150677>.
- Kim, P., Choi, C. S., Park, J. H., Joo, S. H., Kim, S. Y., Ko, H. M., ... & Shin, C. Y. (2014). Chronic exposure to ethanol of male mice before mating produces attention deficit hyperactivity disorder-like phenotype along with epigenetic dysregulation of dopamine transporter expression in mouse offspring. *Journal of neuroscience research*, 92(5), 658-670.
- Klautau, P., & Salem, P. (2009). Dependência e construção da confiança: A clínica psicanalítica nos limites da interpretação. *Natureza humana*, 11(2), 33-54.
- Laidlaw, C., & Howcroft, G. (2015). Encountering a cartwheeling princess: relational psychoanalytic therapy of a child with attachment difficulties and ADHD. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 27(3), 227-245.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1996). Vocabulário da Psicanálise. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Legnani, V. N., & Almeida, S. F. C. D. (2009). Hiperatividade: o "não-decidido" da estrutura ou o "infantil" ainda no tempo da infância. *Estilos da clínica*, 14(26), 14-35.
- Legnani, V. N. (2012). Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(2), 307-322.
- Leuzinger-Bohleber, M., Laezer, K. L., Pfenning-Meerkoetter, N., Fischmann, T., Wolff, A., & Green, J. (2011). Psychoanalytic treatment of ADHD children in the frame of two extraclinical Studies: The Frankfurt Prevention Study and the EVA Study. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 32-50.
- Lien, Y. T., Yeh, H. H., Soong, W. T., Jeng, S. F., Huang, N., & Chen, C. Y. (2015). Factors associated with treatment mode and termination among preschoolers with ADHD in Taiwan. *Psychiatric Services*, 66(2), 177-185.
- Loufti, K. S., & Carvalho, A. S. (2010). Possible interfaces between attention deficit hyperactivity disorder and epilepsy. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 146-155.

- Machado, C. M., Luiz, A. M. A. G., Marques Filho, A. B., Miyazaki, M. C. D. O. S., Domingos, N. A. M., & Cabrera, E. M. S. (2014). Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 16(2), 53-62.
- Maia, A. A., Gama, A. C. C., & Michalick-Triginelli, M. F. (2006). Relação entre transtorno do déficit de atenção/hiperatividade, dinâmica familiar, disfonia e nódulo vocal em crianças. *Revista ciências médicas (Campinas)*, 15(5), 379-389.
- Mariotto, R. M. M. (2012). Considerações teórico-clínicas sobre a hiperatividade em crianças. *Assoc. psicanal. Curitiba*, 24(1), 105-115.
- Martins, A. C. G., Souza, N. S. D., Machado, D. D. C. D., Bastos, V. H., Orsini, M., & Barbosa, A. D. M. (2014). Historical and diagnostic trajectory of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a literature review. *Revista Brasileira de Neurologia*, 50(2), 26-32.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2003). *Child psychology*. New York: Guilford Press.
- Mattos, P., Pinheiro, M. A., Rohde, L. A. P., & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 290-297.
- Mattos, P., Rohde, L. A., & Polanczyk, G. V. (2012). ADHD is undertreated in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 513-514.
- Mellier, D. (2013). Toddler's agitation, a review of literature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(3), 160-165.
- Miranda, C. T., Santos Júnior, G., Aparecida, N., Pinheiro, M., & Stadler, R. D. C. L. (2011). Questionário SNAP-IV: a utilização de um instrumento para identificar alunos hiperativos. Trabalho apresentado no *Encontro Nacional de Pesquisa em Ciências* (pp. 1-12). Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas.
- Mishima, F. K. T. (2007). *Investigação das características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais* (Dissertação de mestrado) Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Moreira, M. S., de Moraes, R. G., Moreira, E. A., Leite, S. F., Teixeira, C. C., Silva, M. E., & de Freitas, D. F. (2014). Uso de Psicofármacos em crianças e adolescentes. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 12(2), 1013-1049.

