

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 Original

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.

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.

Capa: Ilustração com a tela de Salvador Dalí “*Madonna of Port Lligat*” (1949) (óleo sobre tela).

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: Nomenclatura adotada ao longo do tempo para o TDA/H e seu contexto histórico | 25 |
| Tabela 2: Nomes fictícios dos participantes, idades e escolaridades | 57 |

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 | 32 |
| 1.2 A família e o desenvolvimento emocional infantil: contribuições da Psicanálise | 35 |
| 1.3 A teoria winnicottiana do amadurecimento emocional infantil..... | 37 |
| 1.3.1 A mãe..... | 38 |
| 1.3.2 O desenvolvimento do <i>Self</i> infantil | 44 |
| 2 OBJETIVO..... | 51 |
| 3 MÉTODO | 53 |
| 3.1 Participantes..... | 56 |
| 3.2 Instrumentos | 57 |
| 3.3 Procedimentos | 59 |
| 3.4 Análise de dados..... | 61 |
| 3.5 Considerações éticas..... | 62 |
| 4 RESULTADOS | 63 |
| 4.1 Caso 1 | 63 |
| 4.1.1 Narrativa Carla | 64 |
| 4.1.2 Interpretação da narrativa – Carla | 76 |
| 4.1.3 Narrativa Davi | 79 |
| 4.1.4 Interpretação da Narrativa - Davi | 84 |
| 4.1.5 Síntese da Díade | 86 |
| 4.2 Caso 2 | 88 |
| 4.2.1 Narrativa Maria..... | 89 |
| 4.2.2 Interpretação da narrativa – Maria..... | 101 |
| 4.2.3 Narrativa Pedro..... | 103 |
| 4.2.4 Interpretação da narrativa – Pedro..... | 106 |
| 4.2.5 Síntese da Díade | 108 |

| | |
|--|------------|
| 4.3 Caso 3..... | 109 |
| 4.3.1 Narrativa Júlia..... | 110 |
| 4.3.2 Interpretação da narrativa de Júlia..... | 121 |
| 4.3.3 Narrativa Vinícius..... | 124 |
| 4.3.4 Interpretação da narrativa – Vinícius..... | 127 |
| 4.3.5 Síntese da Díade..... | 129 |
| 4.4 Caso 4..... | 131 |
| 4.4.1 Narrativa Sônia..... | 132 |
| 4.4.2 Interpretação da narrativa – Sônia..... | 141 |
| 4.4.3 Narrativa Marcos..... | 145 |
| 4.4.4 Interpretação da narrativa - Marcos..... | 148 |
| 4.4.5 Síntese da Díade..... | 150 |
| 4.5 Síntese das narrativas das mães..... | 152 |
| 4.6 Sínteses das narrativas das crianças..... | 155 |
| 4.7 Síntese das díades..... | 158 |
| 5 DISCUSSÃO..... | 161 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 169 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 171 |
| APÊNDICES..... | 183 |
| Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido à secretaria da saúde do município participante..... | 183 |
| Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido ao médico(a) psiquiatra..... | 185 |
| Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido às mães participantes da pesquisa..... | 187 |
| Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido aos responsáveis (mães) pelas crianças participantes da pesquisa..... | 189 |
| Apêndice 5 - Ficha de identificação da mãe e da criança..... | 191 |
| ANEXOS..... | 193 |
| Anexo 1 - Critério Brasil de classificação econômica..... | 193 |
| Anexo 2 - Descrição dos cartões que serão utilizados do CAT-A, segundo Bellak, (2010). 195 | 195 |
| Anexo 3 - Aprovação para a realização da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP..... | 196 |

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 Madona 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).

A tabela 1 apresenta uma perspectiva temporal das principais nomenclaturas e características associadas com esse transtorno através dos anos.

Tabela 1: Nomenclatura adotada ao longo do tempo para o TDA/H e seu contexto histórico

| Ano | Nomenclatura | Contexto histórico |
|------|---|---|
| 1940 | Lesão cerebral mínima | Não foi aceito pela dificuldade na confirmação de uma lesão |
| 1960 | Disfunção cerebral mínima | Proposto pelo DSM-I. Alterou a ideia de estrutura para função |
| 1968 | Reação Hipercinética da Infância e da Adolescência | Proposto pelo DSM-II que não definiu critérios de diagnóstico |
| 1980 | Transtorno de Déficit de Atenção | Proposto pelo DSM-III. Incluiu a condição de desatenção e impulsividade associada ou não à hiperatividade |
| 1980 | Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade | Declaração aprovada durante a revisão do DSM-III |
| 1994 | Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade | Proposto pelo DSM-IV. Inclui critérios diagnósticos bem estabelecidos |
| 2014 | Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade | Proposto pelo DSM-5 |

(APA, 2014; 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 6 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) passaria 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-IV 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-IV e que são usados para rastreamento, 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 contribuiu 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 influenciariam 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

A abordagem de inspiração analítica está presente na segunda edição do DSM II (APA, 1968), que agrupa os problemas de hiperatividade, agitação, distração e falta de atenção sob a denominação diagnóstica de *reação hipercinética da infância*. O DSM II postula não apenas que a criança hiperativa “reage” às circunstâncias de vida que a afetam, mas também que se protege delas, recorrendo aos sintomas do transtorno. Essa edição ainda estabelece que o transtorno não pode ser consequência de uma lesão cerebral. O DSM III abandona a orientação psicanalítica e passa a enfatizar a dificuldade de atenção, renomeando-o como Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade. As edições mais recentes sofreram atualizações e atualmente o diagnóstico é feito a partir de uma abordagem multidimensional baseada em listas de sintomas (Dalgarrondo, 2008; Dumas, 2011). De acordo com Cheida e Monteiro (2014), os diagnósticos psiquiátricos baseados nesses manuais possuem bases biológicas de análise, em vez da descrição causal dos sintomas sentidos pelos sujeitos.

No início da década de setenta, Ajuriaguerra (1970), sob a influência da abordagem psicanalítica, apresentou as dimensões psicológicas e psicossociais da hiperatividade. Ela postulou que certas crianças, para se protegerem contra sentimentos invasivos de ansiedade difusa, de frustração ou de revolta, desenvolvem diversos sintomas de TDA/H, quase sempre em um contexto relacional bastante conflituoso. A hiperatividade e a falta de atenção, acompanhadas regularmente de comportamentos de oposição (crises de cólera, agressividade) e de dificuldades de aprendizagem (atraso intelectual, bloqueios), serviriam assim de proteção, permitindo a essas crianças evitar serem invadidas e dominadas pelas emoções que

elas transporiam ao mundo social e as transformariam em ações perturbadoras (Thomas & Willems, 2001; Dumas, 2011).

Leuzinger-Bohleber et al. (2011) compreendem o TDA/H como um produto de relações complexas, que envolve a história de vida e os aspectos inconscientes, relacionais, institucionais e sociais, bem como fatores neurobiológicos e genéticos. Nesse sentido, a Psicanálise auxiliaria na compreensão dessas realidades psíquicas como produtos de um entrelaçamento complexo de fatores inconscientes e da realidade, considerando, ainda, o aspecto biológico e as raízes sociais. Para eles, nesse contexto, o tratamento psicanalítico seria apropriado a essa condição e o uso de uma medicação seria bem-vindo. O artigo relacionado à psicanálise winnicottiana sugere que falhas ambientais no período de latência faz parte da etiologia do TDA/H (Dias, 2011).

Quanto à compreensão e às propostas para o tratamento do transtorno, os artigos abordam que é importante um olhar voltado para o sujeito em sua singularidade, e a intervenção do psicanalista não pode deixar de focalizar e analisar os efeitos das relações familiares, institucionais e sociais do ambiente escolar na posição subjetiva da criança diagnosticada com TDA/H, como é possível encontrar em Legnani e Almeida (2009), Jones e Allison (2010), Thisted (2011), Neto e Santos (2013), Couto e Castro (2015) e Laidlaw e Howcroft (2015).

O trabalho terapêutico envolvendo a criança e os pais é algo importante e sinalizado nos artigos como adequado e benéfico para o tratamento (Yanof, 2011; Legnani, 2012; Mellier, 2013). Observa-se que estudos estão sendo realizados como forma de promover e desenvolver técnicas para o tratamento com as crianças hiperativas, especialmente quanto ao brincar (boneco), como Yanof (2011) e Laidlaw e Howcroft (2015) descreveram em seus estudos.

Hopf (2007), a partir da condução da psicoterapia de diversas crianças acometidas por TDA/H, percebeu a grande dificuldade que elas tinham para fantasiar, fazendo uso dos jogos apenas de forma concreta. Além disso, as intervenções verbais não pareciam atingir os pacientes, o que estimulava contratransferências no analista, que o levavam à atuação. Diante disso, ele visualiza na Psicanálise uma teoria e um tratamento para o TDA/H e sugere aos terapeutas para trabalharem com essas crianças no sentido de aumentar a capacidade para a simbolização e a mentalização no relacionamento transferencial. Salomonsson (2006) compartilha da percepção de Hopf (2007) de que, durante a análise, as palavras são como objetos concretos e a situação emocional interna da criança é muito instável. Mesmo diante dessas descobertas, Hopf (2007), assim como Leuzinger-Bohleber et al. (2011), salientou a

importância e a colaboração do uso concomitante do medicamento e da Psicanálise para o tratamento para o transtorno.

Bois (2006), por outro lado, não percebe como positivo o uso de medicamentos no tratamento do TDA/H; ele afirma que o fármaco serviria para esconder as fantasias sádicas por trás de uma fachada bem educada, e, portanto, camuflaria o que o paciente realmente sente. O autor percebe na etiologia do transtorno um padrão de relacionamentos emocionais patológicos, acrescido à vulnerabilidade genética, às falhas ambientais e ao estabelecimento de relações simbióticas e narcisistas, em que a criança tenta atrair e evitar a atenção ao mesmo tempo. Sugere que a manifestação do TDA/H aparece como uma forma de afastar memórias traumáticas ou proteger-se de um colapso depressivo.

Salomonsson (2008) relata que encontrou reações muito peculiares em seus pacientes que apresentavam TDA/H, como a rejeição do conteúdo de uma interpretação. Ele afirma que, em sua clínica, esses pacientes recusam defensivamente não só o significado de uma interpretação, mas também as próprias palavras, pois estas são experimentadas como uma dor física.

Schicotti (2013) analisou as mães de crianças com TDA/H a partir do olhar psicanalítico e concluiu que elas, ora ofereceram uma vivência de separação brusca e violenta, ora se colocaram como fonte inesgotável de alimento e afeto, o que gera descontrole dos impulsos e evasão das situações que exigem esforço, pensamento e concentração. Ele também observou a existência de uma fusão com a mãe, aliada a um sentimento de desamparo paterno.

Benczik e Casella (2015), por sua vez, utilizou o CAT-A para investigar os aspectos psicodinâmicos envolvidos no TDA/H em meninos com inteligência média, compreendendo e interpretando as produções da criança no teste a partir da Teoria das Relações Objetais de Melanie Klein. Benczik e Casella (2015) atestou a eficácia do CAT-A para diferenciar as crianças com e sem TDA/H. Nesse sentido, os resultados principais da análise das histórias, feita às cegas, mostraram que os meninos com o transtorno apresentavam características como negação maníaca onipotente, trapaça, sentimentos derivados do instinto de morte, como raiva e inveja e tendências destrutivas.

Essas descrições relativas à vivência do TDA/H colocam em relevo os psicodinamismos individuais e familiares presentes na promoção e na manutenção desse transtorno, bem como o sofrimento emocional por ele provocado. Nesses termos, o referencial psicanalítico oferece a possibilidade de alcançar uma compreensão profunda da vivência subjetiva da criança acometida por esse transtorno e de sua família, fornecendo a matéria-

prima necessária para o seu tratamento psicológico, associado ou não ao uso de fármacos. Partindo do princípio de que o TDA/H tem a sua aparição ou sua perpetuação favorecidas pelo meio em que a criança vive, particularmente o modo como se desenrola a sua vida familiar (associada ou não a fatores genéticos), neste trabalho elegeremos a teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional para a sua compreensão. Essa opção se fundamenta na característica distintiva dessa vertente da Psicanálise, a saber, a consideração de que a constituição subjetiva do indivíduo (ou do seu *Self*) depende, para o seu desenvolvimento harmônico, de um ambiente facilitador que lhe promova um sentido de continuidade com o mundo. Desse modo, é na interação com o outro, na troca de experiências vividas nesses relacionamentos que a criança se torna um indivíduo capaz de existir no mundo de uma forma criativa, prazerosa e satisfatória, usufruindo do que ele lhe oferece e também contribuindo para o seu progresso.

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 inculcar 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 (Kloutau & 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

peças 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 chamada 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 e 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 flutuante¹ 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

¹ 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 livre² (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-flutuante³. 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.

² Associação livre é o método utilizado para expressão espontânea de todos os pensamentos que vierem a emergir (Laplanche & Pontalis, 1996).

³ 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 epistemometodológicos, 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 masculino⁴, 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

⁴ 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 2: 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 díades: (Anexo 1).

11) Escala de Maturidade Mental Colúmbia (EMMC). AEMMC 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).

12) 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: Carla⁵

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.

⁵ 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 Carla

Primeiro Encontro

Quando telefonei para marcar o encontro com a díade, quem atendeu foi o pai. A mãe não se encontrava em casa, o pai quis saber do que se tratava, e eu expliquei um pouco da pesquisa e como seria a coleta dos dados. Ele manifestou interesse e disse que eles participariam do estudo. Liguei em outro momento, e Carla confirmou a participação dela e

do menino. A médica da criança já havia relatado que quem acompanhava o menino às consultas era o pai, e que ela própria não conhecia a mãe.

No dia do encontro, chegaram no horário combinado. Carla e Davi aguardavam na recepção sentados. Convidei Carla a entrar e disse ao menino que depois da mãe seria a vez dele, que ele ficaria apenas alguns instantes ali com a secretária, que poderia ler gibi. Ele não aceitou a minha proposta: queria ficar com a mãe. Ela pediu a ele que esperasse sozinho enquanto ela fazia a entrevista, ele não aceitou novamente, e eles tiveram que negociar por alguns instantes. Percebi que ela queria que eu o convencesse a aguardar na sala de espera. Fiquei esperando até que ele aceitou, quando Carla lhe deu o celular para que ficasse jogando. Noto que essa é uma prática habitual da dupla.

Carla tinha aparência jovem, morena, cabelos lisos e compridos, baixa, um pouco acima do peso. Usava acessórios com temática infantil, como capa de celular de bichinho e personagens infantis na blusa, como o “Piu-Piu” e o “Frajola”. Demonstrava cansaço, mas não tinha sono. Aparentava ser uma mulher dependente, que seguia o que o marido propunha e parecia ser uma pessoa dócil. Colaborou com a coleta. Percebi que direcionou a pesquisa ao filho e ao fato dele ter dificuldades. Disse: *“Vim até aqui porque quero ajudar ele”*.

Li com ela os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (um autorizando a participação dela na pesquisa, e o outro, a participação do filho). Durante a leitura, ela não fez nenhum questionamento, apenas relatou que nunca havia participado de uma pesquisa, mas que já havia tido contato com psicólogas, tanto para ela quanto para o filho. Percebi que ela queria explicar que conhecia como era o trabalho de um psicólogo, mesmo assim expliquei que a pesquisa era diferente de um acompanhamento psicológico. Preenchi a ficha de identificação dela e da criança. No momento de dizer o número de seu telefone, ela ficou em dúvida e procurou o número na agenda. Também não conseguiu dizer com exatidão sua profissão: disse que se revezava em trabalhos domésticos e em ajudar o marido no comércio que eles tinham perto da casa onde moravam, mas que ficava mais em casa ultimamente. Perguntei qual o comércio que eles possuíam, mas ela teve dificuldades em explicar, entendi que era uma loja de roupas e uma mercearia. Quanto ao estado civil, explicou que estava casada com o pai dos seus dois filhos havia seis anos. Perguntei se eles viviam juntos antes disso, e ela disse que sim, pensou um pouco e acrescentou que a união com o marido existia há 14 anos. Percebi uma dificuldade em posicionar-se sobre sua própria vida, como pessoa. Quanto a apresentar algum problema de saúde, relatou que fazia uso de medicamento psiquiátrico antidepressivo havia quatro meses, uma vez ao dia, pela manhã, porém não sabia dizer o nome do medicamento. Contou que fizera tratamento para ansiedade e depressão havia

cerca de cinco anos, antes de ter o segundo filho. Após obter seus dados, preenchi as informações sobre o seu filho, as quais ela respondeu com mais precisão do que as suas. Preenchemos o Critério de Classificação Econômica (ABEP, 2014), o qual ela respondeu com facilidade. Fiz a contagem dos pontos rapidamente e vi que a família se enquadrava nos critérios de inclusão de minha pesquisa. Expliquei que o próximo passo seria com o menino, e fomos chamá-lo. Ele estava sentado na recepção. Ela pediu o celular, e ele o devolveu. Em seguida entrei com o menino para aplicar a Escala de Maturidade Mental Colúmbia (EMMC). Após a aplicação, voltei à recepção com o menino, e ela perguntou se ele se saiu bem, disse que sim, e combinamos o segundo encontro.

Segundo encontro

Eles chegaram no horário e aguardaram na recepção. Expliquei que o primeiro momento seria com a mãe, uma entrevista. Ela deixou o celular com ele para que se distraísse enquanto estava só. Entramos. Ela usava roupas confortáveis e, desta vez, estava com os cabelos presos e com uma blusa lisa amarela. Pedi para utilizar o gravador, ela concordou, e iniciamos a entrevista. Disse que gostaria que ela me falasse um pouco sobre como tinha sido e como foi ser mãe do Davi. Ela respondeu prontamente, com voz e postura diferentes das do primeiro encontro: a doçura em sua voz já não se fazia presente, e ela falava alto: *“Vou te falar que fácil não é. Eu já fiquei depressiva por causa dele, já briguei muito com meu marido por causa dele. Ele é uma criança que enfrenta a gente, que nada tá bom pra ele, nada faz ele feliz, sabe. Você tenta, mas...”*

Percebi um descontentamento em sua fala. Ela continuava falando um pouco sobre como era o relacionamento entre ele e o pai: *“Meu marido faz de tudo, nossa é um marido ótimo, mas também ele quer que o Davi vire um homem de bem, sabe, ele não gosta de coisa errada. Se ele vê o Davi ‘teimosiando’, respondendo, ele já fica nervoso, às vezes ele dá ‘uns tapa’ no Davi, às vezes eu tive que ficar no meio: eu sou mãe, eu vejo ele batendo, e ele é um homem grandão, aí, eu entro no meio, daí, acabo brigando com ele, brigo com o meu marido, e acolhendo o Davi.”*

Percebi que Carla e o marido não conseguiam entrar em um consenso na maneira de repreender o filho: apesar de ela reconhecer que bater não era adequado, ela não conseguia dialogar sobre isso com o marido e acabava por desautorizá-lo na frente do filho. Mesmo o defendendo, parecia que ele não melhorava seu comportamento, conforme a continuidade da sua fala pareceu demonstrar:

“Olha que ele já fez de tudo que você imaginar: ele faz cocô na roupa até hoje, ele faz xixi na cama, e TODO DIA (falava com tom mais alto, demonstrando o descontentamento e raiva que isso lhe causava), tem que por colchão no sol, tive que lavar lençol, tive que lavar edredom, porque todo dia ele faz.” Em seguida espontaneamente, falou sobre o sono: *“É um sono muito inquieto: levanta muito, se mexe muito. Hoje em dia até que ele dorme melhor, porque antigamente ele saía andando pela casa, ia beber água, ia comer, um sono muito perturbado, às vezes acordava gritando, assustado...”*

Percebi que, apesar de, em alguns aspectos, ter existido uma melhora com o crescimento, os cuidados que a mãe dispndia com o filho eram excessivos; ela também parecia senti-lo como um peso, como alguém muito invasivo e que não melhorava. Perguntei se ela percebia essas dificuldades desde muito pequeno, e ela respondeu: *“Desde pequenininho, inquieto, desde que ele nasceu, assim, ele sempre foi uma criança de não dormir muito, nunca foi de dormir (...) nunca dormiu.”* Carla sentia que necessitava dispendir um cuidado ininterrupto, sem folga. Deu continuidade contando sobre uma situação após o nascimento dele: *“Quando eu morava na minha mãe, quando ele nasceu, nós morávamos na minha mãe, eu e o meu marido, daí, a casa era muito ‘pequeninha’, eu tive que comprar um chiqueirinho porque ele não tinha como brincar, ele se mover, senão ele se machucava muito. Ele quebrou dois (chiqueirinhos) de tanto ficar chacoalhando, sabe, é uma criança muito inquieta.”* Salientei que ele parecia ter muita força também, o que ela complementou: *“Muito forte, sempre de ‘pequinim’ ele sempre foi ‘fortim’, ‘gordim’. No irmão ele bate bastante, ele briga muito, ele quer deixar o irmão dele nervoso.”*

Em seguida começou a relatar sobre sua angústia por não saber como lidar com o filho: não entendia os motivos que o fizeram ser como era, mas tinha sua hipótese do que poderia ter acontecido: *“É bem difícil, eu já cheguei a chorar, ficar aflita de como saber, de como lidar com ele; me perguntei ‘por quê ele é assim? O quê que aconteceu?’ Porque na gravidez eu queria muito ele. Meu marido não queria filho, mas eu queria muito (falava com ênfase). Foi uma gravidez muito desejada por mim, e eu tinha muito medo de perder ele, porque antes dele eu perdi um de dois meses, daí, eu passei sabe, os nove meses sem “se mexer” de medo de perder ele; qualquer coisinha eu corria pro médico: Ai, eu tô perdendo, tá tudo bem?; Eu acho que foi muito... de eu ficar muito assim, eu acho, assim, na minha cabeça foi porque ele nasceu assim, deu ficar tão... daí que nasceu também. A minha mãe, meu irmão, morava nós tudo junto, daí, a gente ficava muito em cima dele, sabe, ele era uma criança que não podia se mexer que: ‘Ai, ele vai ficar doente, vai cair, vai se machucar!’ A gente ficava... Ai, o outro, não (o segundo filho), o outro já é mais, mais largado, eu deixo*

brincar, não fiquei 'tãooo' apegada nele... o Davi não, a atenção era toda pra ele, 'dês da' gravidez até ele completar uns dois anos, era muito em cima dele..."

Notei que a mãe desejou a gravidez, e que, devido a uma primeira gestação que não se concretizou, se sentia insegura quanto à própria capacidade reprodutiva e quanto às condições da criança de se desenvolver bem. O ambiente familiar em que a díade vivia intensificou os cuidados excessivos dedicados à criança. Continuei a entrevista perguntando se essa situação tinha repetido na família, e se havia outras crianças como Davi, ela negou; em seguida falou um pouco sobre a própria infância e a do marido: *"A mãe do meu marido fala que ele fazia bagunça, mas era aquelas bagunça normal sabe, baguncinha de criança. Eu sempre fui muito quieta, aquela criança boba, envergonhada, se escondia, obedecia a mãe, agora o Davi, se vai falar com ele 'fia', ele não tá nem aí..."* Naquele momento percebi que a mãe se via na própria infância como uma criança submissa, e o filho como o oposto dela, fato que ela não via como positivo, como era possível observar quando perguntei sobre como ele reagia quando ela o repreendia ou dizia "não" para ele: *"Ele já vem querendo ser agressivo, às vezes ele até acaba me batendo, às vezes (parecia querer atenuar o fato), não é sempre. Ele já dá uma de... ele quer ser malandro, ele vê muito isso na televisão, daí, ele quer cantar funk e fica mexendo com o braço, imitando os 'funkeros', daí, nisso a mãe fica pensando, (o que vai ser) quando crescer nesse mundo de droga. Tudo que é proibido ele quer, tudo que é 'proibidão', que a gente não quer que ele canta funk, ele quer!... A gente vai na igreja evangélica, e na hora de falar que vai na igreja, 'fia', ele não gosta, ele briga, 'vixe', nossa, pra descer do carro a gente tem que puxar ele, ou a pastora ir lá conversar, é muito difícil, porque ele não quer, sabe? Ele gosta é de festa, bagunça, fala que vai bagunça, numa festa que tem música que ele quer."*

Ficou evidente para mim o quanto os comportamentos do filho eram opostos, e a tentativa da mãe de passar para outras pessoas a responsabilidade e o fardo de suportar a reação negativa e a baixa tolerância à frustração da criança, no caso à pastora da igreja. Os sentimentos que a mãe tinha quando via as condutas opostas eram tão negativos que até comportamentos esperados de uma criança contente, como gostar de músicas e festas, são vistos como ruins.

Notei que a mãe não falava muito sobre situações em que estavam juntos, mas tendia a falar mais sobre situações familiares, quando o pai estava presente; então, perguntei sobre como era quando os dois saíam juntos. Novamente ela não respondeu quanto a ambos, mas relatou uma situação familiar: *"Ele fica... pondo fogo no irmão pra ele fazer bagunça, aí, acaba os dois fazendo, ele fica cutucando o irmão, o irmão cai na dele, daí, os dois 'começa'*

a bagunçar. Aí, meu marido fica estressado, quer ir embora da lanchonete. Eu não fiquei tão estressada, mas meu marido é muito, eu já fiquei chateada. Saiu pra se divertir, arejar a cabeça, aí, chega lá e já acontece briga já, e acaba não dando certo.”

Percebi que a presença do pai era marcante em sua relação com os filhos, o que demonstrou sua dependência do marido. Também foi possível observar a decepção que foi para a mãe não concretizar um momento de divertimento em família, o quanto foi doloroso para ela o passeio não ter acontecido de uma forma gratificante. Assim como foi a maternidade, esses momentos eram muito desejados, mas não geraram os prazeres esperados.

Continuei a entrevista investigando como ela se sentia quando precisava chamar a atenção dele, se ela se sentia à vontade, ao que ela respondeu: *“Eu passei vergonha, porque às vezes ele quer me desafiar na frente da pessoa (falou baixinho, de forma envergonhada), ele fala ‘umas coisa’ que me ‘tira’... eu fiquei com vergonha sabe, ele fala muita coisa errado, tipo, ele vê na televisão, que nem, esses dias tinha um casal de amigo lá, e ele falou pro marido da minha amiga que a parte da mulher que é melhor é a de baixo. Olha as coisas que ele fala! (riu, mas ficou envergonhada), não tem por quê... então ele fala essas coisas (tom de espantada).”* Em seguida falou de como se sentia perante as outras pessoas: *“Daí, ‘cê’ fica... ‘cê’ é mãe e parece que ‘cê’ não tá dando educação, tá ensinando coisa errada pro teu filho, porque sempre quem leva é a mãe e o pai.”*

Sobre como se sentia vendo a agitação do filho, respondeu: *“Eu fiquei incomodada. Você sonha em ter um filho quieto, apesar que ele não é doente, graças a Deus, mas você quer chegar num lugar conversar, mas NÃO, onde ele chega, tem que derrubar a casa, ele mexe em tudo...”*

Seu relato mostrou que a idealização da maternidade foi algo que não se concretizou; pelo contrário, a maternidade se opôs às suas expectativas. Ela reagiu distanciando-se da situação, vendo o problema como estando unicamente no filho: *“E parece que é falta de educação da mãe, mas não é, porque já conversei com ele muito. É uma criança difícil de entrar na cabeça o que você tá passando com ele.”*

Com o término do seu relato referente à sua experiência como mãe, começou a apresentação dos cartões do CAT-A.