- Moura, R. D. S. (2012). *A percepção dos professores e a compreensão vigente sobre o TDAH e a relação com a prática docente* (Monografia de conclusão de graduação em Pedagogia da Faculdade de Educação, Universidade de Brasília). Recuperado em <http://bdm.unb.br/handle/10483/3263>.
- Neto, F. K., & Santos, R. A. N. (2013). TDA/H e o Neurocentrismo: reflexões acerca dos sintomas de desatenção e hiperatividade e seu lugar no registro das bioidentidades. *Vínculo*, 10(1), 38-44.
- Outeiral, J., & Moura, L. (2002). *Paixão e criatividade: um estudo sobre Frida Kahlo, Camille Claudel e Coco Chanel*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- Organização Mundial de Saúde. (1993) *Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pacheco Filho, R. A. (2000). O método de Freud para produzir conhecimento: revolução na investigação dos fenômenos psíquicos. In R. A. Pacheco Filho, N. Coelho Júnior, & M. D. Rosa (Orgs.), *Ciência, pesquisa, representação e realidade em Psicanálise* (pp. 235-270). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Pappas, D. (2006). ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation. *Journal of psychoeducational assessment*, 24(2), 172-178.
- Pastorello, J., Rodrigues, A. P., de Oliveira, C., & Mozzer, E. B. (2016). Possíveis causas do aumento do uso de metilfenidato nas crianças brasileiras. In *Anais de Medicina, Trabalho apresentado na II Jornada acadêmica interdisciplinar internacional do curso de medicina* (pp. 105-106). Editora Unoesc.
- Patterson, G. R., DeGarmo, D. S., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychology*, 12(1), 91-106.
- Pires, T. D. O., Silva, C. M. F. P. D., & Assis, S. G. D. (2012). Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Saúde Pública*, 46(4), 624-633.
- Poeta, L. S., & Rosa, F. N. (2004). Estudos Epidemiológicos dos sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade e Transtornos de Comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usado em EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 150-5.
- Polanczyk, G. V. (2008). *Estudo da prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta* (Dissertação de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12635>.

- Rodrigues, A. C. P. V., & Leite, Á. J. M. (2016). Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade: causas, sintomas, diagnóstico e tratamento. *Revista de Medicina da UFC*, 56(2), 72.
- Rohde, L. A. P., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de Atenção/Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 7-11.
- Rohde, L. A. P., & Halpern, R. (2004). Transtorno de Atenção/Hiperatividade: Atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 61-70.
- Romanelli, G., & Carvalho, M. D. C. (2003). Autoridade e poder na família. In M. C. B. Carvalho (Org.), *A família contemporânea em debate* (pp. 73-88). São Paulo, SP: Cortez.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo, SP: Unimarco.
- Salomonsson, B. (2006). The impact of words on children with ADHD and DAMP Consequences for psychoanalytic technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 1029-1047.
- Scaglia, A. P. (2012). *Experiência paterna em diferentes configurações familiares e o desenvolvimento do self infantil* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto). Recuperado em http://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/18_12_2012__14_58_26__61.pdf.
- Schicotti, R. V. D. O. (2013). *TDAH e infância contemporânea: um olhar a partir da psicanálise*. (Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho). Recuperado em <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/105623>.
- Schicotti, R. V. D. O., Abrão, J. L. F., & Gouveia Júnior, S. A. (2014). TDAH e medicalização: Considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por diagnosticadas. *Nuances: estudos sobre Educação*, 25(1), 135-154.
- Schroeder V. M., & Kelley M. L. (2009). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 18(2), 227-35.
- Seabra, A. G., Martins, N., & Toniatti, B. Capovilla, A. G. S., Ferracini, F., Dias, N. M., Trevisan, B. T., & Montiel, J. M. (2007). Teste de Nomeação de Figuras: evidências de precisão e validade em crianças pré-escolares. *Psicologia em Pesquisa*, 1(2), 23-31.

- Shimizu, H. E., & Ciampone, M. H. T. (1999). Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. *Revista escola enfermagem USP*, 33(1), 95-106.
- Silva, E. J. C. (2005). Transtornos do déficit de atenção com hiperatividade em adolescentes. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 25-29.
- Silva, L. A., & Alvarenga, P. (2013). Práticas educativas maternas e comportamentos infantis no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Temas em Psicologia*, 21(2), 361-377.
- Soifer, R. (1982). *Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo* (E. F. Alves trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Szejer, M. (2002). Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In L. Corrêa Filho, M. E. G. Corrêa, & P. S. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 299-323). Brasília, DF: L.G.E.
- Tachibana, M. (2006). Rabiscando desenhos-histórias: Encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP). Recuperado em <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/165>.
- Takeda, T., Ambrosini, P. J., Berardinis, R., & Elia, J. (2012). What can ADHD without comorbidity teach us about comorbidity?. *Research in developmental disabilities*, 33(2), 419-425.
- Thisted, J. A. (2011). Psychoanalysis and social anthropology. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 23(105), 364-368.
- Thomas, J., & Willems, G. (2001). *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant: approche neurocognitive*. Paris: Masson.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa – Definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa – Construção Teórico-Epistemológica, discussão comparada e aplicada nas áreas de saúde e humanas* (3a ed.) Petrópolis, RJ: Vozes.

- Whalen, C.K., & Henker, B. (1999). The child with attention deficit hyperactivity disorder in family contexts. In H.C. Quay, & A.E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp.139-155). New York: Plenum.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu, & V. Nobre, trads.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W (1987). *Privação e delinquência*. (A. Cabral, trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. (D. L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1988)
- Winnicott, D. W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise* (D. L. Bogolometz, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D. W. (2005). *Tudo começa em casa* (P. Sandler, trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986)
- Winnicott, D. W. (2007). *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1979).
- Winnicott, D. W. (2011). *A família e o desenvolvimento individual* (M. B. Cipolla, trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (2013). *A criança e o seu mundo* (A. Cabral, trad.). Rio de Janeiro, RJ: LTC. (Trabalho original publicado em 1964)
- Yanof, J. A. (2011). Treating children with affect dysregulation. Discussion of Dr. Wendy Olesker's analysis of Matt. *The Psychoanalytic study of the child*, 66(1), 109-121.

APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO À SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO PARTICIPANTE.

Prezado(a) Secretário(a) da Saúde _____.

Apresento-me como psicóloga e aluna do curso de Pós-graduação (mestrado) em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, sob a orientação da docente Profa. Dra. Valéria Barbieri do Departamento de Psicologia. Desenvolvo o projeto de pesquisa chamado “A experiência materna e desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDA/H”, com o objetivo de compreender, por meio dos estímulos de um instrumento projetivo, como se processa a experiência materna de mulheres com filhos diagnosticados com TDA/H, associando suas vivências ao desenvolvimento emocional das crianças.

Peço gentilmente a colaboração da Secretaria da Saúde da seguinte forma:

- permitindo as indicações de crianças (a princípio 4 meninos) diagnosticados com TDA/H e suas mães, pelo(a) Médico(a) Psiquiatra Infantil Dr(a). _____, que trabalha no Ambulatório de Saúde Mental do presente município.

- disponibilizando uma sala com mesa, cadeiras e condições adequadas para a aplicação da pesquisa, no Ambulatório de Saúde Mental, em dias e horários convenientes para a instituição e para os participantes.

As atividades desenvolvidas com os participantes serão as seguintes:

- 1) **Com a mãe:** uma sessão em torno de uma hora e meia, nas quais serão feitas atividades envolvendo preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, da Ficha de identificação e a criação de histórias a partir da observação de cartões com desenhos de animais em situações familiares.
- 2) **Com a criança:** uma sessão em torno de uma hora e meia, na qual ele realizará um teste de avaliação intelectual e a criação de histórias a partir da observação de cartões com desenhos de animais em situações familiares (os mesmos cartões com que a mãe teve contato).

Assim, está prevista uma sessão com a mãe e uma com a criança. Todos os casos serão avaliados por mim, e os encontros serão realizados no Ambulatório de Saúde Mental, em horário a combinar, respeitando a disponibilidade da família.

Se for constatada a necessidade de atendimento psicológico, caso seja do interesse da mãe, a criança ou ela mesma, poderão ser encaminhadas para atendimento gratuito no serviço de psicoterapia do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA) da FFCLRP-USP ou para atendimento psicoterápico com o próprio pesquisador no CPA, também de forma gratuita, devidamente supervisionado pela orientadora do projeto.