Ao visualizar o cartão 1, logo Carla respondeu: *“Bom na hora de comer é difícil, porque ele não é acostumado a sentar numa mesa e pôr o prato e comer direitinho, ele quer tá no sofá ‘largadão’, ‘sentadão’. Já tentei tirar essa mania, mas quem sou eu, é muito difícil. Daí, ele vai comer, ele já derruba tudo pro chão, daí, o irmão acaba fazendo isso junto com ele. Daí, todo dia eu tive que limpar a casa, aí, todo dia na hora do almoço já tá tudo limpo,*

ai, eu volto pra limpar tudo de novo, ai, eu já fiquei estressada e começo a xingar, fiquei revoltada com isso, de ter que fazer tudo de novo. É um horário bem complicado, o do almoço e da janta, porque eles bagunçam mesmo, jogam pro chão e não tá nem aí.”

Observei que não havia regras e limites no horário da refeição; a família também não se alimentava junto, e a mãe sentia-se impotente frente à situação, preferindo limpar a sujeira a tentar modificar algo em seu relacionamento com o filho. Chamou a atenção o fato de a cena repetir-se todos os dias; ela limpava e ele sujava. De certa forma, pareceu-me que ele queria causar um movimento na mãe, mobilizá-la, estragando algo que ela tivesse feito, no caso a comida e a limpeza.

Apresentei o cartão 2, ela olhava e ficava em silêncio pensativa, para então dizer: *“Então, às vezes o Davi tem mais força do que eu e o pai dele, ele quer ser maior que a gente, ele quer que a gente caia na dele, que a gente ‘obedece’ ele, ao invés dele obedecer a gente. Então, sempre ele quer ter mais força, mais do que eu, o pai dele, qualquer pessoa, vó, vó, qualquer pessoa ele sempre enfrenta e não quer saber, não.”* Notei o quanto a mãe se sentia fraca perante o filho e como o via como alguém forte. Perguntei se ela saberia dizer qual dos ursinhos Davi seria, e ela apontou para o urso maior e sozinho, e completou: *“É eu e o pai dele ali puxando e ele querendo ter mais força que a gente.”* Indaguei se nas situações acabava prevalecendo o que ele queria: *“Comigo, eu sou fraca, eu passei mais a mão na cabeça, mas com o pai dele não, o pai dele fala é isso, tem que ser aquilo. Acabo brigando com o pai dele por isso, porque eu sou boba, sou mãe, acabo relevando algumas coisas. Agora o pai dele, não.”* Percebi o quanto a mãe se via frágil no relacionamento com o filho, e não conseguia impor limites, ao mesmo tempo em que discutia com o marido por ele tentar fazer isso. Segui perguntando se com ela Davi costumava ganhar nas disputas, sobre o que ela disse: *“Ganha... e muito (dá uma risadinha). Apesar que quando eu tô fora do meu limite eu falei não, não e não. Mas, geralmente ele ganha, porque eu não tive a paciência e não gosto de ficar ali gritando...”* Observei que cedia para o filho para não precisar gritar, ficar nervosa.

Passei para o cartão 3, que ela olhou com estranhamento, mas logo relatou: *“o que eu posso falar dessa foto... o que veio na minha cabeça é que o Davi é uma pessoa que não tá nem aí com nada, estudo... ele quer ficar na boa, ele fala. Às vezes você pergunta, o que você vai querer ser? Ele diz ‘eu vou ser vagabundo, eu vou ser de ficar o dia inteiro deitado no sofá com as perna pra cima’. Já o ‘pequenim’ (o segundo filho), ele fala que quer ser médico, quer ser alguma coisa, ele inventa uma profissão, mas o Davi não quer saber de nada não.”* A mãe demonstrou tristeza ao falar sobre o filho e sobre o fato dele não respeitar uma autoridade (imagem sugerida pelo cartão); em seguida o comparou ao segundo filho, que

a seu ver possuía pensamentos bons. Então, seguiu contando como foi um momento em que necessitava exercer sua autoridade, quando ele não queria fazer a tarefa: *“Lição de casa é uma vida pra fazer. Tarefa de casa às vezes eu deixo, eu falei: Ah não vou nem pedir. Porque eu canso, eu me estresso, e eu acabo eu mesmo fazendo.”* Optava por fazer a lição no lugar do filho, para não precisar entrar em atrito com ele. Ao perceber que me contou algo que fazia, e que não julgava correto, tentava demonstrar como o filho podia ser destrutivo, ruim, na tentativa de se explicar: *“Ele faz muito bagunça, menina, muita bagunça com tudo. Eles vai chupar uma bala, eles não sabe ir no lixo, joga no chão... rabisco... se você ver o quarto dele, desenhou tudo nas parede, todas, não tem espaço pra você... a porta tá toda rabiscada, ele desenhou umas cara... ele gosta muito de curinga, você vê, é coisa errada!(falava com preocupação). Ele quer coisa errada, porque a gente fala que curinga, os polícia não gosta, e ele quer coisa errada. Esse é meu medo, dele crescer um dia e ir pra esse mundo aí da droga, é esse aí meu medo.”* Sentia que o filho podia tornar-se alguém ruim, e que mesmo ela tentasse criar algo bom, não conseguiria. Percebi que as coisas que Davi dizia, de certa forma, eram para causar impacto nos pais; perguntei se essas coisas a deixavam impressionada, ao que ela afirmava: *“Eu fiquei muito impressionada, eu vejo um menino de sete anos falando o que ele fala.”*

Seguia contando algo que a mobilizava muito: *“Antigamente ele falava muito que ia me matar, que ia matar o pai dele... Eu falava não, não é pra fazer tal coisa, e ele falava que não queria ter mãe mesmo. Eu tive um irmão que faleceu faz quatro meses, e ele fica assim, ele amava muito meu irmão, ele fala assim: ‘invés’ do tio morrer, você podia te morrido no lugar dele! E ele fala muito isso.”* Ela se emocionou ao falar sobre isso. Continuei pedindo para que ela me descrevesse como se sentia: *“Nossa eu fiquei muito triste. A luta que eu tive pra engravidar, igual eu te falei, eu nem mexia pra esse menino vim, e ele fala isso. Fala pro pai dele, fala pra todo mundo, é só por uma regra pra ele que ele fala: ‘Querida que você morresse mesmo, queria que você não tivesse vivo’. Não queria ter vó, não queria ter mãe, não queria ter pai... ele fala desse jeito.”* Carla pareceu sentir medo dessa reação e acabava por ser submissa. Aquilo que ela temia, ela mesma colocar a vida do filho em risco, matá-lo caso se permitisse viver, ele parecia, agora, encenar essa dinâmica da mãe. Perguntei se queria dizer mais alguma coisa, ela disse que não, então passei ao cartão 4.

Ela olhou a figura e ficou inicialmente em silêncio; depois disse: *“Eu vejo, assim, um passeio. Bom, passeio é difícil com eles, porque eles não sabem se comportar, tudo eles querem. Quero isso, quero aquilo. Aí, tudo eles emburra, tudo já briga com você.”* Continua relatando uma situação: *“Teve um dia que eu fui na praça, eu, minha mãe, meu marido, filho*

e ele; aí, eu falei que não tinha dinheiro e ele queria um balão; aí, ele falou que não ia descer do carro e não desceu do carro. Aí, meu marido falou pra gente dar uma volta na praça; aí, a gente foi e ficava olhando pro carro pra vê se ele saía, mas ele não desceu do carro! (fala nervosa) porque eu não tinha o dinheiro pra comprar o balão que ele queria.”

A situação de passeio evocada pelo estímulo não era vista de forma positiva pela mãe, mas como algo estressante, em que os filhos pediam muitas coisas, além de suas condições financeiras e emocionais. Em seguida falou sobre como foi a relação com os brinquedos: *“E assim, não pode ter brinquedo nenhum. Por quê? Ele destrói tudo! Tudo que comprava... Meu irmão deu aqueles carrinhos de andar, tipo ‘bugginho’, ele destruiu tudo! Ele destrói em mil pedaços! Destrói em mil pedaços. Enquanto ele não vê em mil pedaços..., ele pega ferramenta, ele vai pegando colher, faca, o que ele achar na frente, ele destrói, despedaça. Todo brinquedo... eu não tive um brinquedo lá em casa intacto.”* Notei que a agressividade de Davi para com seus brinquedos foi sentida de forma intensa pela mãe, porém não havia em seu relato a menção a uma reação que ela esboçasse. Ela continuou o relato demonstrando perceber que nem todas as crianças eram assim: *“Eu vejo das minhas amiga que às vezes têm filho, os brinquedinho tudo bonitinho, o dele não, ele nunca teve, ele destrói, ele tem aquele martelo, e ele tem que vê em mil pedaço, não, nada resiste (fala isso com muita intensidade, mágoa) nem um, nem dois dias.”* Enfatizou na fala a palavra “destrói”, e que toda essa destruição fez com que os pais não comprassem mais brinquedos: *“Então a gente nem compra mais, porque ele destrói, que nem celular, eu deixo ele brincar, mas eu fiquei de olho, porque ele já quebrou quatro celular, ele já jogou no chão, já jogou na privada, já molhou, sem dó. Aí, o irmão dele vendo, faz a mesma coisa também.”* Percebi que, com a falta de brinquedos, ele usava os materiais que encontrava, não havia espaço para o lúdico. Perguntei como Carla se sente vendo o filho fazer essas coisas: *“Ah se eu tô vendo ele fazendo, eu fiquei nervosa, mas depois eu sentada, pensando, eu fiquei... Mas por que ele faz essas coisas? O que leva ele a destruir os brinquedos dele?”* Continuou: *“A minha sogra tem um fogão de lenha, teve um dia que ele pegou uns dinossaurinho de borracha e queimou no fogo! Ele gosta de ver ‘as coisa’ destruída. Meu chão lá no quintal não tem piso, é só no cimento, e ele quer cavar, tá cheio de buraco, buracão, de tanto ele cavoucar! Ele vai pegando ferramenta, o que ele vê na frente e vai fazendo buraco, tá cheio de buraco. Ele gosta de destruir as coisas, sempre, sempre! Desde ‘pequininim’ assim, de um aninho, que vai brincando, entendendo mais, sempre destruiu, nunca teve um brinquedo que ‘Oh: esse ele tem desde pequenininho!’ Não, nunca teve. Então a gente nem compra, e se compra é de 10 ‘real’ pra baixo, porque já sabe que ele vai destruir. Dá um ou dois dia e ele destrói. Quando não é*

dele e o irmão dele ganha, ele destrói também.” Neste momento senti como se ela estivesse falando dela mesma, do quanto o menino destruiu os sentimentos bons que ela tinha, seus recursos internos, suas idealizações, sua vida. Perguntei se essas situações aconteciam mesmo após ter iniciado o tratamento medicamentoso para o TDAH, e ela disse: *“Mesmo. Até hoje ele destrói tudo. Bicicleta, ele destruiu tudo, de tirar a roda, a câmara de ar, tudo! Ele desmontou a bicicleta INTEIRINHA! (falou pausadamente e com espanto) Igual quando você leva pro ‘bicicleteiro’ arrumar, ele desmontou inteirinha. Carro do pai dele, ele já quebrou um monte de vezes; o pai dele esquece aberto e ele entra, e ele mexe, destrói tudo, tudo, tudo, tudo...”* Nesse momento, penso que desmontar pode ser um jeito que ele encontra de brincar.

Perguntei se ela conseguia deixá-lo sozinho, porque percebi que ela sentia que precisava vigiá-lo. Ela respondeu: *“Tem que tá toda... Às vezes eu vô deitar pra descansar um pouquinho, mas eu não consigo, fiquei pensando, que quê tá fazendo? É perigoso. Ele já pegou fósforo, ele já tentou por fogo, ele já pegou uma latinha..., não, foi um saquinho de suco, e pôs no micro-ondas, fez aquele fogão dentro do micro-ondas (achou engraçado, deu risada), já pôs chinelo dentro do micro-ondas. Então, tem que ficar em cima... É ‘umas arte’... Cocô ele já passou no meu banheiro do teto até o chão, pegou o cocô e passou por tudo... ‘vixe’, já apronto mil e uma, mil e uma. Televisão ele já quebrou duas que ele derrubou, puxou e derrubou no chão.”* Notei que ela ficou em estado de alerta, pois Davi a mobilizava com suas “artes” perigosas, porém tinha uma reação ambivalente, às vezes achando graça do que ele fazia. Complementou demonstrando a preocupação que sentia no relacionamento de Davi com o irmão: *“Tive medo de ele fazer alguma coisa pro outro menorzinho, né? Tive que ficar atenta com os dois ali.”* Investiguei como era o relacionamento entre os irmãos. *“Briga muito. Briga o dia inteiro! Ele fica cutucando o irmão. Às vezes o irmão tá dormindo e ele vai lá cutucar o irmão, pro irmão começar a chorar, ficar bravo. É assim, ele que sempre aquele barulhão, aquela briga... Ele gosta de briga, ele gosta, de barulho... Hoje mesmo ele ligou o som, colocou o som no último, e tava tocando funk, que é o que gosta. Ele colocou no último e começou a dançar e a bater os braços”.* Pensei se a criança também queria mobilizar o irmão; parecia gostar de barulho, de agitação, se sentia o silêncio como ruim, como falta de vida. Carla continuou lembrando de uma situação: *“Ele tinha muito um cantinho, eu tive um chuveirão, desses de molhar, ele ia muito nesse cantinho, com um negócio de dirigir de brinquedo, ele punha lá e ficava brincando, mas nós percebemos que, toda vez que ele ia pra esse cantinho, ele fazia cocô na roupa... daí, nós jogamos fora, e ele deu uma parada, mas agora ele tá voltando a fazer de novo o cocô na roupa.”*

Constatei que não houve uma tentativa de conversar e compreender o que aquilo poderia significar; os pais optaram por jogar fora o brinquedo, o que não fez com que a encoprese parasse de acontecer. Perguntei se Davi conseguia se limpar sozinho quando fazia cocô, e Carla disse: *“Não. Quando ele faz na privada ele consegue, mas, quando ele faz na roupa e vai se lavar, ele faz aquele pampeiro no banheiro, quando não pela casa que já vai se espalhando. Muito terrível. Às vezes eu falei que a mãe de uma criança hiperativa tem que ter muito... muito... vontade de viver... muito pulso, porque não é fácil. Eu já cheguei a ter dia de chorar. ‘Por que que ele é assim? O quê que tá acontecendo?’ Porque eu não ‘tô’ aguentando mais e não sei cuidar do meu próprio filho. Teve dia... Agora que ele tá mais grandinho, não, mas eu já passei por muito com ele.”*

Ao falar que a mãe de uma criança hiperativa precisa ter vontade de viver, ela emocionou-se. Parece que Davi inspirou o desejo de morte na mãe, a vontade de morrer. Ela não conseguiu compreender os motivos dele fazer o que faz. Continuamos a entrevista falando sobre as dificuldades de atenção da criança, as quais a mãe percebeu como sendo intencionais, pois apareciam nos momentos em que ele necessitava se esforçar, como quando precisava fazer tarefa, aprender algo. Segundo ela, nessas horas, ele fazia que não ouvia, ou não entendia para não cumprir algo que não queria: *“Que nem hoje, ele estava brincando na piscina e, aí, ele entrou ‘tudo’ molhado na casa. Eu falei para pegar o pano e secar, mas ele não tá nem aí, virou as costas e voltou pra piscina. Daí, eu fui pra loja e acabei deixando passar, mas tem vez que eu faço pegar... mas, eu acabo deixando, muita coisa eu deixo, porque eu fiquei muito nervosa, e eu já tive esse problema de ansiedade, eu tive muita crise do pânico, se eu não tomo medicamento me dá crise, me dá... então, eu acabo falando que não vô ficar muito nervosa, estressada, porque quem fica mal é eu, então eu acabo deixando ele fazer o quê ele quer. O meu marido já não, o meu marido se vê...”*

Carla assumiu que acabava deixando Davi ter atitudes que reprova, para não ficar nervosa; com isso, optava por não corrigir o menino e fazia com que ele não criasse noções de limite para com o outro. Perguntei desde quando ela tinha problemas emocionais, para saber até onde a experiência de ser mãe de Davi influenciou nesse aspecto, ao que ela respondeu: *“Eu tive crise do pânico antes de ter ele, bem antes, quando eu namorava com meu marido, mas deu aquela crise, não tomei remédio, nada, não procurei ir em médico nenhum, mas depois que eu tive ele, aí, começou, muita crise, e se eu fiquei sem remédio me dá crise, fiquei muito nervosa, ansiosa...”* Em suma, ela já tinha propensão a desenvolver dificuldades emocionais, que se acentuaram após o nascimento do filho.

Passei para o último cartão, na verdade o de número 8 do CAT-A, e ela rapidamente contou: *“É a coisa mais rara do mundo, é a gente se reunir assim, em família, bonitinho, em paz, bonitinho, conversando... NÃO tem... que nem quando a gente tá junto, os quatro, o irmão pequeno e ele, ele já começa a pular em cima do pai dele... Ele quer pular em cima do pai dele! (fala espantada) Pula na barriga do pai dele, quer deixar o pai dele nervoso, daí, o pai dele já fica nervoso e quer brigar com ele, daí, eu já vendo o pai dele brigar com ele, se alterando, eu já brigo com o pai dele. Sempre assim, nunca tem paz, um dia de sossego. Aquela casa gostosa, da gente se divertir, da gente ficar junto... NÃO tem!”* Demonstrou não sentir-se em paz, não viver momentos de tranquilidade ao lado dos filhos. Não conseguiu ver a necessidade das crianças de estar perto dos pais como algo necessário e prazeroso. Parecia que Davi pulava no pai para tentar brincar, sentir o pai, mas Carla vê isso como uma provocação, algo negativo, inadequado, até espantoso. Continuou: *“Sempre tem que ficar os dois lá na sala e eu e meu marido no quarto, mesmo assim eles vão lá no quarto, tipo cutucar... mais é meu marido, que não tem paciência, que é pavio curto.”* Notei que os pais não pareciam sentir prazer em brincar com os filhos e não ficavam em sua presença.

“Cutuca meu marido que é pra ficar bravo, às vezes até bater neles. Eu vendo isso, eu fiquei nervosa, eu não aceito, por mais que ele é uma criança, que ele é terrível, artreiro desse jeito, eu não aceito que fica batendo nele, ainda mais o pai, que é forte, um homão, grandão... Daí, nunca tem esse clima gostoso assim. Eu sonho ter esse clima bom, gostoso. Vamos sair, vamos conversar, vamos sentar, vamos brincar nós quatro junto... Não tem! Sempre o Davi quer passar do limite pra ver a gente ‘nervoso’. Ele gosta desse clima de desarmonia na casa, ele gosta, ele procura.” A mãe revelou, então que o menino mexia com o pai para ele ficar nervoso e querer repreendê-lo e agredi-lo, mas Carla não aceitava que o marido fizesse isso e brigava com ele. Segundo ela, parecia que Davi queria ver o casal discutir, queria ver a mãe sair em sua defesa. Pensei nesses indícios sobre como se dava o complexo edípico nessa família. Perguntei como ele se comportava com o restante da família, quando estão juntos: *“Até que quando tá todo mundo junto ele fica de boa, mas quando tá só com a vó... que nem a mãe do meu marido, ele não gosta de ficar só com ela, porque ela também é rígida, sabe. Então, fala de ir pra lá, ele já fica nervoso, ele já começa a se debater. Teve um dia que agarrou nela, ele bateu nela, nós tivemos que entrar no meio, aquele dia ele ficou louco, ele começou a gritar, bater nela, e ela tem um problema na perna, ela manca, teve que puxar ele, porque ela também é que nem meu marido, ela gosta de certo, certo. Ela é ótima, mas ela gosta de certo, certo.”* Constatei mais uma vez que Davi não gostava de quem punha limites a ele e reagia com agressão. A mãe também parecia não gostar

de quem era rígido. Já com a avó materna, as coisas eram diferentes: *“Agora minha mãe, não, ela já é mais bobona, deixa ele fazer mais o que ele quer, daí, com ela ele releva mais, gosta, mas da mãe do meu marido ele não gosta.”* Parecia preferir o jeito de ser de sua mãe, mais permissiva. Continuou: *“Agora quando tem festa e não tem criança ele fica de boa. Às vezes ele cutuca o pequeno, pro pequeno começar a fazer arte pra ele fazer a arte com o pequeno, que é o que ele quer. Mas quando tá só com a vó, ou só com os tios não... Na casa dos outros ele tem que fuçar em tudo. Pode ser na casa de qualquer pessoa, ele tem que fuçar em t-u-d-o, tem que ver o que que tem ali dentro, meter a mão, mexer. E é muito ruim pra gente né? (falou com tom de tristeza)”*. Carla voltou a relatar situações em que ele tinha atitudes descontroladas, como se sua mente estivesse inundada desses momentos: *“Todo lugar que vai, sai briga, sai confusão. Nem um lugar se tira pra descansar, não tem como, de jeito nenhum.”*

Ao final da apresentação dos cartões e da entrevista, fiquei com uma sensação de que a mãe só falou sobre momentos difíceis e do quanto era negativo conviver com o filho. Devido a isso, perguntei a ela o que ela via de bom em ser mãe do Davi, o que tinha de bom nessa experiência: *“Na hora que ele vai dormir, que ele já aprontou todas, eu gosto. Que ele se torna mais doce, ele fica uma criança mais meiga, ele quer deitar no meu colo, ele quer que eu assista televisão. Apesar de ele ser uma criança que não gosta muito de beijo, de abraço, de carinho, mas nessa hora que ele já tá com aquele soninho, ele fica mais meigo. Aí, eu fiquei olhando pra ele e fiquei pensando... Nossa, eu fiquei brava, às vezes eu dei ‘uns tapa’ nele, às vezes eu xinguei ele, mas não precisava muito disso, ele é uma criança. Sabe eu olho e vejo... tudo isso. Daí, eu me arrependo de muita coisa que eu já fiz. Hoje não, eu já melhorei bastante, porque ele já tem sete anos, mas foi muito difícil, muito difícil...”* Minha sensação era a de que a mãe gostava das ocasiões em que a vivacidade do filho estava amortecida, quando ele quase não existia, durante o sono. Tinha dificuldade de enxergá-lo como um menino que necessitava ser ensinado, educado, amado, mas também exigido. Contudo permaneceu na entrevista o tom de decepção e mágoa que ela carregava por conta do filho. Agradei sua participação, e ela disse: *“Não foi nada, muito obrigada a você”*.

4.1.2 Interpretação da narrativa – Carla

A maneira como a mãe agiu no primeiro contato, na entrevista e nas respostas aos cartões-estímulos do CAT-A foram diferentes. No primeiro contato, ela falou pouco, aparentou não compreender direito o que seria feito na pesquisa, enquanto, no segundo

encontro, percebi que sentia necessidade de falar sobre o filho, de contar sua experiência. Foi uma entrevista longa, em que ela pôde expor situações do profundo desapontamento e do sofrimento em que se encontrava no relacionamento com o filho, e o quanto a maternidade era vivida como pesada e negativa.

Fazendo uma analogia aos personagens que a mãe trazia na blusa no primeiro encontro, o personagem “Piu-Piu” poderia referir-se a ela mesma, por ser um passarinho dócil, extremamente meigo, mas que reage com muita maldade aos ataques recebidos do gato “Frajola” que o persegue. Dessa forma, a mãe foi se apresentando na entrevista inicialmente calma, com um jeito doce, mas no decorrer dela, só disse coisas negativas sobre o filho. Vê a si mesma como uma vítima dele, e, em poucas vezes, admitiu que seus comportamentos colaboraram para que ele se tornasse a criança sem limites que ela descreveu. Apresentou o filho como se ele apenas trouxesse o mal para ela e para os outros, sem que ela merecesse isso.

Carla aparentou ser uma mãe um tanto infantilizada e frágil. O filho pareceu buscar limites no seu relacionamento com ela, mas ela só se sentia agredida por ele. Ela é uma mulher deprimida, que pouco consegue se impor aos outros. Não tem clareza dos próprios limites do *Self*, nem dos próprios valores. Apresenta uma hipersensibilidade que faz aumentar as dimensões de tudo o que lhe acontece. Por isso, não consegue assimilar nem amortecer a agressividade da criança, mas se sente magoada e agredida com muita facilidade. Com isso, a agressividade do menino se torna insuportável para ela e não pode ser por ela humanizada. É possível que ele tema, a todo momento, danificar e ferir a mãe drasticamente e de maneira irreparável; por isso, não pode manter dentro de si a agressividade de modo a elaborá-la expressá-la de maneira simbolizada. Parece que a capacidade simbólica do menino estaria prejudicada, porque o temor da própria agressividade leva o menino a evacuá-la o mais rapidamente possível. Por isso, ele acaba efetuando o *acting-out*, repetidas vezes, e faz o que mais teme: atacar a mãe.

A situação de perda da primeira gestação parece ter colaborado para que a mãe intensificasse um sentimento já existente de falta de confiança nos próprios recursos e nos recursos da criança de se desenvolver bem. Não há segurança na integridade dos bons sentimentos e ela receia que aquilo que produz seja ruim e se volte contra ela. Por isso, sente que o filho destruiu sua vida.

De um ponto de vista dinâmico, essa falta de confiança da mãe em si mesmo e no vigor da própria criatividade parece ter sido responsável por sua insegurança quanto à sobrevivência do menino durante a gestação e depois do parto, no início da vida dele. Na

ocasião da gravidez, ela precisou “imobilizar-se” (física e afetivamente) para garantir a sobrevivência da criança, como se qualquer gesto criativo de sua parte fosse passível de ocasionar destruição. No início da vida do menino, essa reação se manteve, no sentido dele ter sido visto por ela como extremamente frágil e em risco perpétuo de morte. Por isso, ele foi cercado por cuidados excessivos, por um ambiente vigiado que o imobilizava também. A simbiose parece ter-se estendido por um tempo além do necessário, patrocinada pela dificuldade da mãe de definir os limites do seu *Self*. A função de apresentação dos objetos parece ter sido pouco cumprida, e a oferta da experiência do encontro da resistência do ambiente ao gesto espontâneo do menino, que permitiria a construção de um sentido do corpo e a personalização, foi demasiado restrita. O gesto e a mobilidade, ou a motilidade, são identificados pela mãe com agressividade, sendo que ela parece ter atribuído ao movimento inicial do bebê, na etapa do amor cruel, já um caráter de ódio e um caráter intencional, situação essa que revela a sua frágil capacidade de simbolização (que lhe permitiria distanciar um pouco mais esses dois elementos que ela identifica) e, portanto, sua dificuldade de assimilação da agressividade do menino. Enfim, para a mãe, movimento e destruição são sinônimos, e, do ponto de vista psicopatológico, hiperatividade seria análoga à tendência antissocial.