As informações obtidas durante o trabalho são sigilosas, e embora os dados possam ser divulgados em congressos e artigos científicos de circulação restrita aos profissionais da área, haverá alteração da identificação dos participantes, de modo a preservar o sigilo ético.

Sua colaboração, bem como a das mães e dos meninos é voluntária, e a recusa em participar ou a desistência ao longo do processo não implicam em qualquer tipo de penalidade ou ônus. Se houver necessidade de qualquer informação anterior ao início do trabalho ou no decorrer dele, esta poderá ser requisitada comigo.

Não haverá riscos diretos nem para os profissionais colaboradores da pesquisa, nem para os participantes, a não ser a possibilidade de se emocionarem como em um atendimento psicoterápico comum; caso isso aconteça será oferecido atendimento psicológico imediato.

Os benefícios da pesquisa também não serão diretos. Os participantes, ao final das atividades, caso desejarem, receberão uma devolutiva do andamento do trabalho realizado, bem como a possibilidade de receber atendimento psicológico se for necessário.

Pretende-se usar um gravador de áudio durante os encontros, para garantir a fidelidade das informações recolhidas. Esta informação será enfatizada e o participante poderá se recusar a aceitar.

Caso concorde em colaborar com a investigação, peço que assine o termo de autorização abaixo. Uma via ficará sob minha responsabilidade e a outra via será entregue a você, e caso a senhora necessite de informações adicionais anteriormente ao início da pesquisa ou no decorrer dela, poderá requerê-la por meio do telefone ou do e-mail abaixo relacionados. Agradeço por sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Diante do exposto, declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo voluntariamente em contribuir com a pesquisa intitulada “A experiência materna e desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”, desenvolvida pela psicóloga e aluna da Pós-graduação Ana Paula Mucha, autorizando o fornecimento de indicações de meninos com o diagnóstico de TDA/H e suas mães, que poderão participar do estudo, e disponibilizando uma sala para a aplicação da pesquisa no Ambulatório de Saúde Mental. Declaro estar ciente das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual guardo uma cópia, o que me permitirá entrar em contato com os pesquisadores em algum outro momento, caso eu deseje ou sinta necessidade de obter novos esclarecimentos.

_____, _____ de, _____ de, _____

Secretária da Saúde

Sr(a): _____

RG: _____

Pesquisadora responsável
Ana Paula Mucha

Orientadora da Pesquisa
Profa. Dra. Valéria Barbieri

Endereço para contato com a pesquisadora:

Ana Paula Mucha, e-mail: anapaulamucha@yahoo.com.br e telefone: 16 98204 5402

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Departamento de Psicologia, Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP.

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO AO MÉDICO(A) PSQUIATRA.

Ao Dr(a). _____.

Apresento-me como psicóloga e aluna do curso de Pós-graduação (mestrado) em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Valéria Barbieri do Departamento de Psicologia. Desenvolvo o projeto de pesquisa chamado “Experiência materna e desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDA/H”, com o objetivo de compreender, por meio dos estímulos de um instrumento projetivo, como se processa a experiência materna de mulheres com filhos diagnosticados com TDA/H, associando suas vivências ao desenvolvimento emocional das crianças.

Peço gentilmente sua cooperação fornecendo indicações de crianças diagnosticadas com TDA/H e suas mães, que poderiam compor a amostra de participantes dessa investigação.

As atividades serão as seguintes:

- 1) **Com a mãe:** uma sessão em torno de uma hora e meia, nas quais serão feitas atividades envolvendo o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, da Ficha de identificação e a criação de histórias a partir da observação de cartões com desenhos de animais em situações familiares.
- 2) **Com a criança:** uma sessão em torno de uma hora e meia, na qual ele realizará um teste de avaliação intelectual e criará histórias a partir da observação de cartões com desenhos de animais em situações familiares (os mesmos com que a mãe teve contato).