O relato da mãe sobre a própria infância (ter sido uma criança submissa e envergonhada) revela um pouco da origem de suas dificuldades na maternidade: os próprios gestos espontâneos parecem ter sido não apenas coibidos, mas também rechaçados e julgados como impróprios e maldosos por seu entorno; portanto ela parece haver sofrido de uma ausência de eco da própria criatividade por parte do meio, que a impediu de constituir o verdadeiro *Self*, que permaneceu apenas como uma potencialidade não realizada. Daí, o sentimento de uma vida que vale a pena ser vivida não pode se estabelecer e o mundo se tornou fútil, o que explica a sua depressão. O único eco que ela parece ter encontrado na expressão do seu gesto espontâneo foi o da oposição dura de um ambiente pouco capaz de se adaptar de maneira flexível e compatível com as suas necessidades. Nesses termos, houve o estabelecimento de um hiato entre ela e o meio em que, ora os dois estão incomunicáveis, ora se misturam num relacionamento simbiótico em que ela deixa de existir porque precisa submeter-se ao mundo. Com isso, a chance do desencadeamento de uma angústia impensável de perda de contato com o mundo a assombra e se torna eventualmente uma realidade (ataques de pânico).

É a partir dessa dinâmica que Carla consegue estabelecer seus relacionamentos com Davi, ora se misturando com ele de maneira simbiótica e indiferenciada, ora se afastando de

maneira definitiva, mas nunca oferecendo a distância entre ambos na medida certa, de modo a permitir-lhe encontrar a si mesmo no mundo, mas, ao mesmo tempo, a resistência necessária para romper a onipotência e a simbiose. Com isso, as capacidades do menino para a transicionalidade, para o brinquedo e a simbolização não podem se estabelecer. Nesse sentido, é possível que a hiperatividade constitua uma reação às tentativas de imobilização que a mãe tenta empreender sobre o menino, numa busca de escapar delas, mas também de encontrar, por meio do movimento, a oposição justa do ambiente que permita constituir o seu sentido de *Self*; ao mesmo tempo, a hiperatividade se configura como uma resposta às identificações projetivas da mãe, que aloja no filho os próprios movimentos (agressividade) não humanizados e suas angústias impensáveis. Com isso, a relação entre ambos permanece de dependência mútua e ela pode se comprazer dos sentimentos e atitudes do filho, ao mesmo tempo em que se sente ameaçada por eles.

Por isso, a maternidade se apresenta para Carla como um peso muito grande, que ela não consegue carregar. O filho é visto por ela como muito invasivo, demandando muita atenção, gerando apreensão, expondo-a a julgamentos e à vergonha. Em suma, ela parece identificar projetivamente o filho com a sua própria agressividade (travestida de motilidade), e ele se torna, com isso, um objeto persecutório para ela. Por outro lado, desfazendo-se de sua agressividade, ela se torna uma vítima indefesa dele. Essa confusão de identidade entre os dois é mantida pela mãe, que luta para que o pai não exerça suas funções de colocar limites tanto no comportamento do filho em si quanto nas identidades dela e da criança, mantendo a simbiose.

4.1.3 Narrativa Davi

Primeiro Encontro

O menino aparentava ter mais de 7 anos, estava acima do peso e com alguns dentes-de-leite moles. A primeira impressão que tive ao vê-lo sentado, esperando com a mãe na recepção foi a de um menino simpático, pois me cumprimentou e pareceu estar contente. Apesar de sua resistência inicial para deixar a mãe entrar sozinha comigo na sala de atendimento, não nos interrompeu durante a entrevista. Quando terminei a primeira parte com ela e fomos chamá-lo, ele estava no mesmo lugar onde o deixamos. Foi andando pelo corredor em silêncio, observando cada sala de atendimento. Na nossa sala, mexeu-se na cadeira o tempo todo; era ruidoso.

Expliquei que faríamos uma atividade, em que ele iria indicar-me qual a figura que estaria certa (a EMMC). Ao propor a atividade ele ficou desanimado, pareceu não querer realizá-la. Mostrei os cartões dos exemplos e rapidamente ele respondeu corretamente; isso fez com que se animasse para continuar. Respondeu aos cartões com rapidez e acertou todos os primeiros vinte itens. No momento em que os cartões foram ficando mais difíceis e ele começou a errar, olhou com firmeza para minha expressão, para tentar descobrir se errou ou acertou. Conforme a dificuldade aumentava, começou a desistir de fazer os itens, não queria apontar o que imaginava estar certo no cartão. Incentivei, disse que estava indo muito bem, que estava acertando quase tudo, e que logo iria terminar. Percebi que Davi não gosta de se esforçar nas atividades difíceis, e que não se importa com o que está causando na outra pessoa, não iria continuar “a brincadeira” se não quisesse. Incentivei mais uma vez e, no final, disse a ele que se saíra muito bem no teste e que iríamos nos ver novamente para brincarmos mais.

Saímos da sala e fomos encontrar a mãe na sala de espera. Conversei com ela e combinei um segundo encontro, ele não olhava para nós, mas ficava escutando a conversa. Depois, nos despedimos.

Davi respondeu rapidamente a EMMC, dentro do tempo médio, cerca de vinte e cinco minutos. Não se saiu bem nas respostas que envolviam operações matemáticas, porque não tinha paciência para realizar cálculos. Apliquei o nível H da EMMC, que convém para crianças entre 7 anos e 6 meses a 7 anos e 11 meses. Ele obteve 50 pontos no total. O resultado padrão de idade é 121 (Utilizei a “Tabela 2A – População Geral (continuação) Resultado Padrão de Idade (RPI) – níveis E-H” (Burgemeister, 2015, p. 19)), o percentil 90, o Estanino 8 e o Índice de maturidade acima de 91 (sendo acima de 91 o máximo estipulado pelo teste), quando comparado a população geral. A pontuação foi acima do esperado para a idade, o que indica inteligência superior quando comparado a crianças de 7 anos e 6 meses a 7 anos e 11 meses, na população geral.

Segundo Encontro

Davi aguardava com a mãe na recepção quando a chamei. Como relatado na narrativa da mãe, ele ameaçou novamente não deixá-la entrar sozinha, mas ela lhe entregou o celular. Quando voltamos, ele continuava no mesmo lugar, jogando no celular. Eu o convidei a entrar, e ele aceitou. Utilizei uma sala diferente daquela do primeiro encontro, ele percebeu e disse: *“Hoje é em outro lugar... Eu conheço essa sala, já vim aqui, só que era outra moça”*.

Imaginei que ele havia passado pela consulta psiquiátrica naquela mesma sala e disse isso para ele. Ele confirmou mexendo a cabeça. Completei dizendo que a atividade que iríamos fazer era diferente da que ele fez com a médica.

Expliquei como seria nossa segunda atividade, que seria de contar histórias. Ele fez uma careta, percebi que não gostava disso. Incentivei e disse que, como da outra vez, essa podia ser uma atividade legal. Quando peguei a folha onde anotara as instruções, e iria começar a ler, precisei interromper e pedir licença para ele, pois, logo ao lado, começaram a arrumar uma porta no Ambulatório de Saúde Mental, e um barulho de martelo começou a soar muito alto. Saí da sala e perguntei se poderiam arrumar a porta depois, ou em outro lugar, e concordaram. Ele aguardou em silêncio, mexendo-se na cadeira. Continuei. Disse que aquele era um jogo de histórias, em que seriam apresentadas cinco figuras ao todo, que eu iria mostrar uma figura por vez e ele iria tentar criar uma história de faz de conta para ela, por exemplo: “Era uma vez”, “Faz de conta”.

Mostrei o primeiro cartão; ele olhava e ficava em silêncio. Pedi que tentasse inventar uma história. Ele continuava em silêncio, não dizia nada. Olhava para a figura e depois para a parede. Perguntei o que estava vendo na figura. Ele disse: “*três pintinhos*”. Falava baixo, timidamente e voltava a ficar em silêncio. Confirmei o que ouvi, repetindo o que ele dissera, e ele respondia “*Aham*”. Perguntei o que os pintinhos estavam fazendo e ele disse: “*Comendo.*” Falava muito baixo e fazia silêncio. Pedi que tentasse inventar uma história para eles e forneci um exemplo: “Era uma vez três pintinhos que estavam comendo... e o que mais aconteceu?” Ele disse: “*Aí, veio o galo e comeu eles!*”; em voz baixa e voltou a ficar em silêncio. Fiquei um pouco espantada, com a dificuldade dele para continuar. Disse, então, que o galo veio e comeu os pintinhos e perguntei o que pode ter acontecido depois disso. Davi não falou nada, apertou o dente, inquieto, olhava para os lados; ficou em silêncio por oito segundos e disse “*Não sei*”. Perguntei novamente se o galo comeu os três pintinhos, ele disse: “*Aham*”. Perguntei se não sobrou nada, ele disse: “*Não*”, e continuou mexendo no dente.

Perguntei se, depois que o galo comeu os pintinhos, ele ficou bem ou mal, ele respondeu: “*Mal*”. Perguntei se os pintinhos eram filhos do galo e ele disse: “*Não*”. Perguntei quanto ao resto da comida que os pintinhos estavam comendo, se o galo comeu também. Davi disse: “*Comeu*” e ficou em silêncio olhando para a parede atrás de mim. Insisti e perguntei o que os pintinhos estavam comendo. Ele ficava olhando e não respondia; incentivei-o e pedi que inventasse. Ele disse: “*Macarrão*”. Perguntei se ele também gostava de macarrão, e ele disse que sim. Percebendo a relutância em criar uma história e suas respostas curtas, decidi

passar para o segundo cartão. Disse que iríamos para o próximo e apresentei o cartão com os ursos.

Ele olhou a segunda figura e não disse nada. Falei para tentarmos criar uma história, mas ele não se manifestava. Pedi que me dissesse o que estava vendo na figura. Davi disse: “*três ursos*”. Perguntei o que eles estavam fazendo. Ele disse: “*Puxando a corda*” e ficou em silêncio. Tentei incentivá-lo novamente, repetindo as poucas palavras que ele disse, e acrescento que havia dois puxando para um lado e um puxando para o outro, mas ele só dizia que havia: “*três ursos puxando a corda.*” Perguntei se alguém era mais forte, ou se alguém iria ganhar; ele não respondeu. Olhava para mim e para a parede e apertava o dente. Pedi que me mostrasse qual o urso que ele julgava o mais forte, ele apontou para o menor urso de todos. Disse para Davi que era possível ver que um urso puxava a corda para um lado, e que os demais, para o outro lado. Além disso, disse que alguém estava ganhando, perguntei quem seria o ganhador em sua opinião, e ele apontou para o urso menor. Não consegui me conter e dei um sorriso; parecia que ele sabia o quanto saia vencedor nas situações. Perguntei se o pequeno era muito forte, e ele balançou a cabeça confirmando, e ficou em silêncio, mexendo-se na cadeira e olhando para as paredes. Comuniquei-lhe que iríamos para o cartão 3.

Apresentei o terceiro cartão, ele o olhava e fazia silêncio; incentivei, disse que não havia certo ou errado, que ele podia contar o que quisesse. Davi disse: “*É o rei leão*”. Perguntei o que estava acontecendo com o leão, e ele disse: “*Tá sentado*”. Perguntei como que ele estava, ele disse: “*Tá com preguiça*”. Disse que ele estava olhando para alguma coisa e perguntei o que ele achava que poderia ser, e ele respondeu: “*Na televisão*” e ficou em silêncio. Perguntei o que ele estava assistindo; ele disse: “*Bob esponja.*” Perguntei se ele também gostava do Bob Esponja, e ele fez que sim com a cabeça e apontou para o ratinho. Disse que tinha um ratinho também. Ele disse: “*Tava’ assistindo também*”. Perguntei o que o Bob Esponja estava fazendo no episódio; ele disse que não sabia e ficou em silêncio. Ele olhava para a figura, pegava na mão o cartão e o colocava de volta sobre a mesa. Eu continuo repetindo que eles estavam vendo televisão e perguntei se eles gostavam de ver TV, ele disse: “*Gosta!*”; nesse momento, demonstrou uma emoção positiva, alegre. Perguntei se o leão e o rato eram amigos; ele balançou a cabeça demonstrando que não. Perguntei se ele achava que eles não se davam bem e ele continuou mexendo a cabeça indicando que não. Perguntei o que ele achava do Leão, e Davi não respondeu. Perguntei se ele o achava bonito, feio, bonzinho, mau, bravo etc. Furneci uma série de características, procurando incentivá-lo. Ele disse: “*Mal... Bravo*” e ficou em silêncio. Perguntei se ele tinha medo do leão e ele disse “*Não*”. Perguntei se o leão era novo ou velho, ele disse: “*Velho*”. Procurei estimulá-lo a continuar,

mas ele não olhava mais pra mim, ficava olhando para os objetos da sala, para o armário atrás dele. Receando que a entrevista tivesse mais aspectos meus do que do participante, dadas as minhas várias intervenções, resolvi passar para o cartão 4 e o apresentei a ele.

Ele olhou a figura e ficou em silêncio. Pensei que daquele cartão sairia uma história legal. (Pensei nisso pelo fato de a figura remeter a um passeio, algo que julgo positivo). Ele esperou um pouco e disse: “*Não sei*”. Perguntei se ele não sabia mesmo e pedi que me contasse o que estava vendo na figura. Davi disse que eram: “*três canguru, e um tá na barriga*”. Perguntei o que eles estavam fazendo, para onde iriam, ele disse que: “*Vão fazer piquenique*”. Perguntei se os cangurus gostavam de fazer isso, e ele balançou a cabeça confirmando. Perguntei onde eles iriam fazer o piquenique, e ele respondeu: “*Na floresta*”. Perguntei o que eles iriam comer, e ele não respondeu, ficou olhando para as paredes e para objetos da sala. Perguntei se os cangurus estavam felizes, e ele não respondeu. Perguntei se eles gostam de passear com a mãe, e ele balançou a cabeça confirmando. Perguntei o que aconteceria no piquenique, ele disse: “*Não sei*”. Pedi que tentasse inventar e falei sobre várias coisas que poderiam ser feitas no piquenique, como sentar, comer e brincar. Então, ele disse: “*Dormir*”.

Repeti que eles iriam dormir no piquenique. Tentei descontraí-lo, mas fiquei um pouco surpresa: não esperava esse tipo de resposta. Apesar de já ter percebido que ele não queria fazer a atividade, achei muito pessimista a resposta, como se ele não soubesse o que iria acontecer, como se atividade fosse interrompida. Fiquei alguns segundos sem falar, e ele também; olhei para ele, mas ele não olhava para mim, estava com a mão no dente, balançando o dente mole. Eu disse: [E o que mais? Vão dormir e o quê mais?] Percebi que ele tinha ideia do que falar, estava pensando em dizer algo, mas não conseguia. Tentei encorajá-lo. Disse a Davi que ele podia falar, que não havia certo ou errado. Ele por fim respondeu: “*Depois eles voltam pra casa*”. Perguntei se aconteceu alguma coisa quando chegaram em casa, mas ele apenas disse: “*Não sei*”, e voltou a ficar em silêncio. Percebi que fazia um grande esforço para falar essas poucas palavras; senti que ele não falava não porque não tivesse vontade, mas sim porque não sabia o que disser, o que contar. A sensação era de um vazio.

Passei então para o cartão seguinte (o de número 8 do teste). Disse que aquele cartão seria o último. Ele olhava e parecia gostar da figura: tomou-a em suas mãos, ficou olhando. Pedi que tentasse inventar uma história: “*Quatro macaco... Eles estavam conversando... estavam tomando chá*”. Perguntei se todos tinham a mesma idade; ele balançou a cabeça demonstrando que não. Prossegui dizendo que havia o macaco mais velho e o macaco mais novo, e ele fez um sinal de positivo com a cabeça, demonstrando concordar. Perguntei sobre o

que Davi achava que eles estavam conversando, e percebi que ele tinha vontade de dizer, mas que não conseguia. Tentei encorajá-lo e perguntei o que seria que a macaca estava falando para o macaquinho, apontando para a personagem que falava com o macaco. Ele disse: “*Pra ele ficar bonzinho.*” Perguntei o que ele achava que o macaquinho fez: “*Fez arte.*” Questionei que tipo de arte, e ele disse que não sabia. Perguntei se o macaquinho estava escutando o que a macaca dizia, e ele fez que não com a cabeça. Perguntei sobre o que os outros macacos estavam conversando; ele não respondeu, estava olhando para a cadeira ao lado. Perguntei quem estava chamando à atenção do macaquinho, se era a mãe ou o pai. Ele disse “*A vó*” e ficou em silêncio.

Questionei como Davi achava que a avó do macaquinho se sentia chamando a atenção dele, e ele disse: “*Ruim.*” Perguntei, então, como o macaquinho se sentia quando a vó chamava a atenção dele, ele disse: “*Mal.*” Perguntei se o macaquinho queria mudar, e Davi disse: “*Não! Ham ham*”, confirmando a negativa com a cabeça, com veemência. Repeti a informação de que ele queria continuar sendo daquele jeito e questionei por que razão seria. Ele disse: “*Não sei.*” Neste momento, diante dos poucos resultados dos meus esforços, não tive mais o que perguntar e disse que encerraria a brincadeira.

Eu lhe agradei por ter vindo até o ambulatório, e por ter realizado as atividades. Falei que percebera que ele colocava a mão no dente e perguntei o que estava acontecendo; ele respondeu que estava mole. Perguntei se ele já havia perdido algum dente e ele respondeu que sim, só que já fazia tempo. Perguntei se, quando o dente ficava mole, ele queria tirar logo, e ele fez com a cabeça um sinal afirmativo. Falei que poderíamos ir, e ele se levantou e saiu comigo da sala. Encontramos a mãe, conversei com a mãe sobre os próximos passos da pesquisa, disse que ligaria para marcarmos uma entrevista devolutiva; ele foi-se distanciando de nós, mas prestava atenção na conversa. Eu me despedi deles, e ele acenou dando tchau.

4.1.4 Interpretação da Narrativa - Davi

Pensando nos personagens dos desenhos animados “*Looney Tunes*” e no relato da mãe, a imagem que eu havia feito de Davi foi a do personagem “Taz” (ou Tazmania). O “Taz” é um demônio da Tasmânia que geralmente é retratado como um animal voraz, com pouca paciência, que se locomove num redemoinho e deixa uma marca de destruição por onde passa. Não tem uma aparência que cause medo, a não ser pelos dentes proeminentes. Os dentes também me chamaram a atenção em Davi, principalmente porque ele mexia muito neles e com afinco.

No geral, ele não conseguiu colaborar na coleta de dados como a mãe; também não a obedeceu facilmente quando ela pediu que ele a aguardasse enquanto ela estivesse ocupada, aceitando somente após uma “negociação”, quando ela lhe entregou algo de que gostava muito, algo que lhe era geralmente “proibido”: o celular.

No contato com a psicóloga, apresentou dificuldade de tolerar a frustração, em termos não de um comportamento explosivo, mas sim de um desânimo seguido de desistência quando diante de tarefas difíceis, que sentia estarem acima de suas capacidades. Diante de desafios, sua primeira reação é de insegurança e recusa; no entanto, ao perceber que tem condições de enfrentar as demandas, ele se anima; porém, quando percebe que fracassa, quer desistir novamente. Enfim, trata-se de um menino com pouca confiança nas próprias capacidades, apesar da integridade da sua cognição, conforme mostrada pelo excelente resultado na Escala de Maturidade Mental Colúmbia. Também não demonstrou ser uma criança cativante, que se empenha na busca do contato com o outro.

No CAT-A as respostas foram curtas e vagas, demonstrando um processo criativo presente, mas bloqueado, testemunhado por sua impossibilidade de desenvolver uma história, principalmente nos últimos cartões, mesmo quando parecia ter algo a dizer.

Davi tenta expressar o seu potencial criativo primário, mas parece não conseguir vinculá-lo e adaptá-lo aos objetos do mundo real. É como se ele sentisse não haver um eco no mundo exterior para o próprio potencial criativo. Ao contrário, o trânsito entre criatividade e realidade encontra-se estagnado, impossibilitado; é por isso que ele não consegue simbolizar e realizar o “faz de conta”. Não há confiança na capacidade de espelhamento de si por parte do mundo real. Assim, parece que o processo ilusório não foi bem estabelecido e que existe um hiato entre mundo interno e externo. O menino opera um retraimento, para não ser forçado a desenvolver um falso *Self* submisso à realidade. Daí, toda a oposição dele para obedecer, porque isso significa trair a si mesmo: como a ilusão não foi bem assegurada, a desilusão se torna impossível, porque qualquer condescendência face ao mundo real significa submissão. É por isso que o trânsito interno e externo fica bloqueado e a simbolização, inviabilizada. As histórias indicam que o ponto-chave que inviabilizou o eco pela mãe da criatividade do menino se refere à agressividade criadora dele, identificada, no início da vida, à motilidade. É por isso que as histórias contadas por ele, em geral, implicam a destrutividade, precedida ou não de uma tentativa de estabelecer um vínculo.

Davi tem muita dificuldade para fazer uso do faz de conta. No cartão 1 observou-se uma identificação com o pintinho devorado, e o galo consistindo em uma representação da mãe. Assim, numa situação de vinculação em potencial, a alimentação é rompida por uma

reação violenta de agressividade oral da mãe, com quem ele se identifica depois – mexe no dente mole. Assim, a relação mais básica de aproximação e de vínculo é interrompida por uma aniquilação por parte da pessoa em quem se deveria confiar.

No cartão 2, diante da angústia de aniquilação experimentada anteriormente, o menino somente pode apelar para a onipotência como defesa, o que se torna real, visto que a mãe e o pai lhes parecem extremamente frágeis. A distância que existe entre o menino e o ambiente torna o seu relacionamento com o universo próximo, a família, uma guerra de forças, um cabo-de-guerra, em que o mais forte vence. Então ele precisa, de fato, se tornar o mais forte, impondo o seu desejo pessoal. Como o meio é frágil, não há de fato alguém para limitar a onipotência.

No cartão 3, nota-se que o leão e o rato relacionam-se numa situação passiva, ambos assistem televisão, mas não se dão bem; mais grave ainda, o leão não percebe o rato e o rato nem sequer esboça um contato com o leão. São dois personagens que estão juntos espacialmente, mas distantes afetivamente; a relação deles, então, é priorizada com a televisão, que se torna o meio mais importante que o vincula ao mundo, embora de maneira precária e indireta.

No cartão 4, o relato do menino demonstra que nem sempre uma situação de passeio, algo de que gosta, é prazerosa. Quando algo poderia acontecer (um piquenique), isso não acontece, e os personagens vão dormir. Há uma interrupção da atividade por meio da passividade e imobilidade. Novamente, como no cartão anterior, o tema disse respeito a uma relação que poderia acontecer, mas não acontece; cada membro permanece retraído em si mesmo, alimentando a distância entre eles. Falta movimento.

No cartão 8, uma situação em família, ele se identifica com o macaco menor, diferente de como se vê no relacionamento com os pais. Há intolerância do ambiente para com ele, através da figura da avó que chama a atenção do macaquinho. Mais uma vez, aparece a dificuldade para estabelecer um vínculo com uma figura materna, nesse caso, substituta. O abismo entre ambos e a falta de acolhimento e reconhecimento da sua “arte”, que é repudiada, apenas o leva a encerrar-se mais em si mesmo – o macaquinho não quer mudar.

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 Maria

*“O que me importa essa tristeza em seu olhar
Se meu olhar tem mais tristezas pra chorar
Que o seu...”*

(O que me importa, Marisa Monte, 2000. Álbum: Memórias, Crônicas e Declarações de Amor)

Tive dificuldades para conseguir falar com a família: telefonei diversas vezes, até que o pai me atendeu; a mãe não se encontrava em casa. Eu expliquei um pouco para o pai sobre a pesquisa e como seriam os encontros. Ele manifestou interesse e disse que eles participariam. Liguei novamente e Maria confirmou a participação dela e do menino. A médica que indicou o caso havia relatado que o pai era quem acompanhava o menino às consultas.

Primeiro Encontro

Maria e Pedro chegaram para falar comigo no horário combinado. Convidei os dois para entrarem juntos na sala de atendimento, pois o menino tinha 10 anos de idade e já era alfabetizado: assim, poderia compreender o conteúdo do TCLE, o que facilitou minha explicação sobre a pesquisa e a coleta de dados.

Maria tinha a aparência de uma mulher de meia idade, embora tivesse apenas 29 anos. Ela era morena, tinha cabelos enrolados e curtos, estatura média. Aparentava ser uma pessoa com poucos recursos financeiros: usava vestimentas simples, sem nenhum acessório.

O menino aparentava a sua idade, estava com roupas limpas e novas (melhores que as da mãe). Tinha uma cicatriz de um machucado recente, uma escoriação relativamente grande do lado do olho direito (da largura de uma bola de tênis), algo que chamava a atenção.

Enquanto andávamos até a sala para iniciarmos a primeira entrevista, percebi que ele cochichou algo com a mãe. Quando entramos na sala, a mãe disse que ele falou pra ela que havia gostado de mim. Dei um sorriso para eles e agradei. Percebi que eles procuravam ser cativantes.

Pedro mexeu-se muito na cadeira, mas não foi ruidoso. Perguntei o que tinha acontecido com o rosto dele e eles me contaram que ele havia caído de bicicleta. Perguntei para ele se a queda doeu e ele disse que nem tanto. A mãe afirmou que ele nem havia reclamado tanto do machucado, que a aparência é que estava pior.

Maria mostrou-se colaborativa. Tinha uma voz meiga. Expliquei mais de uma vez do que se tratava a pesquisa para que ela entendesse, mas isso não pareceu ter sido cansativo, porque ela demonstrava interesse. Na hora de fornecer os dados de identificação, ela não soube dizer ao certo os números de telefone para contato, e foi a criança quem falou por ela. Tinha dificuldade para ler e escrever, o que percebi ao ler o TCLE e no momento em que escreveu seu nome. Após a assinatura dos TCLEs, preenchi os dados de identificação dela e da criança e o Critério Brasil de Classificação Econômica. Ela me explicou que por causa da crise financeira que o Brasil estava passando em 2015, especialmente na sua cidade, seu

marido havia perdido o emprego, porque a empresa metalúrgica onde ele trabalhava havia fechado; devido a isso precisaram vender o carro e a moto que tinham e estavam enfrentando dificuldades financeiras. Mesmo nessas condições, o estrato sócioeconômico alcançado na Classificação foi médio.

Concluída esta parte com a mãe, pedi para que ela saísse para que eu continuasse o trabalho com o menino (a aplicação da Escala de Maturidade Mental Columbia - EMMC), com o que ela concordou. No final da aplicação da EMMC, eu e ele fomos ao encontro da mãe, que estava conversando com as secretárias do ambulatório na sala de espera, tirando uma dúvida quanto a se poderia receber algum auxílio financeiro do governo por ele ter TDAH. Aguardei que ela terminasse de conversar e combinei com eles o segundo encontro.

Segundo Encontro

Eles chegaram no horário combinado. Estavam sentados um perto do outro na sala de espera. Convidei Maria a entrar e pedi que Pedro esperasse ali, pois as secretárias cuidam das crianças que ficam na sala de espera do ambulatório. Expliquei isso para ele e para a mãe. Fomos em direção à sala e, quando chegamos expliquei como seria a atividade e voltei a falar sobre o uso do gravador, o qual ela consentiu. Pedi então a ela que me falasse, inicialmente, como foi e como é ser mãe do Pedro. Logo ela respondeu:

“Então, ser mãe do Pedro não é fácil. O Pedro é teimoso, precisa por uma, duas, três vezes pra tomar banho. Ai deixa roupa pro chão, deixa tudo no chão. Eu falo que é “cinco minutos”, mas não obedece, falo pra pegar roupa e não vai, deixa tudo jogado na casa.” Percebi que Maria relatou uma situação mais voltada para o momento presente e também fiquei com a impressão de que ela não entendeu a pergunta, ou que estava sugestionada pelo TCLE, que trazia a informação de que era um jogo de histórias de situações cotidianas. Então perguntei como foi quando ela descobriu que havia engravidado e quando ele nasceu. Ela disse:

“Então, não queria. Eu queria abortar. Eu era muito nova, não sei... Ai vinha aquele pensamento de tirar ele, mas não, ‘não vou tirar o primeiro filho, não vou fazer isso, jamais!’ Ai já veio aquele pensamento, ‘vai lá e tira’, toma um remédio, mas falei não vou fazer isso. Então quando ele nasceu, era um menininho tão bonitinho sabe? Cabeludinho, ai quando eu vi a carinha dele, falei: ‘Jamais, só alegria!’ Ai... mas só que foi crescendo e foi dando ‘trabalho’, né, doutora (Maria me chamava assim, mesmo eu dizendo que isso não era preciso; nesse momento pedi que me chamasse pelo meu nome). Então foi dando aquele

‘trabalho’ e é teimoso demais. Aí depende da paciência a gente vai lá e ‘começa a bater’... É isso.”

Maria me contou isso de forma direta, sem receio de esconder que sua gestação foi indesejada, porém que se afeiçãoou pelo filho quando ele nasceu. Perguntei como foi a reação do seu marido quando ela descobriu a gravidez e quando Pedro nasceu. Ela relatou: *“Ele reagiu bem, mas ‘ele nunca foi mais eu’ fazer um ultrassom, ir num médico... Ele nunca foi ver nascer um filho dele, ele nunca foi, nunca ‘acompanhou eu’. Ele vai visitar depois que o filho tinha nascido. Tudo fui eu sozinha, sabe. Até hoje eu joga isso na cara dele, que ele nunca foi ver um ultrassom, nunca foi comigo no médico. Nunca foi. Tudo é eu sozinha.”* Essa solidão referida pela mãe nos momentos em que precisava do marido pareceu-me ter sido sentida por ela como falta de afeto da parte dele, por ela e pelos filhos. Neste momento, eu me recordei que a médica havia dito que quem levava o filho à consulta era o pai, então perguntei se no cuidado com os filhos ele a ajudava, se ele levava ao médico. Ela respondeu: *“No dia que eu estou muito ocupada com o serviço de casa, ele pega e traz, porque é difícil correr atrás do médico, então isso aí ele que vê, mas quando ele tem que trabalhar e eu não, aí eu pego e vou.”*

Voltei a focar a entrevista no relacionamento dela com o filho e perguntei como ela se sentia sendo mãe do Pedro e ela disse: *“Eu sinto muita raiva do Pedro... eu não vou mentir pra você. Eu acho que ele me deixa muito nervosa, ele me manda pra fora de casa, ele me xinga, ele me manda ir embora pra casa da minha mãe, fala assim: ‘Vai embora pra sua família, que eu não sou sua família, não sou seu filho, eu não vou chamar você de mãe’... Fala tudo isso pra mim. Me chama de vagabunda, me chama de puta, me chama de tudo que é nome, o Pedro.”* Perguntei por que ela achava que ele era assim, e ela respondeu: *“Então, eu acho, que nem eu conversei com a prima do meu marido, ela trabalha na usina, na limpeza... ela disse: Dá carinho que ele muda, mas quando eu vou dar ele ‘monta’ em cima de mim... sabe? Não pode dar muita liberdade pra ele, porque ele quer ‘montar’ em cima de mim. Aí eu falo: ‘Pedro vai lá lavar uma louça, lavar uns copo lá na pia’, precisa mandar, ele não vai. (Começou a discorrer como se estivesse falando para o filho) ‘Por isso que eu não dou carinho pra você, porque se eu dar carinho pra você, você não vai me obedecer’. Então eu preciso... eu não vou dar carinho pra você, pra você me obedecer. Eu não te dou carinho, mas eu te dou roupa lavada, te dou calçado limpo, te dou comida feita... Se me pedir dinheiro, e eu tiver, eu te dou. Meu filho eu não te dou carinho, mas essas coisas eu te dou.”* Maria sente que não pode dar carinho para o filho, pois assim estará abrindo caminho para que ele não a respeite, então tenta comunicar a ele e a si mesma, talvez como uma forma de

diminuir sua culpa, que demonstra seu amor com cuidados concretos, cuidando de sua alimentação, vestuário etc. Investiguei quem é que pode estar cobrando carinho, se é ela ou ele, e perguntei se Pedro pede carinho pra ela, se ele cobra isso, ao que ela disse: *“Não... não fala não... No lugar dele pedir carinho, ele manda eu ir embora de casa. Ele fala: vai embora pra sua casa e deixa eu e meu pai”*. Percebo que Maria tem muita mágoa do filho por ouvir isso dele; ela também parece dizer com isso que, ao invés do filho agir de forma a agradá-la e possivelmente facilitar para que ela manifeste seu afeto, ela sente que ele faz o oposto. Continuei a entrevista questionando um pouco mais sobre o que significa a questão do afeto para ela. Digo que percebi que é ela quem acha que deveria dar mais carinho para ele, que ele não cobra isso. Então ela disse: *“Tem hora que eu penso em casa, que eu preciso dar mais carinho pro Pedro, eu sinto que ele precisa de carinho de mãe, mas só que eu tenho medo de dar carinho pra ele e depois ele sabe?... ‘montar’ em cima de mim. Porque sem eu dar carinho ele já ‘monta’ em cima de mim. Eu já tentei dar carinho pra ele, mas ele começa a me xingar, ele fica muito teimoso comigo... é por isso que eu não dou carinho pra ele. Porque ele quer mandar na minha vida e na vida do pai dele. Que nem eu falo pra ele: ‘Você não manda em mim nem no seu pai, eu que mando em você’. Ele fala que eu não mando nele... (Fala como se estivesse dizendo pra ele) ‘Mando sim até os 21 anos.’”* Demonstrar o afeto, o amor a deixa vulnerável, como se depois não fosse possível impor limites. Para Maria, se ela demonstrar o amor permitirá que o outro faça o que quiser com ela.

Perguntei quanto aos aspectos do TDA/H, se ela percebia a agitação, a hiperatividade. Ela disse: *“Muito, muito, muito. Tem hora que dá raiva, porque nem na minha família, nem na do meu marido, eu acho que ninguém gosta dele. Outro dia eu fui na minha mãe, que mora em outro bairro, e a minha mãe tem um bar. Ai ele vai lá e quer pegar uma bala, e quer pegar uma coisa, e a minha mãe começa a xingar. Eu falo: ‘Não, mãe, o meu marido paga, dá um suco pra ele, o meu marido paga’, e ela diz: ‘Ai eu não quero dinheiro e ‘num sei quê e num sei quê’ ... Ai os outros netinhos chegam lá e ela deixa fazer de tudo, pode pegar bala... Igual, minha irmã tem gêmeos, da idade do meu filho mais novo, 2 anos, aí minha mãe vai e compra pipa pra dar pros outros filhos da minha irmã, e meus filhos ficam sem. Isso me machuca muito. Dar pra um e não dar para o outro. Se dar pra um, dá pra todos. Porque os outros vai ficar olhando”*. Maria falou um pouco de como é seu relacionamento com a própria mãe, como ela se sente preterida e consequentemente vê os filhos, em especial o Pedro, na mesma posição.

Passei, então, para a apresentação dos cartões do CAT-A. Mostrei a primeira figura e pedi que, olhando para ela, me contasse como foi e como é ser mãe do Pedro naquela

situação. Maria olhou e rapidamente respondeu: *“Então, eu acho que aqui a galinha dá mais carinho para os pintinhos do que eu pro Pedro. Eu acho... Sentar na mesa, comer tudo junto. Eu não faço isso, nem sento na mesa, porque lá em casa nem cadeira tem, está tudo quebrada... Eu acho que é isso, a galinha dá mais carinho para os pintinhos do que eu dou pro Pedro, que é meu filho.”* Maria falou com tristeza. Esperei alguns instantes porque percebi que ela se emocionou. Continuei perguntando como é o momento da alimentação na casa dela, a hora de comer. Ela disse: *“Aí senta no sofá e liga a televisão, aí um senta no chão, o outro senta no sofá... Liga a televisão e é assim. Porque cadeira não tem...”* Percebi que essa questão das cadeiras chama a atenção dela, porque ela falou disso com ênfase. Perguntei o que aconteceu com as cadeiras, e Maria respondeu: *“Então, eu acho que eu lavava muito e enferrujou... E meu marido quer comprar uma mesa, porque reformou lá em casa e fez sala e cozinha tudo junto. Ele falou que ia comprar uma mesa e seis cadeiras, mas o dinheiro não está dando pra comprar. É isso aí, um come primeiro, depois o outro vai... Não dá pra sentar na mesa assim... Eu acho que a galinha aqui está dando mais atenção do que dou para os meus filhos”.* A tristeza de Maria nesse momento demonstra que ela sente que não é afetiva com os filhos, que não consegue lhes oferecer atenção.

Afirmo que percebi que ela pensa que não consegue dar atenção para eles, e perguntei como ela se sente com isso. Ela disse: *“Eu me sinto triste (se emociona, chora). Eu queria muito dar carinho pra ele... E eu também... Não dá.”* Maria não conseguiu falar devido à grande emoção que estava sentindo, chorou com muita dor. Esperei alguns instantes porque fiquei comovida, percebi que essa questão de não conseguir ser afetiva com o filho gera muito sofrimento para ela, que isso não é algo que ela consiga controlar. Digo que ela não consegue dar carinho tanto pelo comportamento do Pedro quanto por ela mesma e ela disse: *“Isso!”* Respondeu prontamente, depois ficou em silêncio e chorou soluçando por alguns segundos. Fiquei muito tocada porque ela não aparentava ser uma pessoa que se emociona nessa intensidade no seu cotidiano. Usando um tom de voz amoroso, perguntei por que ela achava que era assim (não afetiva), e ela respondeu: *“Não sei... Acho que eu também não tive amor de mãe e de pai (Disse isso chorando, soluçando). Meu pai me batia muito... batia mesmo... então não tive amor de mãe, de pai, não tive... Cuidava dos meus irmãos, e meu pai saía pra roça trabalhar, e eu ficava cuidando dos meus irmãos... Então carinho de pai, de mãe, nunca tive... (Chora). Então não consigo dar amor, carinho ‘pros meu filho’ (O choro se torna intenso e ela quase não consegue falar). Não consigo, queria muito dar, mas não consigo... Quando eu vejo aquelas mãe abraçando os ‘fio’, conversando com os ‘fio’, tudo... Então eu pergunto: ‘Senhor por quê eu não sou assim?’ Eu acho que é eu, é o Pedro, não sei... Só sei*

que não dá.” Maria revelou um dado da própria infância, em que sente que não recebeu afeto, atenção e o tratamento que ela necessitava ter quando criança. Precisou cuidar dos irmãos, mas ainda não tinha condições para isso. Pensei que talvez ela carregasse um sentimento de raiva pelos irmãos, por ter tido de ser mãe tão pequena. Como ela apanhava do pai, sente que a infância foi um momento de sofrimento, e não pôde carregar consigo uma lembrança feliz dela. Hoje não consegue dar o que não tem, o que não recebeu. Perguntei se ela percebe se essa dificuldade (de demonstrar afeto) acontece mais com o Pedro. Ela respondeu: “É mais com o Pedro. Com o Pedro e com o outro de 2 aninhos também, porque o pai dele puxa muito o saco do de 2 aninho e do Pedro. Que nem ontem, ele foi no mercado e eu ia na pracinha, e tinha 10 reais, aí eu pensei que dava pra ele comprar chips pras crianças comerem. Ele chegou e eu vi que ele comprou chips pro Pedro e pro de 3 anos, e pro outro não, porque ele nasceu mais branquinho, e meu marido fala que não é filho dele, porque ele é moreno. Eu digo: ‘É filho seu, sim (chora), não é porque é branco, eu sou mais branca, nem todo’... bom, se tem 3 filhos, tem que trazer pros 3. Então eu acho que dou mais carinho pro outro ‘mais pequeno’, saio mais com ele porque ele é pequeno (percebi que se confundiu para falar dos filhos menores, estava emocionada). Então meu marido leva os outros no mercado e o mais pequeno não, e isso me machuca.” A diferença na demonstração de afeto é algo que Maria não aceita, a faz sofrer, novamente isso aparece em seu relato. Nota-se que ela se identifica com o filho menor, rejeitado como ela, já que o marido repete a atitude da mãe. Digo que a diferença é uma coisa que machuca ela e ela respondeu: “Ééé, me machuca mesmo!”

Passei para o segundo o cartão e Maria disse: “É brincando... Eu não brinco com meus filhos, queria muito sentar... Mas só que é assim, lá em casa suja muito, então eu fico lá limpando casa, todo dia eu limpo, aí não dá tempo, eu acho, eu não sei... Aí eu quero descansar, assistir uma televisão, preciso de um tempo pra mim, então eu acho que... Eu queria muito brincar com eles, brincar, sentar, mas eu acho que a canseira fala mais alto. A canseira, eu acho que fala mais alto, que eu sentar, ficar brincando com eles. Ainda que eu vou na praça, pego uma bola, brinco com eles e tudo, mas é difícil, principalmente com o Pedro... É difícil viu... Nunca sentei pra brincar com o Pedro... Nunca sentei... Puxar corda, pular corda... Ele brinca com o povo de fora, com o pai dele então, nunca.” Percebi que Maria tem dificuldade para brincar, que para ela isso exige um esforço muito grande. Perguntei se Pedro gosta de brincar, e ela respondeu: “O Pedro gosta muito de brincar, só que ele é encrenqueiro, ele quer bater, ele quer xingar. Então eu não deixo ele brincar muito na rua. O povo lá da rua tem muita raiva da gente, sabe, então eu tenho muito medo dele bater... Que nem, ele gosta de bater muito em menina.” Falou como se estivesse dizendo para

o Pedro: “Então é melhor hoje você não brincar, é melhor você ficar em casa do que sair na rua e bater nos outros.” Maria tem medo de que Pedro seja agressivo com os outros e que isso se volte contra ele; por isso, como forma de impedi-lo, o proíbe de brincar.

Voltei à temática evocada pelo cartão, a disputa entre eles (pai, mãe e filho) e perguntei para Maria como o Pedro era quando ele estava com ela e com o pai, como ele era quando eles estavam juntos; ela disse: “O Pedro é assim sabe... que nem eu vou lá e converso tudo com meu marido e ele se intromete no meio. Que nem eu falo: ‘A conversa aqui é eu e o seu pai, se você não tivesse aqui ninguém ia estar te chamando aqui’, como quem diz a conversa aqui é entre a mamãe e o papai, até agora ninguém te chamou. Tem hora que ele entra muito entre eu e o meu marido, sabe? Então me manda muito embora. Tem dia que eu penso em ir embora de casa, mas eu acho que morar na minha mãe é difícil, porque minha mãe é muito difícil, é muito difícil mesmo. Então eu penso, conto até 100 e vou lá, pego a bíblia, leio, começo a orar, porque eu acredito muito em Deus... Então, é difícil...” Percebi que Maria sente-se rejeitada pelo marido, pelo filho, pela mãe, e não consegue ter recursos para lidar com isso. Ela reclamou do filho querer participar das conversas dela com o marido, mas não deixou de ter essas conversas delicadas na frente do menino. Continuou dizendo sobre as dificuldades que tem com o filho: “O Pedro é muito teimoso mesmo, faz eu sofrer demais. Responde pro pai dele... Comigo até que ele tem um pouquinho de medo, mas está perdendo o medo de mim já, está crescendo e está perdendo o medo de mim. Então, assim... Que nem no rosto dele, no sábado ele foi na igreja evangélica com o vizinho, aí ele chegou de bicicleta e eu falei ‘Pedro você não vai sair de bicicleta à noite’. Porque assim, lá tem muito tranqueira, traficante, por ali, e ele começa a ficar no meio de adulto, sabe? Aí eu falo: ‘Você é criança e lá só tem adulto, e você não pode ficar no meio desse povo’. Então ele quer ficar, e não deixa ele sair muito, ficar... Porque se tiver uma rodinha ali, é isso que ele quer... Que nem no sábado que ele foi pra igreja, o vizinho falou que ele não ficou na igreja, que ficou lá fora com os traficante lá, lá perto dos tranqueira lá, aí eu pensei: ‘Tava longe de casa, se fosse aqui, eu ia vê’. Então comprei um salgado e dei na mão dele, não sei o quê que aconteceu lá que o menino bateu na mão dele e jogou o salgado no chão e ele ficou sem o salgado. Aí, vai atrás de gente que não presta é isso que dá. É isso, o Pedro é muito difícil.”

Passamos para o próximo cartão e Maria perguntou se estava se saindo bem na entrevista. Respondi que sim, que estava muito bem, que esse era o objetivo, falar sobre ser mãe do Pedro nas situações dos desenhos. Apresentei o cartão de número 3. Ela olhou e logo começou a relatar: “Sentado na cadeira assistindo televisão... Então o Pedro pra assistir televisão é difícil, a não ser que seja um desenho que ele gosta muuito, muito, que ele pega e

assiste um programa... Ele gosta mais é de filme de terror, que tem tiro, sabe? Onde é que tem arma, onde a televisão passa que está falando de traficante... Coisa agitada, ele gosta é disso sabe?. Que nem aquele lá, Velozes e Furiosos, de carro, aquele lá ele já assistiu não sei quantas vezes, e está escrito que lá na capa que não pode. Mas desenho pode... Mas o Pedro é difícil pra sentar, só se for alguma coisa que ele gosta muito, que nem filme assim, ele senta e nem pisca os olhos, que ele gosta, mas é muito difícil. Se chegar alguém lá e bater o portão, chamando eu ou o pai dele, ele é o primeiro que vai. Eu já falei pra ele: 'É eu ou o seu pai, não tá chamando você', mas ele é o primeiro que vai lá atender o portão." Maria pareceu não fazer uma tentativa de compreender os gostos, preferências do filho, e encara com pessimismo o que ele gosta. Também não consegue controlar o conteúdo dos programas que ele assiste, não muda de canal, não menciona impor limites. No final da fala foi possível observar o quanto Maria não permite que Pedro participe dos assuntos dos pais. Percebi que a mãe notou no filho uma curiosidade que ela não gosta, como se ele quisesse saber das informações para exercer algum controle sobre a família. Perguntei, então, se ela achava que ele queria dominar, ela respondeu: *"Ele quer dominar a situação! Que nem ontem à noite, se você ver a cara do meu filho do meio, está tudo arranhada, porque ele (o Pedro) fica beliscando, ele é de beliscar... O do meio não pode fazer qualquer coisinha que ele já começa bater... Eu falo: 'Mas o que é isso! Não é assim que você deve tratar o seu irmão. Tudo bem que eu bato em você, mas é porque você me irrita muuito, muito, por isso que eu bato. Mas seu irmão é só você falar pra ele, que ele tem dois anos, então ele não sabe muito, então você tem que falar pra ele que isso não pode, que está errado. Não tem que chegar, beliscar, bater'. Ele bate muito forte no menino."* A mãe pode agir com agressividade, mas o filho não. Além disso, não parece haver uma tentativa de compreender o motivo de Pedro estar batendo no irmão.

Maria confundia a idade dos filhos menores com frequência durante a entrevista. Perguntei se ela achava Pedro agressivo; ela respondeu: *"Ele é agressivo. E ele gosta assim, de bater em gente pequena e em mulher, sabe? Não pega gente do tamanho dele, porque ele sabe que vai apanhar... Então ele quer gente pequena"*. A mãe também é grande e bate nele que é pequeno, mas não se dá conta disso. Parece conceber o filho como oportunista e agressivo quando a situação é favorável para si.

Decidi passar para o quarto cartão. Apresentei a figura, ela olhou e falou: *"Está andando de bicicleta e a mãe passeando na floresta... Está... Meu marido sempre fala de levar ele no bosque de Ribeirão. Nunca leva. Que nem de domingo, ele (o Pedro) levantou cedo, tomou banho, colocou calça, colocou tênis, se arrumou direitinho... O pai dele tinha*

falado que ia levar ele no bosque, e não levou (ficou triste ao falar isso). Ele chorou muito... Eu disse: 'Se a mamãe tivesse dinheiro, a mamãe levava, mas a mãe não tem'. Então aquilo me machucou muito. Eu acho que uma coisa que você não pode dar pro seu filho, você não promete. Só pode prometer o que pode cumprir. Então aquilo me machucou muito, muito. Aí ele falou: 'Oh mãe, então vamos pra vó'. Só que de domingo minha mãe tinha ido pra Bahia, aí eu falei: 'Só que a vó vai viajar pra Bahia'. E ela mora longe, lá no outro bairro, e não tem ninguém pra ir buscar. 'Se você quiser, mais tarde a gente vai lá na pracinha'. Aí foi indo, foi indo, esqueceu." Maria iniciou falando sobre um passeio, mas não sobre um passeio entre ela e os filhos, que é a imagem sugerida pelo cartão. Voltou a referir o fato de não ver o marido como suficiente, apontando falhas nele e apresentou uma tentativa de consolar o filho, ainda que com poucos recursos emocionais.

Continuei a entrevista investigando como são os passeios dela com o filho, e perguntei: [E quando o Pedro sai com você? Que vocês vão a algum lugar, algum passeio, como é?] Ela respondeu: *"Então, não para... Chega no lugar ele come, mas depois o Pedro some. Aí quando você vai ver ele está conversando com os outros, fazendo amizade, não sei se ele gosta de fazer muita amizade, gosta de conversar com os outros... 'Você conhece?'. 'Não'. 'Então você não pode chegar conversando com todo mundo, que você não conhece'... Sabe teve um tempo atrás que ele começou muito a falar da minha vida e do pai... Nós dois brigava muito no começo, aí ele gostava de falar de mim e do meu marido sabe?... Até o pai dele mandar eu embora de casa, aí ele pega e falava para todo mundo, aí os outros vinha e: 'Nossa você tá separando do seu marido, tá indo embora!' Porque o Pedro gosta muito de falar da vida minha e do meu marido para os outros. Agora eu acho que ele tá melhorando, não sei, mas quando eu vejo ele conversando com os outros assim, eu já pego e falo: 'Pedro vamos!' Porque eu tenho medo dele falar da vida minha e do meu marido, morro de medo".* Pedro parece não ter espaço em casa para conversar e também não pode ter fora. Quando faz tentativas de comunicar aos outros seus tormentos, Maria não percebe que o filho pode estar sofrendo e, por isso, deseja falar com alguém, mas sim que ele contou algo que não deveria ter dito, que fez uma coisa errada.

Perguntei se ela gosta de passear com o Pedro, ao que ela disse: *"Não! Porque o Pedro é muito teimoso quando eu saio com ele. Ele deixa a gente passar muita vergonha, sabe? É muito agitado, é mexendo... e tudo que é coisa quer ver, quer pegar. Então eu falo: 'Ah não dá pra sair com você'. Se fosse um menino quietinho, que sentasse e esperasse sua vez, mas não sabe esperar. Quer ser o primeiro, sabe, nunca quer ser o último, sempre quer ser o primeiro. Então penso, ah não dá, 'Não dá pra sair com você!'"* (falou como se estivesse

dizendo pra ele). *Se o seu pai quiser sair, pode sair, agora a mamãe, sinto muito. Só na casa da minha mãe lá, porque precisa um pouco, visitar a família tudo, então eu vou. Mas sair assim pra fora não vou, porque ele é muito agitado.*” Aproveitei que ela mencionou a agitação para investigar de onde ela acredita que venha essa agitação e o TDA/H. Ela disse: *“Eu acho que é porque ele não tem carinho em casa, só vê nome e ‘xingo’. Meu marido agride muito ‘com ele’ sabe... Eu era muito nervosa, muito... Eu acho que eu melhorei uns setenta por cento. Melhorei bastante, bastante. Depois que eu tive meus outros dois filhos eu melhorei bastante. Antes eu xingava muito, agora eu tô indo na igreja evangélica, aí eu melhorei bastante, uns setenta por cento.* Maria acredita que a situação familiar, de brigas e xingamentos que o filho presenciou colaborou para que ele desenvolvesse a hiperatividade. Também faz menção aos próprios comportamentos que ela considera inadequados. Parece sentir que vive uma vida de humilhações recebidas do filho e do marido, apesar de assumir que também fez coisas inadequadas.

Passei para o cartão de número 8. Apresentei-o e pedi que, da mesma forma, olhando pra ele, que ela me contasse como é ser mãe do Pedro naquela situação. Ela olhou, pensou um pouco e disse: *“Não sei o que eu falo... Então, eu acho que aqui tá chamando a atenção. Eu acho que eu não chego assim e falo: ‘Pedro você fez aquilo! Você vai ficar de castigo! Porque hoje você...’ Eu já vou lá e (fez o barulho de uma palmada) bato. Então eu acho que é por isso que ele tem esse problema dele. Eu acho que se eu chegasse aqui, que nem esse macaquinho aqui, eu acho que melhorava bastante...”* [Conversando com ele, ao invés de bater] *“De bater... Mas só que é assim. O Pedro, quando eu vou chamar a atenção dele, ele fala assim: ‘Não quero saber!’, e tapa os dois ouvidos. Então aquilo ali vai me irritando, aquilo de não escutar. Então é a hora que eu pego o chinelo, dou uns tapa na mão, pra ele tirar as mão dos ouvido, pra ele escutar. Ele tira as mão dos ouvido pra poder escutar, mas só que ele começa a cantar, fazer barulho...”* É como se colocar a mão no ouvido o fizesse deixar de escutar. Comento que parece que ela sentia que ele a estava provocando. Ela disse: *“Isso, por isso que eu perco a paciência com ele e já começo a bater, porque eu acho que se eu chegasse e conversasse, que nem esse macaquinho, eu acho que o Pedro melhorava bastante, muito.”* [Acho que você está me dizendo que gostaria de ter mais paciência com ele]. *“Muito, muita paciência. Uma vez estava conversando com a psiquiatra dele, pra ver se ela não me dava pelo menos um remédio pra eu acalmar, porque às vezes em casa é difícil com o Pedro, e meu marido é muito difícil sabe... O meu marido não sabe educar filho e tudo é nas minhas costas (Falou com pesar). Então se o Pedro fez aquilo... Que nem, o Pedro está lá fora e quer sair de bicicleta, ele fala (o marido): ‘Maria, o Pedro quer sair’. Aí eu falo*

assim: ‘Você também não é pai? Você também tem que saber corrigir! Tem que falar pra ele que não pode, que não é hora de sair’. Então o meu marido deixa tudo nas minhas costas, depois se ele for lá chamar o Pedro, ele começa a gritar na rua pra todo mundo ver... Oh minha cara fica vermelha de vergonha, sabe? Eu falo: ‘Oh não é assim, gritar!’. Eu gritava muito em casa, aí eu acho que eu dei uma melhorada... Então eu falo pra ele não gritar. Eu falo pra ele que não pode gritar. Eu falo: ‘Pedro entra pra casa, me obedece’, e tem vez que ele vem, outras que ele vem pulando, dando aqueles pulinho...” No relato foi possível observar novamente o quanto Maria se sente sem recursos emocionais para lidar com as situações cotidianas e a falta de colaboração do pai no cuidado dos filhos.