Assim, está prevista uma sessão com a mãe e uma com a criança. Todos os casos serão avaliados por mim, e os encontros serão realizados no Ambulatório de Saúde Mental nesta cidade, em horário a combinar, respeitando a disponibilidade da instituição e da família.

Se for constatada a necessidade de atendimento psicológico, caso seja do interesse da mãe, a criança ou ela mesma, poderão ser encaminhadas para atendimento gratuito no serviço de psicoterapia do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA) da FFCLRP-USP ou para atendimento psicoterápico com o próprio pesquisador no CPA, também de forma gratuita, devidamente supervisionado pela orientadora do projeto.

As informações obtidas durante o trabalho são sigilosas, e embora os dados possam ser divulgados em congressos e artigos científicos de circulação restrita aos profissionais da área, haverá alteração de identificação dos participantes, de modo a preservar o sigilo ético.

Sua colaboração, bem como a das mães e dos meninos é voluntária, e a recusa em participar ou a desistência ao longo do processo não implicam em qualquer tipo de penalidade ou ônus. Se houver necessidade de qualquer informação anterior ao início do trabalho ou no decorrer dele, esta poderá ser requisitada comigo.

Não haverá riscos diretos nem para os profissionais colaboradores da pesquisa, nem para os participantes, a não ser a possibilidade de se emocionarem como em um atendimento psicoterápico comum; caso isso aconteça será oferecido atendimento psicológico imediato.

Os benefícios da pesquisa também não serão diretos. Os participantes, ao final, caso desejarem, receberão uma devolutiva das atividades realizadas na pesquisa, bem como a possibilidade de receber atendimento psicológico se for necessário.

Pretende-se usar um gravador de áudio durante os encontros, para garantir a fidelidade das informações recolhidas. Esta informação será enfatizada e o participante poderá se recusar a aceitar.

Caso concorde em colaborar com a investigação, peço que assine o termo de autorização abaixo. Uma via ficará sob minha responsabilidade e a outra via será entregue a você, e caso o(a) senhor(a) necessite de informações adicionais anteriormente ao início da pesquisa ou no decorrer dela, poderá requerê-la por meio do telefone ou do e-mail abaixo relacionados. Agradeço por sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Diante do exposto, declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo voluntariamente em contribuir com a pesquisa intitulada “A experiência materna e desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”, desenvolvida pela psicóloga e aluna da Pós-graduação Ana Paula Mucha, fornecendo indicações de meninos diagnosticados com TDA/H e suas mães, que poderão participar do estudo, além de fornecer dados de como realizei o diagnóstico destas crianças. Declaro estar ciente das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual guardo uma cópia, o que me permitirá entrar em contato com os pesquisadores em algum outro momento, caso eu deseje ou sinta necessidade de obter novos esclarecimentos.

_____, _____ de, _____ de, _____

Dr(a) _____

Psiquiatra infantil

CRM: _____

Pesquisadora responsável
Ana Paula Mucha

Orientadora da Pesquisa
Profa. Dra. Valéria Barbieri

Endereço para contato com a pesquisadora:

Ana Paula Mucha, e-mail: anapaulamucha@yahoo.com.br e telefone: 16 98204 5402

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Departamento de Psicologia, Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP.

Apêndice 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO ÀS MÃES PARTICIPANTES DA PESQUISA

Sra. _____, Mãe.

Você está convidada a participar da pesquisa “A experiência materna e desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDA/H”. O objetivo desta pesquisa é compreender como se processa a experiência materna de mulheres com filhos diagnosticados com TDAH, associando suas vivências ao desenvolvimento emocional das crianças.

A pesquisa será desenvolvida por mim, psicóloga e aluna do curso de Pós-graduação (mestrado) em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Valéria Barbieri do Departamento de Psicologia.

Ela se justifica devido à alta incidência de casos de TDA/H, quadro cujas as causas permanecem em investigação; portanto estudos como este podem colaborar para entender aspectos dessa patologia e do auxílio ao seu tratamento.

Por isso, como seu filho apresenta aspectos que condizem com o que queremos investigar, o TDA/H, solicito a sua colaboração autorizando a sua participação na pesquisa.