Para finalizar pedi que Maria me dissesse o que tem de bom em ser mãe do Pedro. Ela disse: “É, eu acho que o Pedro é um filho carinhoso, eu é que não sou carinhosa com ele. Um filho carinhoso, um filho bom, se for preciso ele te dá até a roupa do corpo e vai embora pelado...” [Ele é generoso]. “Ele é! Então é por isso que eu acho que eu sou... É... É bom ser mãe dele sabe, ele é um menino... Bom ele tem os problemas dele, teimoso... Mas eu acho que essa é a educação que “nós demos para ele... Ele viu muito o clima com meu marido. Meu marido xingando. Ele me xingava de vagabunda, de tudo que é nome. Então eu acho que ele vê, e tudo que o pai dele fala pra mim, ele repete, até o pequenininho percebe, repete... O pequenininho de dois anos, três anos repete. Me chama de vagabunda e de tudo, mas por quê? Porque meu marido me chama. Então tudo que eles veem o pai fazendo comigo, eles vão fazer. Também vão querer me xingar, me mandar embora de casa.” Maria assumiu a responsabilidade dela e do marido sobre os problemas no lar e as dificuldades do filho Pedro. Avaliou, no final, a maternidade de Pedro de forma positiva, vendo aspectos bons na personalidade dele. Continuou o relato: “Eu quero trabalhar, mas está difícil... Ele (o marido) é autônomo sabe, mas eu não, então ele já tem profissão, mas eu não, então é difícil, ele já tem o dom de vender tudo e eu não tenho. Bem que eu queria arrumar um serviço pra eu trabalhar, mas está difícil, fazer o quê? ... Então eu acho que ser mãe do Pedro é essa coisa dele ser bom demais de coração, que nem se você chegar lá em casa, tudo que tiver na geladeira ele dá, pergunta se quer café e vai fazer. Nossa ele é muito carinhoso! Que nem, chegou duas irmãs evangélicas lá em casa, elas vieram de São Paulo, e ele rapidinho já fez amizade com a mulher. A mulher gostou dele ‘pra caramba’, chamou ele de meu anjinho, falou: ‘Ah meu anjinho, meu fofinho’... Então o carinho que ele não tem em casa, ele recebe na rua. ‘Os outros na rua te dá carinho’ (disse como se estivesse falando para o Pedro). Eu não sei o quê que acontece comigo, pra eu não dar carinho nele, eu queria muito dar, muito dar, mas eu não vou mentir para você não, é eu dar carinho pra ele e ele montar em cima de

mim, porque ele é aquele menino que se você dá liberdade, ele toma conta da sua vida, é por isso.” Maria sente-se com poucos recursos para enfrentar o mundo, trabalhar fora. E percebe que o filho precisa encontrar nas outras pessoas o afeto e o reconhecimento que ela não consegue oferecer, por receio de demonstrar o amor.

Agradei sua participação e ela completou: *“Imagina, eu que agradeço você. Saiu aquele peso de dentro de mim sabe, precisava abrir. Porque com o médico é pouca hora, é meio corrido. Então eu precisava fazer isso, por isso que eu marquei de vim, porque é bom até pra mim se soltar, falar. Então eu pensei não vou perder por nada e se tiver outro dia, eu venho de novo, largo tudo e venho.”* Percebi que Maria estava com necessidade de falar sobre suas dificuldades e que foi terapêutico para ela encontrar esse espaço na entrevista. Este é um fato indicativo de que as mães necessitam de apoio psicológico.

4.2.2 Interpretação da narrativa – Maria

A entrevista foi permeada pela sensação de Maria de que lhe faltam recursos emocionais e de que possui dificuldades para amar. Do ponto de vista racional, ela parece saber como uma boa mãe deve agir, mas não consegue fazer isso. Sofre por não conseguir amar, tanto por si mesma, mas também pelo que isso provoca nos filhos. Maria consegue intuir que sua dificuldade se origina em uma impressão muito dolorosa de não ser e de nunca ter sido amada na vida.

Ela revela que, em sua infância, nunca sentiu ter ocupado um lugar especial junto aos pais, principalmente a mãe. Sua percepção é a de não ter sido importante o suficiente para que eles atentassem para as suas necessidades. Sente que eles lhe fizeram promessas de amor parental, mas não as cumpriram. Foi por eles “iludida” no pior sentido do termo e que, ao invés de protegê-la, eles se aproveitaram dela para que assumisse responsabilidades que eram deles. Privilegiaram as próprias necessidades sobre as dela. O modelo de mãe que ela teve e com o qual se identificou, é o de uma mãe fria, indiferente e não confiável, que lhe roubou a infância. A ilusão criativa não teve lugar para ela, que foi atirada muito precocemente em um mundo adulto, objetivo e insípido, com o qual ela não conseguiu e não consegue realizar um encontro afetivo genuíno. A realidade objetiva não lhe faz sentido algum, revelando uma depressão com que ela parece conviver há muitos anos. Ela não vê sua infância infeliz como resultado de limites afetivos maternos, mas a interpreta como uma rejeição por parte da mãe que oferecia (e ainda oferece) o melhor de si para os outros filhos e netos mas não para ela e

seus filhos. Sente que, quando criança, não teve nenhuma oportunidade para usufruir do seu narcisismo, como também não tem agora.

O relacionamento conjugal de Maria repete aquele que ela teve com os pais. Sente que não pode contar com o cônjuge que nada mais faz do que rejeitá-la, humilhá-la, agredi-la e deixá-la só e sem ajuda quando ela precisa dele. Ao invés de reparar as suas feridas, em sua percepção, ele as aumenta, aprofunda, agrava e as torna ainda mais doloridas.

O vazio afetivo que Maria experimenta é agudo e impregnante. Sua sensação é a de nunca ter conhecido um amor verdadeiro e, se pode experimentar um dia algo próximo a isso, a resposta do objeto amado foi a de se aproveitar desse sentimento para roubá-la e explorá-la. As repercussões dessas experiências infelizes sobre a vivência da maternidade são intensas. Sem nunca ter tido um lugar para si, a notícia da gravidez de Pedro a desestabilizou em um primeiro momento, pois a remeteu novamente à sua infância quando precisou abrir mão de si mesma para cuidar dos irmãos. Pedro, assim, reativa a sua rivalidade fraterna e a reencena, quando ele insinua que a vida seria melhor sem ela. O vínculo entre eles oscila entre parental e fraternal e, valendo-se de sua posição de mais forte e de adulta, Maria também humilha Pedro, mostrando o quanto ele é indesejado em determinadas situações e sublinhando as suas incapacidades e imaturidades próprias da infância.

Ao perceber o quanto machuca o filho, Maria sofre profundamente. Gostaria de mudar, mas não consegue, porque o único modelo de mãe que tem introjetado é o de alguém incapaz de oferecer *holding* e compreensão. Não sabendo o que é *holding*, tolerância e devoção, não pode oferecê-los a Pedro, mesmo que deseje muito fazê-lo. Sente que não pode mesmo lhe acenar com uma única centelha de amor porque não será capaz de sustentá-lo e não se promete algo a uma criança que não pode ser cumprido. Por isso, de nada vale iludir Pedro, o mínimo que seja, para desiludi-lo depois; isso só o faria sofrer.

Desconfiada da intensidade do próprio amor, Maria opera uma dissociação psicossomática que é expressa em sua relação com Pedro por uma distinção acentuada entre os cuidados físicos e materiais básicos do menino, que ela consegue suprir, e as necessidades afetivas, que não consegue atender. Sente que, se o fizer, será invadida e explorada por ele e se perderá de si mesma; por isso, não amar é uma forma de protegê-lo e de proteger-se para garantir minimamente uma existência emocional.

Dessa maneira, Maria opera em um retraimento como medida de proteção do *Self* verdadeiro, o que cria uma lacuna entre si e o mundo. Nos relacionamentos não existe, assim, nenhuma esperança de encontro e de integração: ou ela invade o outro ou é por ele invadida. A área dos fenômenos e das experiências transicionais é demasiado restrita e o mundo não lhe

faz sentido algum: ela não consegue apropriar-se criativamente dele, modificá-lo e modificar-se a partir dessa interação. Dessa forma, não existe espaço para o brincar e para o relaxamento, visto que a criatividade encontra-se abafada por um falso *Self* como medida de proteção.

É também como forma de proteção ao filho que ela evita amá-lo porque, ciente de seus limites, não quer que ele sofra com uma decepção posterior. De seu ponto de vista seria cruel, para si e para o filho, perder-se no afeto apaixonado da devoção quando o mundo objetivo que o espera em seguida é duro e impiedoso. Com isso, não pode atender as necessidades de ilusão e de dependência do menino, mas também, por ciúme, não permite que ele procure o *holding* e a proteção de que necessita em outras pessoas. Daí a privação do *holding* permanece, para o filho, mas também para si própria, que não pode reparar as suas feridas por meio da experiência de dar e receber um amor apaixonado e devotado no seu relacionamento com ele.

4.2.3 Narrativa Pedro

Primeiro encontro

No primeiro encontro Pedro entrou na sala junto com a mãe. Enquanto Maria forneceu seus dados de identificação, ele permaneceu sentado com um olhar distraído, porém ficou atento quando perguntei para sobre os motivos pelos quais ele reprovou ao 3º ano escolar: mau comportamento em sala de aula, muita agitação e bagunça. Ele estava rouco no dia da entrevista.

Quando a mãe saiu da sala, para que ele respondesse a Escala de Maturidade Mental Columbia, ele continuou sentado e com uma aparência amigável. Perguntei a ele como tinha sido o tombo de bicicleta que ele levou e que deixou o rosto machucado; ele respondeu de uma maneira confusa, disse que foi subir na sarjeta e a bicicleta desgovernou e ele caiu. Perguntei novamente se tinha doído e se ele chorou, e ele disse que só doeu um pouco, que saiu sangue na hora, que ele assustou, mas que não doeu tanto, e naquele momento estava coçando por causa da casquinha que havia formado. Expliquei como seria a aplicação da EMMC e mostrei os exemplos da escala, que ele respondeu com facilidade, antes mesmo que eu terminasse a explicação. Suas respostas foram dentro do tempo adequado, precisando de incentivo na parte final. O nível aplicado foi o H equivalente a 8 anos e 6 meses a 9 anos e 11 meses (O máximo padronizado pela EMMC). Apesar de Pedro ter mais de 10 anos, fiquei

sabendo dessa informação no dia da entrevista, ainda assim, decidi utilizar a EMMC para fins de padronização da pesquisa. Ele obteve um total de acertos de 55 pontos, correspondente ao Resultado Padrão de Idade 129, segundo a “Tabela 2A – População Geral (continuação) Resultado Padrão de Idade (RPI) – níveis E-H” (Burgemeister, 2015, p. 19), Percentil 96, Estanino 9 e o Índice de Maturidade Mental acima de 9I (9I sendo a nota máxima encontrada nas tabelas normativas da EMMC), o que indica inteligência superior quando comparado a crianças de 8 anos e 6 meses a 9 anos e 11 meses da população geral.

Terminamos a atividade e fomos ao encontro da mãe, nos despedimos, ele acenou sorrindo.

Segundo encontro

Iniciei a entrevista dizendo que faríamos uma atividade de contar histórias e que seriam apresentadas 5 figuras ao todo. Ressaltei que mostraria uma figura por vez e que ele deveria tentar criar uma história de faz de conta pra ela.

Apresentei o cartão 1, ele olhou e ficou em silêncio; então pedi que me dissesse o que está acontecendo na figura. Ele disse: “*É três ‘pintin’ e um está sem... o negócio.*” Não conseguia lembrar o nome do objeto que os pintinhos tinham no pescoço, então eu aponto que parece ser um babador, e ele fez um sinal afirmativo. Perguntei o que estava acontecendo com eles, e ele respondeu: “*Eles estão com fome e quer comer comida...*” e ficou em silêncio. Perguntei se era hora do almoço ou do jantar, ele fez um sinal com a cabeça afirmando e disse que sim Perguntei se a comida estava boa, se estava gostosa e ele disse: “*Está, pra eles está.*” Não compreendi porque ele respondeu dessa maneira e pedi que explicasse melhor, se era por conta do tipo de alimento – que poderia ser bom para os pintinhos e ruim para humanos, ou se algo oferecido pela mãe já estava bom, mas ele apenas respondeu que sim com a cabeça, e não deu continuidade à conversa. Perguntei o que estava sendo servido e se havia sido a mãe que tinha feito. Ele respondeu: “*Não. Foi um adulto que trouxe ração.*” Questionei novamente se tinha sido outra pessoa que trouxe ração e ele afirmou com a cabeça, ficando em silêncio após. Perguntei se eles comiam quietos, se conversavam, se faziam bagunça, para que ele contasse mais; ele disse: “*Eles falam... Eles falam que eles estão com fome...*” Repeti a informação de que eles estavam com fome e perguntei se eles iriam comer tudo, ele respondeu que: “*Não. A mamãe fala que é pra deixar pro pai...*” Perguntei se, caso a mãe não pedir, eles irão comer tudo e ele disse que: “*Eles não deixam*” e voltou a ficar em silêncio. Perguntei se os pintinhos se dão bem e ele disse que sim: “*Dão bem. Não briga.*”

Decidi passar para o segundo cartão, mostrei para ele a imagem e ele ficou em silêncio; depois disse: *“Um urso (Mirou o olhar na direção do urso que está sozinho)... E dois. Está brincando de guerra de braço.”* [Ahh de cabo de guerra...] *“É”* (falou com empolgação, mas depois fica em silêncio). Perguntei, então, como ele achava que estava a disputa e se alguém iria ganhar. Ele respondeu: *“Esse daqui vai ganhar”* (apontou para o urso maior que está junto com o urso pequeno). Perguntei como era a disputa, se era acirrada, e ele disse: *“É o pai, a mãe e o filho”* (apontou para os ursos). *“O maior sozinho é o pai e a mãe e o filho são os da outra ponta, a mãe é o urso maior e o filho é o menor”*. Investiguei se a mãe e o filho eram mais fortes, ele concordou. Perguntei como o pai ficava quando eles ganhavam e ele disse que ele: *“Fica feliz.”* Fiquei em dúvida quanto à resposta, se ele quis dizer que era o pai que ficava feliz em perder ou quem estava ganhando que ficava feliz e perguntei se o pai os deixava ganhar ou se pai tentava ganhar também. Ele respondeu: *“Ele fica brincando, tentando.”* Indaguei quanto à reação da mãe e do ursinho, se eles ficavam felizes por ganhar, e Pedro disse: *“Fica.”* e permaneceu em silêncio. Percebi que se esgotou o assunto e passei para o cartão 3.

Rapidamente ele respondeu: *“É um senhor fumando um... é...”* Percebi que ele não lembrava o nome e falei a palavra cachimbo. Ele disse: *“É! E aqui tem um ratinho... Ele “tá” pensando...”* E ficou em silêncio, como se estivesse imaginando algo. Perguntei o que seria que o leão estava pensando e Pedro respondeu: *“O que ele vai fazer, se ele vai passear ou se ele vai brincar...”* Perguntei o que o ratinho poderia estar pensando também, ao que ele disse: *“O ratinho não está pensando nada, tá lá só vendo.”* Investiguei como eles se relacionam um com o outro, e ele disse que bem. Perguntei como eles estavam, e ele respondeu: *“Bem, estão contentes... Menos ele”* e apontou para o leão. Perguntei por que o leão não estava contente e Pedro demorou um pouco responder, mas disse: *“Aconteceu uma coisa...”* e ficou em silêncio. Perguntei o que pode ter acontecido e ele disse que não sabe, perguntei então o que pode fazer uma pessoa não ficar contente, ele respondeu: *“Talvez machucou... Perdeu alguém.”* Perguntei o que ele achava do leão, se ele era bravo, calmo, ele disse: *“Bem, calmo.”* e ficou em silêncio.

Passei para o cartão 4, mostrei para ele e logo respondeu: *“A mãe está levando os filhos para passear... E está fazendo um piquenique... É lá na floresta... Está andando de bicicleta e a mãe está carregando um e está levando os lanche também...”* Percebi que nesse momento ele conseguiu contar mais e, então, procurei encorajá-lo e disse palavras de incentivo, como: *“é isso aí!”*. Perguntei como vai ser o piquenique, o que iria acontecer lá. Ele respondeu: *“Ah! A gente vai brincar e depois a gente vai embora, vai ser uma coisa bem”*.

Comentei que eles iriam se divertir, e ele afirmou que sim. Perguntei se ele também gostava de se divertir com a sua mãe e seus irmãos, ele apenas emitiu um som: “*Aham*”, querendo afirmar. Dei continuidade, perguntando se eles costumavam passear juntos, e ele disse: “*Eu não sou acostumado a sair, não.*” Questionei o motivo pelo qual ele não é acostumado a sair e ele disse: “*Porque minha mãe não sai, mas meu pai sai comigo. Sai comigo e com meus irmãos*”. Para finalizar, perguntei se ele achava que sair com a mãe deve ser legal, divertido, ele disse: “*É... é...*” (com um tom de voz indicando que essa seria uma possibilidade distante de acontecer).

Comuniquei que passaríamos para o último cartão. Pedi que ele tentasse criar uma história de faz de conta pra ele. Ele olhou e falou: “*Essa daqui estava tomando chá (apontou para a macaca que segura a xícara) e chamou eles pra tomar chá. Aí a vovó está falando pro menininho ficar quieto. Aí depois, essa aqui, a outra vó, a bisavó (apontou para o quadro na parede) morreu, e aí eles estão conversando.*” Pensei em investigar a ação do menino na história e apontei para o macaco pequeno, perguntando por quê a vovó estava chamando a atenção dele, o que ele pode ter feito, e ele respondeu: “*Bagunça.*” Procurando obter informações dos outros personagens, perguntei sobre os que estão tomando chá, o que eles estavam conversando, e ele disse: “*Tão falando da vovó... Tão falando dela*”. Perguntei o que estavam falando dela, e ele respondeu: “*Não sei (falou com pesar)... Eu não sei inventar.*” Nesse momento ele aparenta sentir raiva de si mesmo por não conseguir continuar a história. Continuei dizendo que eles estavam em família e questionei se Pedro gostava de estar com a família. Ele ficou em silêncio por alguns instantes, e disse “*Aham.*” Nesse momento percebi que, na verdade, seu desejo era o de responder que não gostava, mas ofereceu uma resposta afirmativa para tentar ser adequado. Finalizei o teste e agradei a participação. Levei-o até a mãe e agradei aos dois novamente.

4.2.4 Interpretação da narrativa – Pedro

Apesar de não conseguir criar histórias longas e ter um vocabulário empobrecido, que dificultou em algumas respostas, Pedro demonstrou querer participar e tinha curiosidade para ver qual seria o próximo cartão. Percebi uma necessidade de que se nomeie os objetos para ele (babador, cachimbo).

Na história do cartão número 1 foi possível observar que os pintinhos estão com fome, mas não é a mãe que oferece o alimento, a gratificação, mas sim outro adulto, externo ao meio familiar. Assim, a mãe parece pouco capaz de atender as necessidades básicas de *holding* da

criança; é preciso que outro adulto intervenha. Todavia, o *holding* que este oferece é "padronizado" e pouco pessoal (a comida é uma ração) não necessariamente adaptado à singularidade da criança. O ambiente não parece ser suficientemente flexível para se moldar ao objeto criado imaginativamente pela criança. Esse *holding prêt-à-porter* é aceito pelo menino, mas mesmo assim a mãe proíbe um completo usufruto dele, exigindo que seja dividido com o pai. Portanto, o *holding* e a gratificação recebidos pela criança se mostram insuficientes tanto em termos de qualidade quanto de quantidade.

No segundo cartão Pedro reconhece a força do urso que representa a mãe, é ela quem ganha a disputa. Não faz referência a ser a dupla (ele e ela) vencedora, mas sim a mãe somente. Não há no relato um clima de competição, e sim a tentativa de relatar uma temática de brincadeira, mas sem real aprofundamento. Não há envolvimento afetivo na brincadeira, que parece ter pouco sentido, despertando apenas reações dissociadas (o pai, mesmo tentando ganhar, fica feliz quando perde o jogo) ou clichês (mãe e filho felizes por terem vencido). A situação do brinquedo "levado a sério" parece algo distante de seu cotidiano.

A história do cartão 3 refere uma figura de autoridade pensativa e em silêncio, triste e deprimida, não se sabe por quê. Esta figura parece consistir na representação da mãe, descrita como a mais forte da família na história anterior. Há menção a uma possível depressão materna, cujas razões a criança não consegue compreender. Embora existam dois personagens na história, não há relacionamento entre eles e o ratinho (criança) fica impotente e sem ação face ao que aconteceu para deixar o adulto triste. O tema trata-se de um relacionamento que não acontece, contradizendo o relato ao quadro anterior.

No quarto cartão é possível notar que existe certa ânsia em estabelecer um relacionamento afetivo próximo com alguém que possa compreender a sua condição de criança, regredir e relacionar-se por meio do jogo, do espaço da transicionalidade. Ele parece ter poucas oportunidades para usufruir do relaxamento e do jogo e, quando isso acontece, é principalmente a figura do pai que proporciona essa experiência. O brinquedo com a mãe, por outro lado, é visto como algo distante e muito pouco provável de ser obtido.

No último cartão, que faz referência a uma situação familiar, Pedro descreve 3 gerações da família, e percebe as idades dos personagens como diferentes. Ele consegue estabelecer uma continuidade histórica da família, em termos verticais (bisavó, avó, neto) e como se faz a transmissão, ou seja, a socialização das crianças. Com isso faz uma tentativa de inscrever seu lugar na família, mas curiosamente "pula" a mãe. O contexto familiar não é harmônico, havendo "fofocas" e repreensão da conduta do neto. Assim, ao invés de constituir um grupo coeso e agradável de conviver, o relacionamento entre os membros é marcado pela

intriga, repreensão e desconfiança. Portanto, o trânsito entre as gerações não se estabelece necessariamente com base nos laços de amor.

Em síntese, Pedro revela, em suas narrativas o sentimento de não ter recebido e não receber suficiente *holding* e gratificação, percebendo as insuficiências da mãe nessa provisão. Ele precisa contentar-se com uma provisão padronizada que não corresponde aos objetos imaginativamente criados por ele e que provêm do exterior. A escassez de experiências ilusórias reflete em dificuldades para consolidar a área dos fenômenos transicionais e mesmo o brincar aparece como algo distante. As chances de usufruir dessas experiências com os pais são pequenas, principalmente com a mãe, dadas as dificuldades dela. Pedro parece compreender que as dificuldades da mãe para lhe oferecer *holding*, para corresponder aos objetos por ele criados decorrem de uma depressão que ela sofre, cuja origem ele concebe residir nos relacionamentos pouco confiáveis e sem amor que ela viveu junto aos próprios pais. Ele parece sentir-se impotente para ajudá-la, irritando-se com isso.

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 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 Júlia

Quando telefonei para marcar o encontro, Júlia me atendeu. Após eu explicar um pouco como seria a pesquisa, ela concordou facilmente em participar, e combinamos o horário para o nosso primeiro encontro.

Primeiro Encontro

Júlia e Vinícius aguardavam na recepção do Ambulatório de Saúde Mental no horário combinado. Convidei os dois a entrar na sala de atendimento, com o intuito de facilitar a explicação de como seria a pesquisa e a coleta de dados. A mãe solicitou uma declaração de participação na pesquisa para levar ao seu trabalho. Disse ter conhecimento da importância de participar de pesquisas, pois na escola onde trabalhava muitas pesquisas eram feitas. Júlia falou da sua profissão demonstrando muito orgulho, pois trabalhava em uma escola particular famosa, em uma cidade maior, vizinha à deles.

Júlia aparentava a sua idade real, vestia roupas modernas, tinha os olhos verdes, pele branca e cabelo preto e curto. Demonstrou ser uma pessoa culta e fisicamente saudável. Quando citava o filho, ficava emocionada, de uma maneira que indicava intensos sentimentos por ele, como sofrimento e alegria.

Vinícius aparentava ter menos do que sua idade, era magro, branco, tinha os olhos verdes e os cabelos louros encaracolados. Enquanto a mãe respondia a ficha de identificação, ele mexeu-se o tempo todo na cadeira da sala, mas não era ruidoso: era um mexer “tranquilo”,

ele não incomodava e parecia não estar ali. Algumas vezes olhava para mim e sorria timidamente. Falava baixo, e eu quase não conseguia ouvir quando dizia alguma coisa. Procurou ser simpático e encantador; sua aparência era de um anjo que não ficava parado.

Após a assinatura dos TCLEs, preenchi os dados de identificação dela e da criança e o Critério Brasil de Classificação Econômica, cujo estrato socioeconômico alcançado foi 3, o que indicou classificação média. Concluída essa parte, pedi para que Júlia saísse para que eu continuasse o trabalho com Vinícius (a aplicação da Escala de Maturidade Mental Columbia - EMMC), com que ela concordou e saiu da sala. Ele respondeu rapidamente a EMMC e teve facilidade quando o raciocínio dos itens que envolviam matemática. O resultado indicou inteligência superior, quando comparado a crianças de 8 anos e 6 meses a 9 anos e 11 meses na população geral. No final fomos ao encontro da mãe na recepção, e combinamos o segundo encontro.

Segundo Encontro

Júlia e Vinícius compareceram ao Ambulatório no horário combinado. Cumprimentei os dois e expliquei que a atividade seria com cada um individualmente. Júlia pediu para ser a primeira. Vinícius reclamou, porque gostaria de entrar na sala com ela. Expliquei a ele que, dessa vez, eles iriam fazer a atividade um de cada vez, e que logo seria a vez dele. Vinícius ficou na recepção brincando com alguns brinquedos que ele havia trazido e com alguns que eram da instituição.

Na sala, iniciei a entrevista pedindo para que Júlia me falasse sobre como tinha sido e como foi ser mãe do Vinícius. Conforme fiz a pergunta, Percebi que ela começou a se emocionar, então continuei a falar. Disse que, antes de iniciar a apresentação dos cartões, eu gostaria que ela me falasse o que quisesse, aleatoriamente, como foi desde o início, e como era ser a mãe dele naquela época. Fiquei um pouco sem jeito: eu não esperava que ela fosse se emocionar logo no início, porque no primeiro encontro ela demonstrou ser mais “durona”, chefe do lar. Terminei de fazer a proposta e passamos 10 segundos, em que ela permaneceu chorando, para então se expressar.