As atividades serão as seguintes:

Primeira etapa

- 1 sessão com a mãe para o preenchimento deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, da Ficha de identificação da mãe e da criança e da Tabela de pontuação Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2014.
- 1 sessão com a criança para a aplicação da Escala de Maturidade Mental Colúmbia.

Após o resultado dessas avaliações algumas mães e crianças serão convidadas para a próxima etapa; as demais, caso desejem, poderão vir conversar comigo sobre as razões da não continuidade do processo.

Segunda etapa

- 1 sessão com a mãe para a realização de uma atividade de contar histórias a partir de figuras de um instrumento de avaliação de personalidade denominado CAT-A.
- 1 sessão com a criança para a realização da mesma atividade que a mãe.

Assim ao todo, estão previstas 2 sessões com a mãe e 2 sessões com a criança. Cada sessão terá uma hora de duração aproximadamente. Todos os casos serão avaliados por mim, e os encontros serão realizados nas dependências do Ambulatório de Saúde Mental, em horário a combinar, respeitando sua disponibilidade.

Os meninos participantes deverão ter entre 7 e 10 anos.

Não há riscos significativos em participar dessa pesquisa. Contudo, caso você queira algum tipo de orientação, suporte ou mesmo atendimento psicológico, você poderá requerer junto à psicóloga responsável pela pesquisa.

Informo ainda que, caso você deseje, existe a possibilidade ao final do processo, de uma entrevista devolutiva das atividades realizadas na pesquisa, em que eu explicarei os resultados de sua avaliação e de seu filho. Assim, fica assegurado que os participantes sairão da pesquisa, minimamente, com uma nova habilidade ou compreensão sobre aspectos de seu comportamento ou personalidade.

Se, durante o processo de avaliação, for constatada a necessidade de atendimento psicológico para você ou seu filho, poderá haver o encaminhamento para atendimento gratuito oferecido pela pesquisadora responsável em consultório.

Seus dados pessoais estão sob sigilo e sua identidade será sempre preservada, garantindo seu anonimato, de forma a evitar constrangimentos ou prejuízos.

Haverá ressarcimento do gasto relativo ao transporte para o seu deslocamento até o Ambulatório de Saúde Mental, decorrente de sua colaboração com a pesquisa.

Sua colaboração é voluntária e a recusa em participar ou a desistência ao longo do processo não implicam em qualquer tipo de penalidade ou ônus. Portanto você é livre para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, bastando comunicar o seu desejo.

Se você necessitar de qualquer informação adicional anterior ao início da pesquisa, no decorrer dela ou no final, poderá requerê-la diretamente comigo ou com a psicóloga, docente e orientadora da pesquisa Profa. Dra. Valéria Barbieri, no seguinte endereço:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Departamento de Psicologia, Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP. E-mail: anapaulamucha@yahoo.com.br e telefone: (16) 3315-3793

Pretende-se usar um gravador de áudio mp3 durante os encontros para garantir a fidelidade das informações recolhidas, mas você poderá se recusar a aceitar as gravações.

Para eventuais dúvidas sobre questões éticas do projeto entre em contato com o *Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil. Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3633-2660. E-mail: coetp@ffclrp.usp.br*

Caso concorde em assinar, solicito que assine duas vias do termo de autorização em anexo. Uma via ficará sob minha responsabilidade e a outra via será entregue a você.

Diante do exposto, eu _____
declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura da participante: _____

RG: _____

Ana Paula Mucha
Pesquisadora responsável
Telefone: (16) 3315-3793

Profa. Dra. Valéria Barbieri
Orientadora da pesquisa

Apêndice 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO AOS RESPONSÁVEIS (MÃES) PELAS CRIANÇAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Prezada Sra. _____,

Seu filho está convidado a participar da pesquisa “A experiência materna e desenvolvimento do *Self* de crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDA/H”. O objetivo desta pesquisa é compreender como se processa a experiência materna de mulheres com filhos diagnosticados com TDA/H, associando suas vivências ao desenvolvimento emocional das crianças.

A pesquisa será desenvolvida por mim, psicóloga e aluna do curso de Pós-graduação (mestrado) em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Valéria Barbieri do Departamento de Psicologia.