“Foi uma gravidez difícil, eu não aceitava... Na realidade eu não queria mais ter filhos.” Falou isso com muito sofrimento, chorando, e depois ficou em silêncio. Perguntei se era por que ela já tinha uma filha, que na época era adolescente. Procurei demonstrar que compreendia o porquê de ela não querer mais ter filhos e tentei incentivá-la a continuar falando sobre o assunto. Júlia disse: *“É, ela já estava grande já, mas, assim, com a ajuda*

deles, da minha família, eu fui percebendo que eu não tinha outra alternativa, né? Que eu tinha que encarar o que tinha acontecido e tocar em frente”. Falou isso lentamente e chorando. “Foi muito difícil isso... aceitar toda aquela responsabilidade que eu tinha com a Bia e o casamento tava passando por tudo isso, eu tinha a noção de que não ia ser nada fácil, de que ia ser difícil devido a todos os acontecimentos, mas chegou um ponto em que... tive que aceitar. Hoje em dia é de boa, ele... Ele faz a alegria da casa, né, inclusive quando ele vai pro pai a gente comenta: ‘Essa casa tá quieta!’ Porque quando ele está lá, ele sempre quer uma coisa, ele quer saber de outra coisa, ou, então, ele quer que você vá assistir televisão com ele, ou montar um mercadinho e vender coisas... Então, ele é assim, ele é bem, não é hiperativo, ele é agitado sabe? Está sempre fazendo alguma coisa. Agora que ele aprendeu a ler, na mesma hora que ele está assistindo TV, ele já pega um gibi ou livro, que sempre tem lá, e vai pro quarto, de repente eu escuto ele falando sozinho e ele está lendo sem ninguém pedir, sem ninguém mandar. Então, assim, quando ele está em casa é bem agitada a casa. Nossa casa é ‘agitadíssima’. Mas no começo foi muito difícil pra mim, pra aceitar que eu ia passar por tudo e que eu não ia ter outra alternativa.”

Perguntei se, na época em que ela engravidou do Vinícius, ela já pensava em terminar o casamento, ela respondeu: *“Não em terminar... Eu pensava assim... Tipo, assim... Passava por certo transtornos, que ele (o ex-marido) ficava xavecando as meninas, às vezes as meninas da idade da nossa filha mesmo. Era uma coisa que pra mim... Eu tentei mudar ele, mostrar pra ele que não era assim, que ele tinha que mudar, que isso estava prejudicando o nosso casamento e o relacionamento dele com a filha dele, mas não teve jeito. Nessa época assim, quando eu engravidei, mesmo um pouco antes de engravidar, eu estava tentando, mas eu percebia que ia ser muito difícil de mudar ele, dele perceber tudo isso.”* Júlia fez o relato de forma didática, como se estivesse explicando, ensinando algo, algo distante dela. *“Então, assim, não que eu pensava em me separar, mas existia essa possibilidade...”*

Percebi que o relacionamento entre o casal não era bom quando Júlia engravidou do Vinícius, que ela enfrentava dificuldades com o pai do menino, e passava por situações constrangedoras e desrespeitosas. Ela continuou: *“Aí veio o Vinícius... Foi todo aquele transtorno pra ‘mim’ aceitar, enfim, que ia depender de mim, que não tinha outra alternativa, e, aí, eu fiquei desempregada nessa época, eu tinha saído de uma creche e fui pra outra creche, que era uma creche filantrópica que tinha na minha cidade, só que nessa creche eu poderia fazer uns cursos que a prefeitura dava, e na que eu estava não tinha direito a fazer esses cursos. E como eu tinha formado tinha só 3 anos, eu queria fazer pra enriquecer meu currículo, meu trabalho. Então eu optei por pedir demissão dessa creche que eu estava e ir*

pra essa outra. Eu já tinha feito entrevista, eles tinham me chamado, mas o horário de trabalho era o mesmo, então, não tinha como mudar, nem de uma nem da outra. Então, eu fiz essa opção, e como eu estava num prazo de experiência, então, eles me mandaram embora. Aí juntou mais isso também...”. Constatei que além da situação de dificuldade no casamento somou-se uma dificuldade quanto ao trabalho e à renda financeira. A gestação parece ter acontecido em um momento inapropriado. Perguntei se, por conta da gravidez, optaram por dispensá-la do trabalho. Ela disse: “É! Às vezes eu também jogava a culpa em cima, e também não queria aceitar por causa desse motivo, mas depois assim, de tanto eles me ajudarem, a minha família, e até mesmo o pai dele, aí, eu fui clareando as ideias e fui aceitando.”

Júlia culpou a si mesma por ter ficado grávida e perdido o trabalho, o que aumentou o seu sentimento de rejeição pela gestação. Contudo, encontrou no apoio familiar suporte para aceitar a situação. Por ter mencionado que o pai contribuiu para que ela aceitasse a gestação, perguntei um pouco mais sobre como foi a reação dele e se ele aceitou bem, ao que ela respondeu: *“De início todo mundo assustou. Aí, a Bia foi a que mais... Teve facilidade em aceitar, aí, depois o pai, aí, a família inteira... E eu fui mesmo a última a aceitar a gravidez e tocar pra frente.”* Falou isso calmamente. A emoção que sentiu no início da entrevista diminuiu. Dou seguimento dizendo que iria mostrar alguns quadros e gostaria que ela, olhando para eles, me contasse como tinha sido e como era ser mãe do Vinícius naquelas situações. Mostrei o cartão 1 e rapidamente ela respondeu:

“Difícil! Muito difícil”. Enfatizou a palavra “muito”. “É praticamente uma briga pra ele se alimentar de certos alimentos, aí, eu tentei fazer o que ele gosta, só que nem sempre o que ele gosta é o que é necessário pro desenvolvimento dele. Então, às vezes eu forço ele a comer certos alimentos, algumas coisas, mas é difícil.” Notei que a alimentação era um momento complicado e perguntei se essa situação era assim desde bebê, ao que ela respondeu: *“Desde o peito... Foi difícil.”* Perguntei como foi esse período: *“No começo parecia que ele não tinha força pra sugar, aí foi indo e de tanto estimular... Às vezes eu tinha que acordar ele, porque ele dormia... Então, assim, depois que ele começou a mamar no peito, aí, foi fácil, ele começou a não ter tanto transtorno na hora das mamadas. Aí, quando ele já tava com 1 ano... uns 9 meses mais ou menos, eu tirei o peito, porque eu tava trabalhando numa creche, aí, eu levava ele comigo, aí, eu comecei a dar a mamadeira pra ele não ficar tão dependente. Não foi difícil a mamadeira, foi fácil, aí, depois logo já tirou a mamadeira e foi pro copinho, foi assim, foi de boa, mas as frutas era muito difícil ele comer, papinha era muito difícil. O que ele mais gostava das frutas era banana.”* Neste momento deu uma risadinha, como se lembrasse com saudade daquele tempo, com um bom sentimento.

Incentivei a continuar dizendo se assim as coisas correram bem, e ela disse: *“Até hoje! É muito difícil. Muita luta, muita luta.”* Perguntei se Vinícius se sentava à mesa com ela e a filha.

Também indaguei como era o momento da alimentação. Júlia respondeu: *“Se a gente está sentada à mesa e ele tá assim na TV, a gente vai sentar, aí, é uma luta, porque ele quer comer assistindo TV e a gente quer que ele senta! Então, às vezes a gente negocia, pra que ele possa comer um pouco mais, aí, deixa comer lá na sala, na mesinha dele lá, aí, ele come assistindo a TV, mas, a maioria das vezes, a gente pede pra ele sentar com a gente. Aí, também é outra luta, então, às vezes a gente deixa a TV ligada, ele vai lá come um pouco, volta come outro pouco, fica aquela...”* Perguntei se ele não ficava parado na hora de comer, ela disse: *“Se ele está sentado, ele está mexendo, balançando a cadeira, ele sempre está fazendo alguma coisa.”* Notei que o assunto a extenuou e passei para o próximo.

Apresentei o segundo cartão – os ursos com a corda. Ela olhou e perguntou: *“Seria o pai?”*. Disse que poderia ser um momento de brincadeira, onde poderia ter o pai, assim, a família junto. Júlia, então, começou a chorar e não conseguiu falar. Ficou alguns instantes em silêncio e seu humor mudou rapidamente do primeiro cartão para o segundo. Ela disse: *“Esses dias... Ele me perguntou... Por que que eu não voltava com o pai... Aí, eu tentei falar que não tem como, que a vida da gente não tem mais como ser assim”*. Disse isso chorando e com muita tristeza, falou baixo e sua voz quase não conseguia sair. *“Me machuca a hora que ele fala isso”*.

Aguardei um momento e ela continuou: *“Mas assim, eu tentei mostrar pra ele que ele pode ser feliz junto com o pai dele e comigo... Assim... Estando separado. Aí, eu tentei... Mesmo de longe, mostrar que ele...”* Neste momento não consegui entender o que Júlia dizia, porque ela estava chorando e muito angustiada. Após um momento, ela continuou: *“Às vezes o Vinícius vai pra lá e o pai não brinca com ele. Não tem esse tempo junto, o Vinícius vai por ir, vai lá pra ficar...”* Não consegui terminar a frase devido à emoção e finalizou dizendo *“É bem difícil”*. Notei que para Júlia a separação não era encarada com tranquilidade e que ela sofria por não viver e não proporcionar ao filho uma família nuclear, tradicional, onde podia existir a convivência diária entre pais e filhos. Também não recebeu bem o fato de o filho passar dias com o pai, achava que isso não significava que haveria contato entre eles. Toda essa situação causava um grande sofrimento para ela. Fiquei curiosa em saber se ela também se mostrava disponível para brincar com o filho e perguntei se, em sua casa, ele brinca com ela e com a irmã. Ela respondeu:

“Sim! É... uma casa como outra qualquer. Às vezes ele fica sozinho, porque eu tive outras coisas pra fazer, às vezes eu tive tempo pra ele, aí a gente fica junto. Esses dias mesmo ele estava fazendo dinheirinho, aí ele colocava preços nos brinquedos dele e a gente tinha que ir lá comprar. Aí, a Bia comprou... Foi ela que comprou esse dinheirinho no 1 real (loja). Então, vira e mexe a gente brinca com isso. Aí, ele já vai dando o troco, faz de cabeça. Aí, ele fala “está certo?” Aí, ele mesmo faz a conta e diz que está ótimo... Então, assim, na piscina, que nem agora está esse calor, então a gente botou a piscina, então a hora que dá pra ir os três, ou ele sozinho, quando não eu e ele, ou a Bia. Na minha opinião é considerado normal. Tem tempo, não tem... Mas sempre que ele está fazendo alguma, a gente tenta chamar e mostrar pra ele como que deve e não deve ser.” Falou sobre como tentava dosar diversão, lazer e educação. A presença da irmã aparecia novamente: foi ela quem comprou o brinquedo e também esteve presente nas brincadeiras.

Procurei voltar a mais uma temática que o cartão sugere, e disse que talvez essa figura remetesse a competição. Perguntei quem numa situação assim venceria a luta, e ela respondeu: “É meio difícil, porque... É... Esses tempos atrás aconteceu um fato, é que ele não gosta de tomar banho, não gosta de escovar dente, é aquele transtorno.” Falou isso com um tom de cansaço. “E, aí, essas partes sempre fica pra mim, e eu levei pra cortar cabelo e ele não gostou de cortar cabelo, ficou bravo comigo, aí ele virou e começou a falar assim comigo, que eu era chata, que eu era boba, e que ele não queria mais ser meu filho e tal. Aí, ele falou: ‘Bem que a tia falou que você é folgada!’ Aí, eu virei pra ele e falei: ‘Por que sua professora falou que eu sou folgada?’ Aí, ele falou: ‘Não é minha professora, é a namorada do meu pai.’ E eu falei: ‘Por que ela falou que eu sou folgada?’ Neste momento a mãe fez um adendo e explicou uma situação que aconteceu na casa do pai: “Tinha acontecido uma situação que ele me relatou, que ele estava meio que em estado febril, estava vomitando e estava com o pai, e, assim, quando ele vai pro pai eu procuro ter confiança no pai, apesar de ficar insegura e de pedir a Deus pra ele ficar cuidando. Tentei fazer a minha parte, procuro não ficar ligando e perguntando, fez isso ou não fez. A mesma coisa quando ele está comigo, se ele fica doente eu vou e faço e não fiquei ligando e falando que eu preciso disso ou preciso daquilo, só em último caso mesmo. E, aí, ele (o ex-marido) tinha ido ver o apartamento que eu estava comprando e ele foi de moto, e ela (a namorada) foi com o carro. E chegou lá ele viu que o Vinícius não estava bem e pediu pra ela levar ele de carro. Nisso não sei bem o que aconteceu, ele falou alguma coisa e ela disse: ‘Sua mãe é folgada, deixando você comigo e com seu pai estando doente.’ Aí, eu falei pra ele: ‘Não é a mamãe que é folgada, porque a mamãe nunca pediu pra ela ficar com você, e sim com seu pai.’ Aí, ele falou que não podia

falar porque o pai dele falou que ele não pode desrespeitar. Então, eu disse que não era desrespeitar, que isso era conversar. Aí, eu falei que não precisaria falar porque a mamãe ia conversar com ela. E o dia que eles foram lá, eu falei pra ele (o ex-marido)... Pedi pra ela entrar e na varanda eu perguntei pra ela (a namorada do pai), coloquei toda a história e disse que o Vinícius tinha falado isso e isso, e, então, eu disse que se precisasse falar alguma coisa que falasse pra mim e não pra ele, né? Pra poder manter essa relação legal, porque do mesmo modo como eu não falei mal de vocês para o Vinícius, eu não quero que vocês falem mal de mim pro Vinícius. E, aí, ficou uma coisa muito chata, porque, aí, ela já levou pro outro lado, ela falou que a Bia fica ligando direto pra saber como o Vinícius está, se ele comeu, se não comeu, porque a Bia tem um cuidado enorme com ele, ela tem essa insegurança, ela não se dá muito bem com o pai... E ficou nisso. E ela (a namorada do pai) falou que era pra eu falar isso pra Bia, então eu disse: 'Olha o que for pra falar com a Bia, você fala diretamente com a Bia porque ela já tem idade suficiente pra isso, agora quanto ao Vinícius eu sempre vou intervir e sempre vou falar com vocês, porque ele não tem idade pra responder por ele, então, eu vou fazer isso sempre!'. E aí depois do caso passado, ele veio pra mim e falou que ia falar pro Vinícius não gostar mais de mim, pra ele não querer mais morar comigo, essas coisas assim, querendo colocar ele contra mim. Falei: 'Olha isso fica ao seu critério! Não posso fazer nada porque você já é um adulto''.

Nesse momento, devido ao prolongamento da situação narrada, fiquei em dúvida se a mãe falava do pai ou da criança; tentei questioná-la sobre isso, mas ela não me deixava falar e continuou. Percebi que ficou muito nervosa quando o assunto era o relacionamento com o ex-marido, que ela se esforçava e entendia a importância que tinha esse relacionamento, mas que as desavenças e as situações ruins do passado não tinham sido superadas. Júlia continuou: *“Em relação a mim, eu sempre vou falar pra ele te respeitar, eu sempre vou falar pra ele conversar com você e resolver da melhor forma possível, porque você é o pai, assim como eu sou mãe. Agora se você tem essa mentalidade, se você vê por esse lado, eu só tive a lamentar, porque o maior prejudicado é o Vinícius, mas quem vai sair perdendo é você também.’ Ele (o ex-marido) tem muito essa coisa, não sei se é imaturo, se é infantil. Ele é uma boa pessoa, mas tem muito essas coisas, que acaba não dando certo entre a gente, mas eu sempre procuro não ser tão infantil, não levar tudo ao pé da letra, tentar entender, tentar conversar, tentar não colocar o Vinícius nessas situações, preservar ele um pouco disso, mas às vezes é meio complicado, não tem como.”*

Eu estava enfadada com o relato de toda situação, em parte porque percebi que ela ficou nervosa. Fiquei com receio de ela interpretar erroneamente minha percepção; resolvi

falar cuidadosamente que, mesmo Vinícius estando febril, essa responsabilidade não era só dela, e o filho não era apenas para momentos alegres. [Talvez possa não ter sido uma boa ideia contar para...] Neste momento, ela me interrompeu e continuou falando, mesmo sem eu ter terminado minha frase. Eu gostaria de ter dito que ela poderia confiar mais no que ela estava pensando, que não ficasse tão chateada com o comentário que a namorada do ex-marido fez, e que talvez fosse o caso de apenas comunicar isso ao filho – que o pai também poderia cuidar dele. Ela seguiu dizendo antes que eu terminasse: *“Mesmo porque, eu acho que o pai tem que ter essas responsabilidades. Se está com ele, ele tem que resolver da melhor forma. Claro, que se ele me ligar e falar, olha eu preciso de ajuda, como já teve casos onde ele precisa trabalhar e ele me pediu pra ficar com ele, e eu fui, mas é complicado com ele as coisas.”*

Quando ela terminou, decidi passar para o próximo cartão, o de número 3. Júlia olhou e ficou em silêncio por um longo período. Tentei incentivar dizendo que parecia um leão, uma figura que transmitia a autoridade; logo ela disse: *“A psicóloga falou que eu sou muito autoritária, que eu sou muito exigente, que eu exijo muito dele, e que às vezes é preciso dosar um pouco... (começou a chorar)... Eu sei que eu tive isso”*. Ficou muito comovida e chorou; aguardei. Perguntei se ela conseguia se lembrar de algum exemplo e se ela se sentia assim mesmo, dessa forma (autoritária), ela respondeu: *“Às vezes”*. Perguntei se ela saberia dizer em que momento isso acontecia; ela disse: *“No geral, no geral, às vezes eu esqueço que ele é criança e fico exigindo coisas que ele não tem capacidade ainda, mas é uma coisa minha (com tristeza na voz)”*. Questionei se com a outra filha também era assim, e ela afirmou que *“Foi, foi assim... Tipo assim, pra ele comer, pra ele ter uma alimentação saudável. Na hora da tarefa ou na hora que ele está brincando, eu viro pra ele e digo que não é assim, que ele vai quebrar o brinquedo, pra ele ter mais cuidado, então, assim, às vezes eu exijo dele não brincar, não quebrar, mas é coisa de criança, né? É coisa que vai acontecer.”* Disse que entendia que no fundo era pelo motivo de ele ter o brinquedo por mais tempo, brincar mais. Falei isso porque senti que ela estava muito triste em lembrar a cena que eu a induzi a falar e ela concordou: *“Sim, sim, é sempre nesse sentido.”*

Perguntei se a irmã também era assim com ele (perguntei por que percebi que a irmã também se relacionava com o menino como sendo uma segunda mãe). Ela disse: *“A Bia não chega a ser autoritária, ela é mais mãezona... ela é tipo assim, se ele está com algum problema, ela quer poupar ele ao máximo, ela quer solucionar pra ele, e às vezes eu falei pra ela que não é assim, que tem que deixar por ele também, que ele tem que vivenciar isso pra ele ir aprendendo. Então eu acho que eu não consigo ser muito (começou a chorar) maleável”*

na questão de... No afeto, porque eu tive afeto, mas eu acho que eu exijo pra que ele não sofra no futuro, sabe? E assim foi com a Bia também... (chorou por alguns segundos e continuou) Mas eu tive esse lado autoritário um pouco mais forte.” Fiz sinal positivo com a cabeça, acenando que entendi. Nesse momento senti vontade de acolhê-la porque ela chorava com muita tristeza, profundamente. Aguardei até que se sentisse melhor e continuasse: “É que isso mexe muito comigo, eu acho que pelo fato de eu não ter aceito a gravidez, fiquei muito emotiva com isso, porque eu não queria que fosse assim, eu queria ter aceitado, ter tido uma gravidez boa pra não prejudicar ele, porque depois eu ficava pensando muito nisso, de sabe, de prejudicar ele. Toda aquela emoção que eu senti, toda aquela revolta que eu senti, de prejudicar ele...” Falei que ela ficou se sentindo culpada, mas que muitas mães sentiam isso que ela sentiu, às vezes até mães que queriam engravidar, quando tinham a notícia, também ficavam em dúvida, mas que depois tudo ia ficando bem. Disse isso para tentar fazer com que se sentisse melhor.

Nesse momento, a secretária do ambulatório bateu na porta com o menino e disse que ele estava impaciente, e que queria entrar na sala. Expliquei que logo iria chamá-lo e pedi a ela para oferecer-lhe algum brinquedo.

Júlia seguiu dizendo que: “Na gravidez da Bia foi planejado, a gente resolveu ter ela, aí eu parei de tomar anticoncepcional, mesmo assim teve conturbações, mas ainda assim não foi tanto como na do Vinícius.” Disse que foi também em outro momento da sua vida, com outra idade (Não falei, mas pensei, com uma situação conjugal diferente, na gravidez da filha o relacionamento com o ex-marido era bom e na do menino eles estavam em vias de separação), ela concordou: “Foi completamente diferente.”

Decidi passar para o próximo quadro. Apresentei o cartão 4, e perguntei como era ser mãe do Vinícius em um momento assim. Rapidamente ela respondeu: “Às vezes é tenso, às vezes, porque tem... pelo fato dele sair com o pai, aí ele volta querendo que eu faça coisas que o pai faz e às vezes eu não aceito isso (a voz de tristeza e choro mudou para uma voz com raiva, mais dura). Então, assim, algumas vezes é legal, a gente se diverte, sai, vai, volta, assim realizado, foi, se divertiu, ele brincou e tudo e a gente voltou e está tudo bem, mas na maioria das vezes ele é uma criança assim, eu senti ele muito dependente, às vezes ele vai resolver um problema e ele... Que nem, domingo passado teve o aniversário do filho do meu sobrinho, e esse meu sobrinho tem outro filho, que deve ter 5 ou 6 anos, e ele é hiperativo mesmo (querendo disser que ele é mais hiperativo que seu filho), ele não para, ele mexe com todo mundo, ele faz cosquinha, ele... E eu Percebi que ele e o Vinícius têm uma coisa assim... Que ele tira muito sarro (do Vinícius), e o Vinícius já fica sem jeito, ele não consegue lidar

com aquela situação, então, ele vem pra mim, e eu tentei mostrar pra ele que ele tem que resolver com ele, que eu não tive que ficar entrando no meio disso, porque eles são pequenos e eles tem que se entender ali. Então, assim, a hora que ele veio pra mim e disse que o outro chamou ele de Vinicius cagão, ele podia ter fingido soltado um pum pela boca e falado pra ele 'Pega esse!', brincado com ele, nesse sentido e ter dado risada junto com ele, porque aí ia perder a graça, e ele ia ver que não estava mais deixando irritado, vai perder a graça e ele vai parar. Aí, o Vinicius até tenta, mas ele não consegue fazer isso. Aí, o que ele fazia, toda hora que acontecia alguma coisa, ele ia na mãe do menino, ao invés de vir em mim, mas como ele sabia que eu não ia ajudar, ele ia na mãe do menino pra ela dar bronca nele. Aí, eu chamei a atenção dele nisso também, falei que isso é chato, que as pessoas vieram no aniversário pra se divertir, e se ele for lá toda hora 'pedir pra ela dar bronca pra você se sentir bem, não é assim, você precisa parar, resolver, ou você sai de perto dele pra ficar escutando assim ou...' Mas só que ele quer brincar... 'Ou você leva na brincadeira, porque aí ele vê que não está mais te chateando com isso e vai parar.' Então, assim, às vezes tem essas coisas. Que nem outro dia, a gente foi na sorveteria, aí foi na sorveteria ele brincou, tudo, aí na hora de ir embora ele queria um balão, aí eu falei que não tinha dinheiro para comprar balão, que outro dia, quando eu tivesse dinheiro a gente ia comprar um balão. Nisso ele entrou no carro, e eu estava com duas irmãs minhas no carro de uma delas, aí ele começou a chorar de sair lágrima, só que você via que não era aquele choro... aquele choro que ele faz com o pai... Aí, eu fui pedindo pra ele parar, dizendo que não era assim, que desse jeito a mamãe não iria mais sair com ele, aí ele começou a fazer tanta graça, que ele começou a chutar o banco do carro. Aí, eu pedi pra ela parar, desci e dei uma chinelada nele. Então, assim, eu me acho muito autoritária, e às vezes eu não aceito esse jeito que o Vinicius fica quando ele vai pra casa do pai. Então, assim, os passeios às vezes são legais, e às vezes não. Que nem nesses tempos atrás, ele tinha muito medo da bicicleta porque ele caiu, e esse filho do meu sobrinho tirou sarro dele; com isso, ele não queria mais saber de bicicleta e foi aquela luta, conversando, pedindo, falando, falando, até que um dia a gente foi na praça e ele começou a pegar gosto pela bicicleta, então a gente ia na praça e ele andava, tomava sorvete e voltava pra casa, e lá tinha balanço e essas coisas e ele não ficava dando birra. Então, assim, é uma coisa legal quando acontece assim, dessa forma, mas aí quando ele começa a fazer essas birras que ele faz com o pai, pra chamar atenção e chantagear o pai."

Júlia relatou um pouco como eram os passeios com o filho: aparentemente ele se comportava mal na frente das outras pessoas e com o pai, mas, quando estava sozinho com ela, obedecia mais, situação que ela debita ao pai. Perguntei então se com o pai Vinicius

conseguia o que queria; ela disse: *“Com o pai ele consegue e eu não suporto essa ideia, porque pra mim é inadmissível isso. Procuo mostrar pra ele que ele não tem mais idade de bebê pra dar birra, você tem idade de uma criança onde a gente pode conversar e você pode entender o que eu estou falando, porque você sabe que quando a mamãe tem, a mamãe compra, mas quando a mamãe não tem, não tem como. Então, assim, às vezes eu peço muito por isso, eu poderia ser um pouco mais maleável, mas é muito difícil, porque a hora que eu vou ver, já foi.”* Perguntei se ela queria acrescentar mais alguma coisa, e ela acenou que não. Passei, então, para o último cartão – número 8.

Apresentei o cartão, e, após alguns instantes, Júlia perguntou se *“É tipo uma orientação, seria isso?”* Acenei que sim, poderia ser, e Júlia continuou: *“Eu tentei orientar o Vinicius da melhor forma possível em todos os sentidos, mas tem coisas que eu procuro poupar ele, não fiquei colocando ele a par de tudo também, porque às vezes pode ser que eu e a Bia estamos conversando alguma coisa a respeito do pai e talvez ele vai falar pro pai, então assim, eu procuro poupar ele nessas horas. Em relação a orientar ele, eu procuro orientar da melhor forma possível em todos os aspectos.”* Em um cartão que remetia a um momento com outras pessoas da família, Júlia optou por falar sobre orientação e questões que envolviam o pai (novamente). Procurei incentivar e perguntei se ela pensava em mais alguma coisa quando via a figura. Ela ficou em silêncio por 8 segundos e disse: *“Nessa questão do orientar mesmo.”* Não demonstrando querer dizer mais nada. Fiquei curiosa em saber o que ela pensava quanto ao TDA/H, já que durante a entrevista ela mencionou pouco essa dificuldade que o filho enfrentava e se ateuve mais aos conflitos com o ex-marido.

Disse que gostaria que ela me falasse mais um pouco sobre o tratamento para o TDA/H e sobre o fato do Vinicius usar medicamento, qual a opinião dela, o que ela achava que poderia ser um motivo para ele estar manifestando o TDA/H. Ela contou: *“Não é de agora que ele está manifestando, desde o pré que as professoras vem me falando que ele tem, assim, que ele não conseguia acompanhar, que ele tinha essa relutância em copiar as lições, então que vem dificultando a aprendizagem.”* Perguntei se ela achava que ele era hiperativo, ela disse: *“Assim, hiperativo eu acho que ele não chega a ser, assim... aquela hiperatividade que não dá pra controlar. É uma hiperatividade que acho que dá pra controlar. A questão dele ficar sempre em casa, se movimentando, fazendo as coisas, às vezes fazendo uma arte ou outra... eu acho, assim, se você me perguntasse se eu daria medicamento pra ele por isso, eu acho que não.”* Perguntei se achava que ele era mais desatento e ela falou: *“Assim, em relação a quando você vai pedir pra ele fazer as coisas, ele fica meio assim, e se você pede várias coisas já confunde um pouco.”* Indaguei qual a explicação que ela dava para o que

acontecia, e ela: *“Entra a minha parte (começou a chorar). Acho que na gravidez, não sei... Acho que eu transmiti isso pra ele, é complicado, eu me senti culpada... Eu não queria que isso acontecesse...”* Chorou profundamente. Após aguardar uns minutos proponho que, para finalizar, eu gostaria que ela me falasse da parte boa, o que teria de bom em ser mãe dele. Júlia disse:

“Tem muita coisa boa! (parou de chorar e falou com entusiasmo). O Vinícius é uma criança tudo de bom! Ele é muito carinhoso, é muito atento com a gente, ele é muito cuidadoso, às vezes eu nem gosto que ele me vê assim, sabe” (Refere-se ao fato de estar chorando). Percebi que ele é um menino muito sensível, e que fica atento a tudo que acontece. Ela concordou e acrescentou: *“Ele é muito, muito sensível, ele é muito perceptivo. Então, em casa, às vezes a Bia começa a falar certas coisas e eu falei Bia (fez um gesto querendo dizer que não é para filha falar) por favor. Então, assim, se for pra falar alguma coisa do pai, eu preferi falar numa hora que ele não esteja lá, ou que ele esteja dormindo, mas ele é muito atento a tudo que se passa perto dele.”* Perguntei se ele era carinhoso, e ela disse: *“Demais, demais. A irmã, ele ama de paixão, ela é tudo pra ele.”* Para finalizar agradei sua presença e a do filho.

4.3.2 Interpretação da narrativa de Júlia

“E, antes de aprender a ser livre, eu aguentava – só para não ser livre”.
(Libertação, Clarice Lispector, 1984)

A narrativa de Júlia expressa uma vivência da maternidade permeada por sentimentos ambivalentes que se estendem muito além da relação mãe-filho, e que existem mesmo antes do nascimento de Vinícius. Foi no contexto de um relacionamento conjugal que já parecia condenado e que era permeado por experiências de profunda humilhação e de rejeição que Júlia se descobre grávida. Esse momento desperta uma série de sentimentos ambivalentes, pois, se, de um lado, a gravidez é vista como uma forma de solidificar um vínculo com o marido, que se encontrava frágil, por outro, ela afasta Júlia do modelo de mulher jovem que o marido parece preferir. A contradição entre os desejos de manter o casamento e liberar-se de uma só vez desse relacionamento insatisfatório atiram Júlia em um espaço de confusão e de indecisão, que se intensifica com a perda da oportunidade profissional desejada por conta da gravidez.

Sua sensação é a de que o marido, ao engravidá-la, causou-lhe um mal, como que “roubando-lhe” a capacidade de existir por si mesma ao exigir-lhe a recuperação de um estado de simbiose com o bebê que há anos ela não experimentava mais e nem tinha o desejo de fazê-lo, ao mesmo tempo em que ela sentia que o *holding* da parte dele escasseava mais e mais.

Vinícius, desde então, passou a ser visto por Júlia pelo prisma do seu relacionamento com o seu ex-marido. A separação, se, por um lado, era por ela desejada, causou-lhe, por outro, uma profunda ferida narcísica que ela não consegue ultrapassar. A nova namorada do ex-marido aparece, ainda, como mais um sinal do caráter definitivo da desunião.

Nessas circunstâncias em que a ferida narcísica prevalece ao lado da profunda mágoa e do rancor, e em que o caráter destrutivo do relacionamento é priorizado em detrimento das boas recordações, Vinícius é simultaneamente percebido por Júlia como aquilo que restou de bom do seu casamento, e como o elo com um passado infeliz de que ela também não deseja se desembaraçar. Ele, por sua simples existência, a mantém em contato com o ex-marido, o que permite a continuidade de um vínculo repleto de sofrimento (pelo menos da parte dela), de amor reprimido e de agressões.

Por conta disso, o relacionamento que Júlia estabelece com o filho oscila entre a empatia quase simbiótica, em que ele representa a encarnação do seu sofrimento (pois também sofreu um abandono), e a separação abrupta; em suma, o vínculo vacila entre a indiferenciação e a indiferença.

Assim, desde os primórdios do relacionamento, a possibilidade de doação de Júlia a Vinícius esteve comprometida pela desconfiança e pela dor da rejeição do marido, o que a impedia de ingressar regressivamente em uma relação em que um é o outro. Essa dificuldade parece ter sido naquela época (e ainda é hoje) expressa por meio das dificuldades do aleitamento e da alimentação, em que Vinícius parece se proteger da depressão da mãe, impressa naquilo que ela lhe oferece por meio da fuga (ele dormia quando era amamentado) e da evitação (hoje ele faz suas refeições diante da televisão e se alimenta pouco).

Dotada de um bom nível intelectual, Júlia é capaz de compreender as necessidades objetivas e práticas de uma criança, mas não as afetivas (ela o força a comer alimentos de que ele não gosta; ela interpreta o sofrimento dele diante da recusa de compra do balão como um simples capricho que deve punido). Ela consegue orientá-lo e educá-lo, conhece, do ponto de vista intelectual, o que é necessário para o desenvolvimento de uma criança, mas fica perturbada e exasperada quando ele expressa sua fragilidade de criança e vem demandar o *holding* de sua parte. Ao mesmo tempo em que não consegue acolhê-lo, também não permite

que ele busque conforto em outra pessoa, seja no pai, seja em outro familiar, seja em um desconhecido, e reprova-o se ele assim o faz. Mesmo o brinqueado é por ela dificultado, pois deseja permanecer como a única referência para o menino. No brincar e no relacionamento com ela, o gesto da criança é principalmente interpretado como destrutivo, capaz de causar danos. Ela se sente magoada com facilidade e, com isso, não pode mostrar-se como objeto indestrutível nem humanizar o gesto do filho, dar-lhe forma, moldá-lo e conferir limites a ele. Diante disso, o gesto fica contido, sufocado, pronto para entrar em erupção, em uma motilidade ansiosa e sem propósito. A área da transicionalidade torna-se, assim, demasiado estreita, sem espaço para a consolidação do sentido de ser e da expressão da criatividade por meio do gesto. A possibilidade de a criança brincar e passar bons momentos com o pai desperta, assim, o ciúme de Júlia, que interpreta essa aproximação e a compreensão e atendimento às necessidades do filho por parte dele como uma permissividade indesejada. Por outro lado, o *holding* fornecido ao menino pela irmã é bem acolhido por Júlia.

Júlia, mergulhada nessa dinâmica em que o ciúme, a mágoa e o ressentimento ocupam lugar de destaque, compreende, todavia, os efeitos negativos que ela causa sobre sua maternidade, embora os remeta quase que exclusivamente à rejeição inicial pela gravidez e às dificuldades daí advindas. Seu relato é, assim, permeado pela culpa e pela autoacusação. Ela reconhece a sua impaciência, rigidez e pouca capacidade para relaxar e o quanto isso compromete a sua vida em geral e sua experiência materna em particular. Sofre por si e pelo filho e deseja mudar. Todavia, encontra-se ainda bloqueada pelos sofrimentos relativos à separação, que não consegue ultrapassar ou, em outras palavras, perdoar a si mesma e ao ex-marido. É por conta disso que o menino é visto principalmente como o ser que preenche o espaço entre ela e o ex-cônjuge, como uma espécie de “objeto transicional fetichizado”; ele representa o vínculo eterno que o casamento deveria constituir. Assim, quando ela não se impõe sistematicamente na vida do ex-marido, quando o menino está com ele, de modo a controlar os seus passos, a filha o faz em seu lugar.

Enfim, Júlia parece ser uma mulher cuja experiência materna permaneceu “congelada” e amalgamada na experiência conjugal mal sucedida, situação que sua pouca maleabilidade e restrita expressão criativa não permitem ultrapassar. A rigidez e o estreitamento da área da transicionalidade lhe fornecem condições precárias de relaxamento, de elaboração do luto pelo objeto amado, de realizar introjeções e identificações, de simbolizar e, com isso, a liberdade para o estabelecimento de novas relações. Dessa maneira, ela tem dificuldades para regredir e usufruir da experiência materna, bem como de tornar-se flexível para moldar-se aos objetos criativamente imaginados por seu filho e ao seu gesto; por

isso, não pode humanizá-lo e arrisca a favorecer o desenvolvimento, na criança, de uma dissociação psicossomática. Uma intervenção psicoterápica visando a desenvolver a capacidade de brincar de Júlia parece constituir uma necessidade. Ao que tudo indica, Vinícius parece ter percebido essa necessidade de sua mãe e tem buscado recuperar, junto a ela, essa capacidade, mas seus esforços, mesmo quando são bem sucedidos, parecem alcançar uma dimensão mais estrita que aquela de que Júlia necessita.

4.3.3 Narrativa Vinícius

Primeiro encontro

No primeiro encontro Vinícius entrou na sala de atendimento junto com a mãe; algumas impressões deste momento constam na descrição do primeiro encontro realizado com Júlia. Ela forneceu seus dados de identificação, e enquanto fazia isso, ele andava pela sala, procurando objetos para brincar. Apesar de mexer-se o tempo todo, não era ruidoso, e prestava atenção ao que eu e a mãe estávamos conversando. Quando perguntava algo para a mãe, falava baixinho. Seguindo com as atividades do primeiro encontro, explico que a próxima etapa seria apenas com ele, que seria aplicada uma escala, para confirmar que ele estava se desenvolvendo bem. A mãe saiu da sala e ele ficou comigo tranquilamente. Expliquei como seria a aplicação e mostrei os exemplos da escala. Ele respondeu rapidamente a EMMC, dentro do tempo adequado, e teve facilidade quando os itens envolviam matemática. O nível aplicado foi o H, equivalente de 8 anos e 6 meses a 9 anos e 11 meses. Ele obteve um total de acertos de 55 pontos, correspondente ao Resultado Padrão de Idade 142 (segundo “Tabela 2A – População Geral, Resultado Padrão de Idade (RPI) – níveis E-H” (Burgemeister, 2015, p. 19), o Percentil 96, Estanino 9; o Índice de Maturidade Mental foi acima de 9I (9I sendo a nota máxima encontrada nas tabelas normativas da EMMC). Esses resultados indicam “inteligência superior” quando comparado a crianças de 8 anos e 6 meses a 9 anos e 11 meses da população geral. No final da aplicação da EMMC encontramos a mãe na recepção e combinamos o segundo encontro.

Segundo encontro

Vinícius e a mãe aguardavam na recepção quando cheguei. Após explicar que a próxima atividade seria realizada individualmente com a mãe, ele não gostou, pois queria

entrar com ela na sala. Eu disse que isso não era permitido e que ele ficaria na recepção. Ele ficou com a expressão fechada, mas esperou acompanhado de uma funcionária do ambulatório. Durante a entrevista com a mãe, Vinícius fez uma intromissão; segundo a funcionária do ambulatório, ele estava muito ansioso e pedindo pra ir até a sala, então ela decidiu levá-lo até lá. Expliquei que estávamos terminando a atividade e ele aceitou voltar para recepção. Quando terminei a atividade com a mãe e fomos ao seu encontro, rapidamente ele levantou: estava curioso para realizar a tarefa.

Iniciei dizendo que era um jogo de histórias, em que eu apresento 5 figuras, uma por vez, e ele deve criar uma história de faz de conta para cada uma delas. Mostrei o primeiro cartão e pedi que dissesse o que está acontecendo na figura. Ele respondeu: “*Os patinhos estão comendo comida*” (falou com a voz bem infantilizada, como um bebê). Perguntei se são patinhos ou pintinhos, e ele esclareceu: “*Éééé pintinhos*”. Reagiu surpreso por ter trocado as palavras, e depois ficou em silêncio. Procurei incentivar e perguntei se eles estavam comendo comida, e como que era essa situação. Ele respondeu: “*Eles estavam comendo minhocas...*” Perguntei se eles gostavam da comida e ele disse que sim: “*Uhum*”. Fez um silêncio longo e então tentei incentivar, questionando quem que encontrou essas minhocas. Ele rapidamente disse: “*A mãe...*”. Ficou em silêncio de novo. Perguntei se algum pintinho comia mais ou come menos do que os outros, e ele apontou para o pintinho que está sem babador e na ponta da mesa e falou: “*Esse ‘datchi’ come menos. E os outros ‘comia’ mais*” (apontou para os que estavam com babador). Continuou e disse: “*O que está mais perto da mãe come mais...*” Ficou novamente em silêncio. Continuei com o tema e questionei se era o pintinho sem babador que come pouquinho; ele disse: “*É... É ele... Come duas colheres.*” Continuei: [Ah, ele come só duas colheres de minhoca. E alguém pede pra ele comer mais?]. Ele respondeu: “*A mãe*”. Perguntei qual dos pintinhos poderia ser o mais forte e ele disse: “*O maior*”, apontando para o do meio (que tem babador). Perguntei se eles gostam de comer juntos, se eles se dão bem e ele disse “*Aham... Eles não brigam, não*”. Percebi que ele não queria mais inventar, nem falar sobre esse cartão; ele começou a distrair-se e eu resolvi passar para o próximo.

Mostro o cartão 2 e proponho que ele invente uma história. Ele começou a falar devagar, como um bebê, tentando lembrar o nome da brincadeira: “*Três ursos, um está indo e o outro está com o filho puxando...*” Percebi que ele estava com dificuldade para lembrar o nome da brincadeira, mas que a conhecia, então eu disse: [Cabo de guerra]. Ele complementou: “*Se passar do meio, aí perde*”. Perguntei como estava sendo essa disputa (falei com entusiasmo, para motivá-lo). Ele respondeu: “*É... Eles estão ganhando* (apontou

para o urso menor junto com o outro) e esse daqui (o urso sozinho) está começando a perder.” Fiquei curiosa para saber quem seriam os ursos, então perguntei se ele saberia dizer quem eram aqueles ursos, se era homem, mulher. Ele disse: “Esse daqui é um irmão, menino (apontou o urso pequeno), esse daqui é pai (o que está junto ao urso menor) e o outro é a mãe...”. Ficou em silêncio. Tive a sensação que, ao invés de “mãe”, ele teria dito “amigo”, de que os ursos são todos homens, apenas depois que ouvi a gravação, compreendi que era “mãe”. Imagino que isso aconteceu por eu ter ficado com pena da mãe, pois, em sua entrevista, ela havia mostrado muito medo do filho gostar mais do pai do que dela. Perguntei se ele gosta de brincar. Ele disse: “Eu gosto de brincar de rela congela.” Disse que a brincadeira é legal e perguntei com quem ele costuma brincar. Ele respondeu: “Eu brinco um pouquinho com a minha irmã... Minha irmã de sangue (Bia)”. Procuro entender porque ele utilizou essa expressão “irmã de sangue”; ele explicou que a namorada do pai tem uma filha, e que o pai gostaria que ele a considerasse como uma irmã, então ele falou “irmã de sangue” para explicar que era a sua irmã “verdadeira”. Perguntei se os pais também brincam com ele. Ele respondeu: “Minha mãe brinca um pouquinho comigo de loja e meu pai brinca, e antigamente ele brincava comigo de bola.” Perguntei se ele gosta dessas brincadeiras e ele disse: “É, mais ou menos da de futebol. Essa brincadeira do desenho eu já vi na escola”. Aproveitando que ele falou sobre o cartão, dei seguimento e perguntei quem ele achava que ganharia essa disputa no final. Ele apontou para os ursos que estão juntos e ficou em silêncio. Perguntei se ele gostaria de inventar mais alguma coisa, ele acenou a cabeça com um “não”.

Apresentei o cartão 3 e disse que ele podia inventar o que quiser. Rapidamente ele disse: “Um leão com cara de velho e... E ele está vendo um ratinho que está observando”. Ficou em silêncio. Tentei continuar e perguntei o que ia acontecer nessa história. Ele respondeu: “Hum... Ele ficou... Ele... E aí ele viu que estava observando ele, e ele tentou pegar o ratinho, mas ‘as coluna’ dele ficou quebrada”. Apresentou uma fala muito confusa, então tentei repetir o que entendi do que ele falou: [O ratinho estava só observando o leão, e o leão percebeu e tentou pegá-lo, mas ele estava muito velho e com a coluna quebrada]. Ele confirmou e disse: “É, e ele não conseguiu pegar o ratinho”. Perguntei como o ratinho se sentiu com a situação e se o leão precisou ir para o hospital. Ele respondeu: “O ratinho ficou rindo e o leão não foi pro hospital”. Notei que Vinícius não queria inventar mais nada; mesmo assim, perguntei se ele queria contar mais alguma coisa; ele disse que não.

Apresentei o cartão 4 e disse que ele podia contar uma história sobre ele. Ele contou: “Três cangurus. Um bebê que mamava água, outro que não gostava de pular corda, só gostava de andar de bicicleta e o maior é carteiro. O carteiro chegou e a menina desceu, e

essa daqui também (o canguru sozinho na bicicleta) pra dar água". Fiquei em dúvida e perguntei se foi o canguru menor quem levou a água, e ele afirmou que sim: *"Isso. Ai, ele foi brincar com mais cangurus e ela foi beber água junto com o pai"*. Fiquei confusa com a história: inicialmente pensei que se referia a cangurus machos, depois percebi que havia fêmeas e que apareceu o pai. Pedi para que ele contasse mais alguma coisa sobre o cartão e ele prosseguiu: *"Depois elas foram entregar as encomendas lá na floresta e depois foram fazer piquenique"*. Continuei confusa, então pedi para ele explicar quem eram os personagens. Apontei para o canguru que está sozinho na bicicleta, ele disse: *"É o carteiro. E as outras são duas meninas"*. Ficou em silêncio por 10 segundos e já não demonstrou interesse na atividade. Decidi passar para o último cartão; neste momento já me sentia cansada de fazer perguntas e estimulá-lo.

Apresentei o cartão 8 e comuniquei que era o último. Ele disse: *"Quatro macaquinhos. O pai estava falando pro filho se comportar e os outros dois fofocando. Eles falavam que ele fazia gracinha e muita birra. Ai o pai viu que eles estavam fofocando e ficou bravo"*. Perguntei se o pai defendeu o filho, e ele afirmou: *"Uhum. E ai esses dois foi embora"*. Confirmei se os dois que estavam fofocando foram embora, ele disse: *"É. E nunca mais falaram"*. Perguntei se os dois que foram embora nunca mais falaram com o menino ou com o pai, e Vinícius respondeu que com os dois. Perguntei então, o que o menino achou disso, e ele respondeu: *"Que ele precisa se comportar"*. Ficou em silêncio, demonstrou não querer falar mais. Finalizei perguntando se ele tinha mais alguma história para inventar desse cartão ou de outro de antes, ou se ele queria acrescentar alguma coisa. Ele respondeu que não, então agradei sua presença e encerramos.

4.3.4 Interpretação da narrativa – Vinícius

Desde o início do nosso contato, fiquei impactada pelo fato de Vinícius parecer uma criança menor, com menos idade do que ele realmente tinha. Confirmando essa minha primeira impressão, na história referente ao primeiro cartão, ele transmite a mensagem que, para ter assegurado o *holding* da mãe e a gratificação que ela oferece, é necessário estar próximo a ela (o pintinho que come mais é o que está perto da mãe). Dessa maneira e nessa posição, ele pode se tornar mais forte. A relação de dependência é encorajada pela mãe em detrimento da autonomia (ela também gostaria que o pintinho sem babador comesse mais). Nesse sentido, o amor materno é garantido pela manutenção de uma condição desenvolvimental inferior à de que ele é capaz (ele fala como um bebê), próxima da simbiose,

o que desfavorece o amadurecimento emocional da criança. Enfim, para Vinícius, crescer pode significar perder o amor da mãe.

No segundo cartão, a temática do brinquedo é vivida no contexto da rivalidade entre o pai e a mãe pelo amor e o apoio da criança. A capacidade para o faz de conta é de certo modo alcançada, sendo o pai visto como uma figura importante para a sua consolidação (que não parece ainda assegurada). Ele é percebido, assim, como alguém capaz de ajudar Vinícius nessa conquista desenvolvimental, embora a mãe não esteja de todo destituída dessa capacidade. Todavia, a aproximação da criança com o pai para esse asseguramento é combatida pela mãe, situação passível de gerar na criança um conflito de lealdade. Mesmo assim, Vinícius se coloca ao lado do pai, embora essa opção desencadeie culpa e preocupação relacionada ao estado emocional da mãe (vivida na relação contratransferencial pela psicóloga). A figura da irmã também se mostra importante para a estabilização da capacidade para a transicionalidade. Ela é buscada como uma maneira de contornar a deficiência materna para o brinquedo e suas tentativas para prolongar o vínculo fusional anterior, mas também de assegurar-se que a pertinência (ou o vínculo) familiar (consanguinidade) não se perderá com o alcance gradativo da autonomia da criança. Ao contrário do pai, a figura da irmã não é percebida pela mãe como ameaçadora nem desperta a sua rivalidade.

O terceiro cartão parece continuar a temática anterior, referente aos efeitos provocados na mãe pela aproximação da criança com o pai. Aparentemente, essa condição desencadeia a ira e a perseguição por parte da mãe, mas sua fragilidade não permite uma ação real. Ao contrário, a sua reação face à “rebeldia” do filho somente causa dano a ela própria e a desestabiliza. A reação da criança, no início, é maníaca (o ratinho ri quando o leão se machuca), mas há, entretanto, uma tentativa de reparação (o leão não precisou ir para o hospital, a despeito da gravidade do seu ferimento), demonstrando a preocupação da criança com o estado emocional da mãe.

A capacidade para a transicionalidade é também objeto de atenção na história referente ao quadro 4, representada principalmente no personagem do canguru “carteiro”, que coloca as pessoas em relação. A figura da mãe aparece de maneira bastante apagada na história, ganhando relevo a relação fraternal e do vínculo com o pai. Assim, a irmã surge como essencial para oferecer uma parte do *holding* para a criança (ela interrompe a viagem para alimentá-lo e gratificá-lo); ela também aceita a participação do pai para a continuidade dessa função (o canguru maior vai brincar enquanto o outro é deixado aos cuidados do pai) e, posteriormente, recupera-o tanto para prosseguir essa oferta, quanto para praticar a vivência na área os fenômenos transicionais (eles brincam e fazem um piquenique). Enfim, trata-se da

expressão do cuidado que Vinícius necessita e que gostaria de receber na sua configuração familiar.

No último cartão, a questão da socialização e da proteção ganham relevo. Existe um conflito entre o desejo da criança e o do pai (do tipo pulsão contra proibição), mas vivido no contexto de uma relação de proteção do genitor para com a criança. Assim, ele conta com o pai para defendê-lo das imposições de outrem e das feridas narcísicas que eles possam causar ao menino, mas não no sentido de uma permissividade excessiva, visto que o objetivo de socialização por parte do pai persiste. Esta é realizada no contexto da família para preparar a criança para a inserção no mundo exterior. Vinícius compreende essa intenção do pai, constata a proteção que ele oferece e aceita, assim, os limites que ele lhe impõe.

Enfim, as produções de Vinícius ao CAT-A revelam que ele, no momento atual de seu desenvolvimento, se debate com a tarefa de sedimentar e consolidar sua capacidade para as experiências transicionais. Essa tarefa, contudo, é dificultada pela figura da mãe que apresenta recursos bastante escassos para ajudá-lo nesse sentido e, ao contrário, busca levá-lo de volta a um funcionamento anterior, fomentando a dependência. A figura do pai mostra-se como alguém importante para essa conquista e, por isso, Vinícius busca uma maior aproximação com ele. O pai é visto ainda como capaz de continuar o *holding* que o menino recebe em casa e de protegê-lo dos perigos físicos e emocionais do mundo exterior. Todavia, o estreitamento desse vínculo é combatido pela mãe, dado o ciúme dela em relação ao marido. Vinícius fica então, preso em meio a registros de demandas desenvolvimentais diferentes de seus pais. Ele recorre, nesses termos também à figura da irmã, que parece capaz de ajudá-lo nesse trânsito entre a dependência absoluta e relativa, colocando-o menos em risco de uma reprovação materna. Poder aproveitar desses recursos expressos no cuidado oferecido pela irmã e pelo pai, sem ocasionar feridas e perdas na mãe parece constituir a fantasia de cura da criança.

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.

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 opostas 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 diáde, 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 Sônia

*“Truth is like the sun.
You can shut it out for a time,
but it ain't going away.”*

(A verdade é como o sol.
Podes esconder durante algum tempo,
mas não desaparece).

(Trecho do livro: Elvis: uma Vida - uma Poesia; Suely Nunes Cacita, 2015).

Contatei a mãe por telefone e, após explicar como seria a pesquisa, ela concordou facilmente em participar. Disse que a psiquiatra já havia comentado com ela sobre a possível participação de Marcos na investigação. Combinamos então o horário para nosso primeiro encontro.

Primeiro Encontro

Sônia e Marcos chegaram com um pouco de atraso à entrevista. Convidei os dois a entrar, com o intuito de facilitar a explicação de como seria a pesquisa e a coleta de dados. Sônia aparentava a idade que tinha, utilizava roupas discretas e bem cuidadas, era morena, estava um pouco acima do peso, tinha o cabelo comprido e preso. Falou com muita clareza e respondeu a tudo de forma direta; parecia querer fazer a atividade rapidamente.

Marcos aparentava ter a sua idade, com peso adequado para a altura, moreno, olhos castanhos e cabelo bem curtinho. Enquanto a mãe respondia a ficha de identificação ele, que estava com uma garrafa de água, bebia sem parar; fazia isso como se a garrafa fosse uma mamadeira. Ele também cochichava com Sônia, mas não era possível entender o que dizia. Percebi que ele tinha muita dificuldade na fala, e estranhei o fato da médica e da mãe não terem mencionado isso. Algumas vezes ele olhava para mim, mas não falou comigo até responder a EMMC. Era agitado e não ficava parado.

Após a assinatura dos TCLEs, preenchi os dados de identificação de Sônia e Marcos e o Critério Brasil de Classificação Econômica, cujo estrato socioeconômico alcançado foi 4, o que indicou classificação média, portanto cumprindo os critérios de inclusão na pesquisa.

Concluída esta parte com a mãe, pedi para que ela saísse da sala para que eu continuasse o trabalho com o Marcos, no caso a aplicação da EMMC, com o que ela concordou. Ele respondeu rapidamente a EMMC e, na parte final, percebi que ele já não prestava atenção e apontava qualquer alternativa para terminar rapidamente a tarefa, sendo difícil eu mantê-lo na sala até terminar a escala. No final fomos ao encontro de Sônia na recepção do Ambulatório de Saúde Mental. Ao chegar lá, Marcos começou a correr na varanda com outras crianças. Sônia perguntou como ele havia se saído na EMMC e eu expliquei que não havia corrigido, mas que ele colaborou no início e foi desanimando na parte final. Nesse momento ela me contou que combinou com ele que, se ele fosse ao Ambulatório participar da pesquisa, ela o levaria para comer um salgado no final, e que ele estava ansioso para ir para a lanchonete; era sobre isso que ele cochichava com ela, e era por isso que ela

achava que ele não tinha se esforçado no final da EMMC. Combinamos então o segundo encontro.