Ela se justifica devido à alta incidência de casos de TDA/H, quadro cujas as causas permanecem em investigação; portanto estudos como este podem colaborar para entender aspectos dessa patologia e do auxílio ao seu tratamento.

Por isso, como seu filho apresenta aspectos que condizem com o que queremos investigar, o TDA/H, solicito sua colaboração autorizando a participação dele na pesquisa.

As atividades serão as seguintes:

Primeira etapa

- 1 sessão com a mãe para o preenchimento deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, da Ficha de identificação da mãe e da criança e da Tabela de pontuação Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2014.
- 1 sessão com a criança para a aplicação da Escala de Maturidade Mental Colúmbia.

Após o resultado dessas avaliações algumas mães e crianças serão convidadas para a próxima etapa; as demais, caso desejem, poderão vir conversar comigo sobre as razões da não continuidade do processo.

Segunda etapa

- 1 sessão com a mãe para a realização de uma atividade de contar histórias a partir de figuras de um instrumento de avaliação de personalidade denominado CAT-A.
- 1 sessão com a criança para a realização da mesma atividade que a mãe.

Assim ao todo, estão previstas 2 sessões com a mãe e 2 sessões com a criança. Cada sessão terá uma hora de duração aproximadamente. Todos os casos serão avaliados por mim, e os encontros serão realizados nas dependências do Ambulatório de Saúde Mental, em horário a combinar, respeitando sua disponibilidade.

Os meninos participantes deverão ter entre 7 e 10 anos.

Não há riscos significativos em participar dessa pesquisa. Contudo, caso você ou seu filho desejem algum tipo de orientação, suporte ou mesmo atendimento psicológico, vocês poderão requere-lo junto à psicóloga responsável pela pesquisa.

Informo ainda que, caso vocês desejem, existe a possibilidade ao final do processo, de uma entrevista devolutiva das atividades realizadas na pesquisa, em que eu explicarei os resultados de sua avaliação e de seu filho. Assim, fica assegurado que os participantes sairão da pesquisa, minimamente, com uma nova habilidade ou compreensão sobre aspectos de seu comportamento ou personalidade.

Se, durante o processo de avaliação, for constatada a necessidade de atendimento psicológico para você ou seu filho, poderá haver o encaminhamento para atendimento gratuito oferecido pela pesquisadora responsável em consultório.

Os dados pessoais de seu filho estão sob sigilo e sua identidade será sempre preservada, garantindo seu anonimato, de forma a evitar constrangimentos ou prejuízos.

Haverá ressarcimento do gasto relativo ao transporte para o seu deslocamento até o Ambulatório de Saúde Mental, decorrente de sua colaboração com a pesquisa.

Sua colaboração e de seu filho são voluntárias e a recusa em participar ou a desistência ao longo do processo não implicam em qualquer tipo de penalidade ou ônus. Portanto vocês estão livres para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, bastando comunicar o desejo de vocês.

Se vocês necessitarem de qualquer informação adicional anterior ao início da pesquisa, no decorrer dela ou no final, poderão requerê-la diretamente comigo ou com a psicóloga, docente e orientadora da pesquisa Profa. Dra. Valéria Barbieri, no seguinte endereço:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Departamento de Psicologia, Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP. E-mail: anapaulamucha@yahoo.com.br e telefone: (16) 3315-3793

Pretende-se usar um gravador de áudio mp3 durante os encontros, para garantir a fidelidade das informações recolhidas, mas vocês poderão se recusar a aceitar as gravações.

Para eventuais dúvidas sobre questões éticas do projeto entre em contato com o *Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil. Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3633-2660. E-mail: coetp@ffclrp.usp.br*

Caso concorde que seu filho participe, solicito que assine duas vias deste termo. Uma via ficará sob minha responsabilidade e a outra via será entregue a você.

Diante do exposto, eu _____ declaro que estou ciente das informações recebidas e que autorizo meu filho a participar desta pesquisa.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura da responsável (mãe)

RG: _____

Nome do participante: _____

Ana Paula Mucha
Pesquisadora responsável
Telefone: (16) 3315-3793

Profa. Dra. Valéria Barbieri
Orientadora da pesquisa

Apêndice 5 - Ficha de identificação da mãe e da criança**DADOS DA MÃE**

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Número de filhos: _____

O pai e/ou a mãe possuem algum problema de saúde física ou mental? Fazem uso de medicação?

DADOS DA CRIANÇA

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Série escolar: _____

Nome da escola em que estuda: _____

Escola pública ou privada: _____

Ordem do nascimento: _____

Dados dos irmãos, sexo, idade, escolaridade, ordem de nascimento : _____

A criança possui algum problema de saúde física ou mental? Faz uso de medicação?

ANEXOS

Anexo 1 - CRITÉRIO BRASIL DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2014

Posse de itens de conforto doméstico	Não possui	Possui 1 item	Possui 2 itens	Possui 3 itens	Possui 4 ou mais itens
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	6	6	6
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Escolaridade da pessoa de referência (antigo “chefe de família”)

Nomenclatura Antiga		Nomenclatura Atual
Analfabeto / Primário incompleto	0	Analfabeto / até 3ª série Ensino Fundamental
Primário completo / Ginásial incompleto	1	4ª série do Ensino Fundamental / Ensino Fundamental II incompleto (até 7ª Série Ensino Fundamental)
Ginásial completo / Colegial incompleto	2	Ensino Fundamental II completo / Médio Incompleto
Colegial completo / Superior incompleto	4	Médio completo / Superior incompleto
Superior completo	7	Superior completo

Pontos de corte	
Estrato 1	43 – 100
Estrato 2	37 – 42
Estrato 3	26 – 36
Estrato 4	19 – 25
Estrato 5	15 – 18
Estrato 6	11 – 14
Estrato 7	0 – 10

Anexo 2 - Descrição dos cartões que serão utilizados do CAT-A, segundo Bellak, (2010).

Cartão 1: “ Três pintinhos estão sentados à mesa, um deles sem guardanapo. No fundo, há uma figura sombreada de um galináceo de sexo indefinido.”

Tema evocado: referentes à figura materna, ao ato de comer e atitudes diante da alimentação. Eventualmente podem ser percebidas referências à rivalidade fraterna.

Cartão 2: “ Três ursos puxam uma corda, um pequeno e um médio de um lado, um grande do outro.”

Tema evocado: percepção do conflito edípico e temas relacionados à competitividade que podem revelar a segurança ou insegurança da criança quanto à própria capacidade.

Cartão 3: “Um leão está sentado em uma cadeira, segurando um cachimbo; uma bengala pode ser vista, apoiada na cadeira. Ao fundo há um ratinho, dentro de um buraco na parede”.

Tema evocado: percepção das figuras parentais e da própria criança diante dos pais e a relação com a autoridade.

Cartão 4: “A mãe canguru leva um bebê em sua bolsa e uma cesta na mão direita. O bebê segura uma bexiga. Um pequeno canguru segue atrás, de bicicleta”.

Tema evocado: situações de lazer e relação com a figura materna. Questões de rivalidade fraterna e temas relacionados à alimentação.

Cartão 8: “Vários macacos tomam chá e interagem em uma sala. No primeiro plano, um macaco adulto conversa com um macaco pequeno. Na parede do fundo observa-se um retrato de uma macaca anciã.”

Tema evocado: identificação com a figura parental e sentimentos de proteção e aceitação por parte dessa figura. O estímulo costuma revelar qual é o papel da criança na constelação familiar, assim como aspectos da dinâmica familiar.

Referência

Bellak, L. & Abrams, D. M. (2010). *CAT-A: Teste de Apercepção Infantil: figuras de animais* (Coleção CAT-A; v.1, M. C. V. M. Silva, trad.). São Paulo, SP: Vetor.

Anexo 3 - Aprovação para a realização da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/091-dgfs

Ribeirão Preto, 14 de setembro de 2015.

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "**Experiência Materna e o desenvolvimento do Self de crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**" foi analisado *ad referendum* do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 45378215.3.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
 Coordenadora

À Senhora
Ana Paula Mucha
 Programa de Pós – Graduação em Psicologia da FFCLRP/USP