Segundo Encontro

Sônia e Marcos compareceram no horário combinado. Cumprimentei os dois e expliquei que a atividade seria individual. Convidei Marcos a entrar, pois percebi que ele estava ansioso; ele aceitou. A mãe ficou aguardando na recepção. Quando terminei a atividade com os cartões do CAT-A com Marcos voltamos para a recepção e convidei Sônia a entrar.

Na sala, ela perguntou como ele se saiu, se participou bem em nossa atividade. Respondi que sim (mas na verdade a dificuldade na fala - infantilizada e com troca de consoantes, como, por exemplo, g por c - tornou difícil a minha compreensão do que ele disse, mas preferi não comentar sobre isso naquele momento e aguardar que ela abordasse o problema ao longo da entrevista).

Iniciei a entrevista pedindo para que ela me falasse sobre como foi e como é ser mãe do Marcos, desde quando ela soube que estava grávida. Sônia respondeu de forma direta e rápida:

“A minha gravidez do Marcos foi difícil porque eu tive obesidade mórbida, diabetes gestacional, e aí no final da gravidez foi muito difícil e ele teve que ser tirado com 36 semanas. Ele estava em sofrimento fetal. Aí foi difícil, eu tinha medo de morrer no parto e dele morrer no parto, mas graças a Deus deu tudo certo. No começo ele era muito pequeno e teve torcicolo congênito: ele chorava muito à noite e ninguém sabia por quê. Depois de dois meses é que foi descobrir que ele tinha o pescoço virado pra um lado só, por isso ele chorava, porque ele queria virar pro outro lado e não conseguia. Então foi indo em médico, porque ele tinha crises de alergia, porque nasceu prematuro, foi bem trabalhoso.”

Notei que para Sônia o início da vida do filho foi conturbado, e que ele nasceu com uma série de dificuldades por conta da prematuridade. Perguntei se na época do nascimento dele ela era já casada e se Marcos foi planejado. Ela disse: *“Eu era casada, e foi planejado, mas mesmo assim foi difícil, porque eu não esperava engordar tanto, fiquei compulsiva, e acabei engordando demais. Mas nessa época minha mãe estava junto com a gente (a avó faleceu quando Marcos tinha 6 anos) e ajudou muito quando ele nasceu. Quando ele nasceu eu tinha crise de hipertensão e dava aquelas apagadas, então minha mãe cuidava dele, então ela teve contato direto com ele”*.

A partir dessa fala, compreendi que a presença da avó materna funcionou com uma extensão da mãe, comparecendo nos momentos em que Sônia não se encontrava bem para exercer sua função, uma vez que complicações de saúde não afetaram apenas Marcos, mas também a ela. Continuei a entrevista perguntando sobre como foi o primeiro ano de vida dele.

“Ele fez oito meses de fisioterapia até os dez meses, aí ele teve dificuldade pra sentar e começou a sentar quando tinha mais de um aninho. Começou a andar com um ano e onze meses, quando ele foi pra creche, porque eu ia trabalhar. Então coloquei ele na creche, aí na creche, vendo outras crianças andar, ele começou a andar. Isso incentivou ele. Por causa do problema no pescoço, ele tinha medo de ficar sentado, ele não conseguia firmar o pescoço e o corpinho, com a fisioterapia ele começou a melhorar, então aí começou a engatinhar, aí que ele foi começar a sentar, então o processo foi um pouco mais longo.”

Compreendi que o processo para adquirir a firmeza do pescoço e do corpo foi demorado, e fiquei em dúvida sobre como ele se desenvolveu em outros aspectos, assim, perguntei se, após esse tempo, ele se desenvolveu bem e ela respondeu: *“Aí deslanchou, é só arte, correria e bagunça”* (falou rapidamente). Notei que Sônia já não queria falar mais sobre esse tema e decidi iniciar a apresentação dos cartões do CAT-A.

Iniciei dizendo que alguns quadros seriam apresentados e que eu gostaria que ela, olhando para eles, me contasse como foi e como é ser mãe do Marcos naquelas situações. Ela respondeu em seguida quando visualizou o primeiro deles:

“Na hora da comida, o Marcos sempre foi bom de garfo, ele come bastante, ele come bem. Ele só não gosta de verdura e legume, mas arroz, feijão, carne, macarrão sempre que coloca no prato, ele limpa o prato. Pão e leite são coisas que ele gosta bastante, fora as guloseimas que toda criança gosta bastante. O horário do almoço sempre foi bem tranquilo.” Perguntei se ele senta à mesa durante as refeições e ela disse: *“Não, ele gosta de sentar na sala, na frente da televisão, ele gosta de assistir comendo. É meio trabalhoso por na mesa, ele, na hora de comer, fica tranquilo, come tranquilo, bebe água junto com a comida, às vezes pede refrigerante, mas no geral fica tranquilo na hora da comida.”* Percebi que a mãe se atém ao momento presente, então perguntei como foi no passado, desde o início, na época da amamentação. Ela contou: *“Ele quase não mamou no peito, ele precisou de um complemento porque ele não conseguia sugar, então ele tomava complemento que era a mamadeira, e com três meses ele largou o peito e ficou só na mamadeira. Depois, a papinha foi normal. A comida também tudo normal.”*

Observei que Sônia não contou sobre o que ela sentiu na época da amamentação, então perguntei sobre isso, se a amamentação foi como ela imaginava: *“Nesse momento,*

como eu estava tendo crise de hipertensão, eu não tinha tanta paciência pra ficar dando leite, eu tentava dar e se ele não pegasse eu tirava um pouco na chuquinha, pra ele não ficar sem as vitaminas e a proteção que tem no leite. Depois ele não quis mais mesmo, então eu deixei só na mamadeira e nem forcei muito mais, porque uma vez eu fui colocar o peito na boca dele e ele fez ânsia de vômito sabe, então já passei pra mamadeira direto. Ele também teve refluxo né, refluxo esôfago gástrico, então qualquer coisinha ele jogava pra fora, então eu tinha muita preocupação com ele engasgar e tudo. Então preferia dar mamadeira e ficar de olho.” Notei que para Sônia foi mais prático optar pela mamadeira e confirmei essa informação com ela, que disse: “Foi isso mesmo”. Retomei com ela a fase em que começou a introduzir alimentos perguntando o que mais ela lembrava desse momento. Ela respondeu: “Nos primeiros dois, três meses ele até aceitava bem a papinha de legumes, depois eu acho que ele começou a enjoar e foi mais pra comida mesmo, arroz com caldinho de feijão, não gostava de papinha de legumes, ele cuspiu e jogava fora, preferia comida mesmo. Ele sempre gostou mesmo era de carne, caldinho de feijão com arroz e macarrão”. Perguntei se ela quem cozinha na casa: “Sou eu, mas às vezes meu marido também faz, e o Marcos come bem, come, repete”. Perguntei como é quando ela ou o marido pedem para ele comer algo que ele não gosta. Ela contou: “Nem se eu pedir ele não come, se ele não gosta, pode ficar brava, que se ele não gosta ele não come mesmo. Não gosta de tomate, verdura, legumes, abóbora, não gosta de nada disso.” Como o assunto se repetia, decidi passar para o próximo cartão.

Apresentei o cartão 2, Sônia olhou, mas ficou em silêncio. Continuo perguntando como é ser mãe do Marcos em um momento assim. Ela respondeu: “É gostoso, ele é muito carinhoso, amoroso, só que tem horas que eu começo a ficar muito brava, porque ele começa a querer chamar a atenção demais, a brigar com o irmão, aí eu tenho que entrar no meio e ficar falando toda hora, mas ele é minha vida, né.” Sônia fez uma longa pausa, pareceu não ter mais o que dizer ou estar meio perdida, sem compreender o desenho do cartão, então tentei colaborar dizendo que parecia estar acontecendo uma brincadeira, uma brincadeira em família. Perguntei se eles costumavam brincar em família. Ela respondeu: “Não! É meio difícil, porque meu marido trabalha e eu fico cuidando de casa. A única hora que a gente fica mais assim é na hora de fazer o dever de casa, ou na hora que ele vai mexer no celular. É difícil brincar assim, sair pra jogar. De vez em quando meu marido leva eles na pracinha, brinca na areia, mas é só quando tem tempo mesmo, ele trabalha até tarde, então... Como eu tenho o outro pequeno que dá um pouco de trabalho, eu acabo ficando mais concentrada no Henrique, com medo de ele se machucar e acabo deixando o Marcos mais de lado.” Diante dessa fala, percebi que a mãe não tem muita paciência com Marcos. Voltando para o cartão,

questionei Sônia se, aquela fosse uma brincadeira como cabo de guerra, um urso contra o outro, quem ela identificaria na situação. Ela respondeu: *“Seria eu puxando ele e o irmão dele, porque é os dois fazendo bagunça e eu aqui de autoridade tentando controlar os dois, os dois fazem muita bagunça e muita arte, e eu pegando no pé”*. Respondeu de forma impaciente, pois a imagem pareceu tê-la perturbado. Notei que ela não mencionou o pai na imagem, mas não perguntei mais nada devido a sua impaciência.

Quando apresentei o terceiro cartão, Sônia sorriu. Ela pareceu gostar mais da imagem e logo disse: *“É a hora em que os dois dormem. Esse descanso de ficar no sofá pensando, assistindo televisão, mexendo no facebook, eu só faço depois que ele forem dormir. Eu falo pra eles: ‘Agora chega, vocês vão dormir!’ E aí eu dou uma descansada.”* Sônia relatou uma cena em que utilizou de sua autoridade para poder descansar. Perguntei como é quando ela ou o pai tentam colocar uma imposição de autoridade para o filho: *“Na hora de obedecer, antigamente eu podia falar com ele que ele já obedecia, mas agora, com 9 anos, ele está numa fase de querer sair fora da obediência. Falo pra ele fazer X, ele não quer fazer, não vai fazer e pronto. Aí você tem que dar uns dois, três gritos pra ele entender que é você quem está mandando. Aí ele pega e vai, mas ele está na fase de querer ser, de querer impor a própria opinião, a própria atitude”*. Perguntei como ela se sente quando ele começa a fazer isso e ela disse: *“Brava! Muito brava! Aí eu acabo dando um grito mais alto pra ele entender que já chega e acabou! Com o pai também é assim, apesar de que, com o pai, ele fica um pouquinho ressabiado, porque praticamente convive menos, vê mais é à noite. Por causa de ter menos convivência com o pai dele por conta dos horários de serviço, então ele acaba dando aquela assustada quando o pai fala, mas às vezes até acaba fazendo de novo aquela baguncinha, mas em geral ele para, porque ele sabe que o bicho pega”*. Compreendo pela maneira como Sônia fez o relato que ela e o marido utilizam da força física para impor obediência ao filho, mas ela parece ter receio de contar.

Neste momento da entrevista Marcos bateu na porta da sala onde estávamos. Ele conseguiu sair da recepção do Ambulatório sem que a secretária o tivesse visto. Pedi a ele que esperasse só mais um pouco do lado de fora, que a mãe já iria vê-lo. A mãe cooperou com minha solicitação, dizendo para ele voltar para o banco onde estava, não sair na rua e não conversar com ninguém porque ela logo voltaria. Ele aceitou e saiu da sala. Após, Sônia contou que acredita que ele quer saber o que está acontecendo e acrescentei que notei que ele parecia ansioso.

Continuei a entrevista e apresentei o cartão 4. Ela disse: *“Um passeio... A gente costuma muito, quando vai todo mundo, passear no shopping. Aí a gente anda lá, vai comer*

alguma coisa, dar uma passeada de carro. Passeios assim costumam ser eu, ele, o Henrique e o meu pai. Meu marido não vai porque geralmente está trabalhando. Passear eu, meu marido e eles é só quando a gente vai no mercado, num lugar mais próximo. Geralmente eu saio quando eles estão na escola, então passeios assim é mais difícil.” Investiguei como Marcos se comporta quando vai a um passeio: *“Se está só eu e ele, ele fica quieto e obedece, tudo tranquilo. Se está eu, ele e o irmão, aí ele já começa a querer chamar mais atenção que o irmão, já começa a querer fazer a bagunça, já começa a querer falar mais, quer chamar totalmente a atenção! Aí fica mais difícil. Dependendo da onde vai, por exemplo, quando vai no mercado e ele quer uma coisa e ele fica com medo de pedir, aí ele começa a mostrar pro irmão dele, pra ver se o irmão começa a pedir. Ele gosta muito de chamar atenção o Marcos, principalmente quando está com o irmão, se está sozinho se comporta até muito bem. Se tiver outra pessoa, o irmão, meu pai, ou qualquer outra pessoa junto, ele começa a querer chamar atenção. Ele quer a atenção “tudo” pra ele, tudo focado nele!”* Perguntei como ela se sentia e o que ela fazia quando ele começa com esse tipo de comportamento; Sônia disse: *“No começo eu até dou um pouquinho de atenção, mas se eu vejo que ele já está passando daquele limite, aí eu já fico brava.”* Percebi que ela é muito impaciente e não procura compreender o motivo do filho buscar tanta atenção; ao contrário, isso a deixa muito tensa.

Passei para o último cartão. Sônia olhou a figura oito e ficou em silêncio por mais de 10 segundos Procurei ajudar dizendo que parecia um momento em família, quando outras pessoas estão na casa. Ela disse: *“Um momento em família lá em casa... Geralmente meu marido está trabalhando à noite, então um momento em família é no horário do almoço, quando eles chegam da escola, umas onze horas e meu marido fica por ali até umas três, três meia. Então é o horário que a gente fica mais junto. Aí geralmente, se está todo mundo junto, o Marcos quer chamar mais atenção. Ele quer mudar o canal da televisão, ele quer ficar indo na cozinha e pegar água toda hora, quer levar água no sofá, começa a mexer com o irmão dele pra ver se o irmão dele começa a fazer bagunça, começa a provocar o irmão pra ver se o irmão também entra na farrá, esse é o horário. Ele acaba sendo mais bebê que o próprio irmão, e aí ele quer fazer tudo que o irmão dele faz pra chamar mais atenção que o irmão, e ele até incentiva o irmão a fazer aquelas gracinhas de bebezinho pequeno. Ele quer chamar a atenção e quer que o irmão dele chama atenção também. Esse é o horário em que estamos todos juntos.”*

Sônia repetiu várias vezes o quanto Marcos quer atenção. Fiquei curiosa para saber como é o comportamento dele na casa de outras pessoas ou quando ela recebe pessoas em sua casa. Ela contou: *“É difícil alguém ir na minha casa, mas quando eu vou na casa do meu pai,*

ele quer chamar um pouco a atenção. Se vai só eu e ele não, ele fica tranquilo, ele deita lá, senta lá e fica tranquilo, mas se for eu e ele e o irmão, ou se tiver outra criança, que nem as minhas sobrinhas, aí ele já começa a querer fazer bagunça e chamar mais atenção que os outros. Se está com outra criança, aí ele faz bagunça. Eu chamo mais atenção dele do que o pai dele. A gente foi num churrasco na casa do meu pai, estavam meus sobrinhos lá, encheram a piscina e ele entrou na piscina e queria ficar se jogando toda hora. Aí eu fui lá e fiquei chamando a atenção, e o pai dele lá no canto nem ligava, aí eu fiquei brava. Aí eu fico brava com o pai e com o filho, porque aí o Marcos quer chamar a atenção dos outros e se jogar, e o meu sobrinho, ele é hiperativo, é hiperativo de verdade, muito mais hiperativo do que o Marcos, ele é agitado e chega até a agredir outra criança, querer bater, você entendeu? E esse menino toma três ou quatro medicações por dia, então ele é realmente hiperativo. E ele vai pra bater no Marcos e o Marcos quer devolver, então se eu não segurar e não controlar, eles acabam brigando e se machucando, e isso eu não posso deixar, porque o Marcos, se for pra bater nele, ele bate de volta, tem que dar uma controlada, e a minha irmã (mãe do outro menino hiperativo) não liga muito, ela fala: 'Aí deixa! Deixa eles, eles são crianças, deixa eles brincar!' Mas eu sou que nem a galinha choca que protege os pintinhos, se eu puder proteger o meu e proteger o dos outros eu protejo também, mas eu não vou deixar eles ficarem brigando." Sônia comunicou, então, que outras crianças da família, além de Marcos, também apresentam hiperatividade.

Seguindo a entrevista, falei a respeito de uma figura no cartão que lembrava duas pessoas conversando, sussurrando, e perguntei para Sônia como ela reagia e o que sentia quando alguém fazia comentários sobre Marcos. Ela respondeu: *"Ah eu fico brava! Lá na escola mesmo eu briguei com a diretora porque ela começou a insinuar que o Marcos tinha retardo mental, e queria porque queria que o Marcos passasse com a psicóloga da APAE. Elas queriam que ele fosse estudar na APAE! Eu fiquei muito brava, muito brava, aí eu falei que ele sabe ler, sabe escrever, em casa ele faz (as atividades), porque eu coloco ele pra fazer, mas na escola ele não quer fazer. Não é porque ele não sabe, mas é porque ele não quer fazer na escola. Foi uma briga muito grande na escola, eu virei e falei para a diretora naquela época, que a psiquiatra falou que o Marcos não tinha hiperatividade, que o problema dele era déficit de atenção, e ela bateu na mesa e disse: 'Mas como o Marcos não tem problema de hiperatividade! Vem um dia aqui na escola pra você ver como que ele age aqui na escola!'. Aí eu falei que ele tinha déficit de atenção e ele faz essas coisas pra poder chamar a atenção, ele não aceitou bem o nascimento do irmão, teve a perda da avó, e depois disso ele mudou completamente o comportamento dele, tanto é que se a senhora não*

acreditar pode ir lá em casa, lá em casa ele fica quieto, ele sempre assiste televisão e fica quieto. Ai como ela queria, eu levei ele na APAE e ele fez o teste de QI com a psicóloga de lá, mas eu bati o pé e falei que meu filho não tem nada e que ele sabe fazer as coisas, se ele não faz é porque ele se distrai vendo as outras crianças fazer bagunça, mas saber fazer, ele sabe, porque aqui em casa ele lê, ele escreve. Ai eu peguei o caderno dele, que ele fazia lição em casa, porque eu que coloquei ele pra fazer em casa, porque na escola ele não queria fazer e elas deixavam ele sem fazer. Ai eu catei o caderno dele e levei lá e falei: 'Aqui! Esse aqui é o caderno dele, essa aqui é a lição que ele faz comigo em casa.' Depois disso ela não falou mais nada (a diretora).” Fiquei intrigada com o pedido que foi feito pela diretora para que ele fosse avaliado na APAE e perguntei para Sônia como foi o laudo que a psicóloga deu. Ela respondeu: “A psicóloga disse que ele tem Déficit de Atenção e que ele tem dificuldade, e que muitas vezes ele não quer fazer por falta de vontade, por falta de incentivo. Ela passou o resultado, deu QI acho que de 65%, acho que foi um negócio assim, ela disse que ele tem condições de aprendizagem, que ele tem condições de aprender. Precisa puxar e fazer ele continuar.” Essa situação que aconteceu na escola mobilizou bastante a mãe.: Ela falou com muita raiva desse evento. Perguntei o que ela achava que podia ter acontecido para o filho apresentar essas dificuldades e ter o diagnóstico de TDA/H. Ela disse: “Na minha opinião eu acho que foi um trauma. Ele achava que ele ia ser filho único, depois chegou a notícia que ele ia ter um irmão e ele não se adaptou bem a essa informação, porque ele não queria ter um irmãozinho. Apesar que, depois ele começou a demonstrar algum interesse, afeto pelo irmão, porque ele queria brincar e tudo, mas eu creio que ele teve um bloqueio emocional, e quando minha mãe faleceu, esse bloqueio parece que aumentou. Ele era como um filho para ela (para a avó materna). Ele teve muita atenção e depois perdeu tudo. Eu tive que dar atenção pro mais novo e ele acabou solitário. Eu creio que ele teve foi um trauma emocional que desenvolveu esse Déficit de Atenção nele, porque até então ele era uma criança super inteligente. Se ele via uma coisa no folhetinho do mercado ele já sabia, com 3 anos de idade se aquilo era arroz, se era feijão, e se passasse em frente a algum lugar que ele via a propaganda na televisão, ele sabia falar o nome do lugar, ele tinha essa capacidade entende, ele tem essa inteligência. Eu acredito que ele teve um bloqueio emocional.” Sônia enfatizou as dificuldades emocionais como a principal causa dos problemas apresentados pelo filho.

Para finalizar perguntei o que ela via de positivo em ser mãe do Marcos, o que ele fazia de bom que a surpreende. Ela respondeu: “Ele é amoroso, ele é carinhoso, ele é prestativo. Ele até quer lavar a louça em casa e eu não deixo, ele se oferece pra fazer. Se eu

falo que vou fazer alguma coisa, ele já quer ir lá na frente fazer no meu lugar. Então ele é bastante prestativo, amoroso, carinhoso, quer ficar beijando”.

No final perguntei se tinha mais alguma coisa que ela queira acrescentar sobre os desenhos dos cartões ou sobre ela e o filho. Ela respondeu que não. Comentei que percebi que ele tem muita dificuldade na fala, que troca letras e perguntei se ele já fez alguma avaliação fonoaudiológica. Sônia comentou que sua irmã também já falou sobre isso com ela. Ressaltei que seria bom que ela e/ou marido procurassem um profissional desse ramo.

Agradei a presença dela e do filho. Eu a acompanhei até a recepção e me despedi deles. Enquanto Sônia encaminhava-se para a saída, Marcos veio até mim e me empurrou com força antes de ir atrás da mãe; Sônia percebeu o que o filho fez, mas não falou nada. Esta foi uma atitude pouco comum para um menino de sua idade e fiquei sem compreender o motivo, assim me senti triste por ele e seu sofrimento. Mãe e filho foram embora de mãos dadas.

4.4.2 Interpretação da narrativa – Sônia

O que permeou a entrevista foi o tom de voz impaciente de Sônia: era como se ela já estivesse cansada de contar a história do filho para outras pessoas. Ela parecia estar com uma armadura, pois não mencionava muito o que sentia ao ver o filho com comprometimentos no desenvolvimento físico, na escola, no relacionamento com a família e com as outras pessoas. Reconhecia as dificuldades, mas não aprofundava no relato o que sentia, parecendo negar a gravidade do que ele apresentava. Percebia os problemas do sobrinho como uma patologia, mas não os do próprio filho. Apesar de ter se mostrado como uma mãe que aparentemente colocava limites, que era até enérgica, ela me transmitiu a impressão de que essa autoridade era ilusória. A dificuldade na fala era algo muito significativo, que possivelmente prejudicava as relações sociais e o rendimento escolar de Marcos e, curiosamente, ela não a mencionou nenhuma vez. Durante a gravidez, Sônia pareceu vivenciar um sentimento de fragilidade, uma vez que se tornou compulsiva e veio a desenvolver a obesidade mórbida. É possível que a regressão solicitada na gravidez, que promove uma distensão das fronteiras do *Self*, e impõe novamente uma indiferenciação entre o eu e o não eu, tenham abalado um *Self* já debilitado e com contornos pouco definidos, características que sugerem, do ponto de vista estrutural, uma organização limítrofe de personalidade. Os encontros com Sônia apontam também para a presença de uma descompensação de tipo depressivo vivida na época da gravidez e que se encontra em estado latente no momento.

Os medos e angústias de aniquilação e de perda do objeto experimentados no final da gestação e no parto não foram completamente dissipados após o nascimento de Marcos, respondendo pela continuidade da hipertensão e de suas consequências físicas e psicológicas. Essa situação acarretou em prejuízos para o desenvolvimento da preocupação materna primária e para o alcance de uma atitude de completa devoção a Marcos.

Nesse contexto, a experiência materna de Sônia é marcada por sentimentos ambivalentes: ao mesmo tempo em que gostaria de se dedicar integralmente a Marcos por meio de um relacionamento simbiótico e absoluto, também deseja fixar, de maneira mais definida e definitiva, as fronteiras do próprio *Self*. Por isso ela oscila entre uma simbiose completa e uma separação abrupta e prematura da criança, que tem como um de seus exemplos a introdução precoce da papinha. Esta, todavia, pareceu ter como intuito proteger o menino de possíveis intrusões de sua parte na delicada arte de estabelecer o processo de ilusão-desilusão. Isso acontece porque, mesmo quando a relação simbiótica com o filho tem lugar, Sônia não consegue deixar-se “criar” por ele para atender então a sua necessidade (ela coloca o seio em sua boca e o bebê tem ânsia de vômito; ele também sofre de refluxo). Portanto, ela percebe suas dificuldades para estabelecer um vínculo afetivo estreito e indiferenciado com o filho e, como medida protetiva, afasta-o de si mesma para que, na falta de suprimento emocional, ele receba ao menos a provisão concreta, fisiológica, que garanta a sua sobrevivência.

O torcicolo congênito e a necessidade de uma longa fisioterapia, que retardaram o desenvolvimento motor inicial de Marcos, parecem ter favorecido a extensão do período do vínculo simbiótico com Sônia, mesmo que este não tenha sido completamente bem-sucedido para consolidar as experiências de ilusão do menino. Todavia, em seu relato, Sônia percebe a sua tendência a perpetuar a dependência do garoto (longe dela, ele é mais independente e se espelha nos pares para desenvolver-se). O nascimento do Henrique, contudo, ao exigir dela uma adaptação em um duplo registro (simbiótico com o novo bebê e transicional com Marcos) parecem tê-la desorientado e contribuído para impulsionar o filho mais velho para uma autonomia prematura.

Essa situação se agravou porque o auxílio que ela recebia de sua mãe foi interrompido pela morte dela. Esta ajuda consistia em outra medida protetiva para Marcos, segundo a narrativa de Sônia. A avó era capaz de fornecer *holding* para a mãe e para o filho e a sua morte ocasionou um sofrimento profundo em ambos. É assim que Sônia revela a piora de Marcos nessa circunstância e em sequência a outras mortes na família, provavelmente também em resposta ao impacto emocional que estas lhe causaram. As menções implícitas a

uma depressão revelam prejuízos no processo de elaboração do luto, sustentados por dificuldades no alcance da capacidade para a transicionalidade e a simbolização. Nesses termos, Sônia relata as suas poucas condições para relaxar e brincar. Ela não referiu momentos em que brincava com o filho e identificou a hora da tarefa como proporcionando aproximação afetiva; todavia esse era um momento feito quase que por obrigação, uma vez que, em sua percepção, ele precisa demonstrar na escola que estava progredindo.

O único momento de relaxamento referido é quando ela está só, à noite, não conseguindo alcançar este estado na presença de alguém. De modo que, diante dos filhos, ela parece sentir-se invadida, o que a faz experimentar a maternidade como algo desgastante. De fato, nos quadros 2 e 3 do CAT-A ela compreende o relacionamento com os filhos como uma batalha entre os desejos dela e os deles, com pouco espaço para negociação. Assim, a experiência da maternidade varia entre vivências de invadir e ser invadida pelos filhos. Nessas condições, a existência emocional de um pode significar a inexistência de outro. É por isso que Marcos não pode assumir e expressar o que deseja para a mãe, mas precisa fazê-lo por intermédio de seu irmão mais novo: o relacionamento mais próximo que este tem com a mãe seria, a seu ver, mais propício para que ela identificasse o desejo de Henrique como o seu próprio desejo e, desse modo, atendê-lo. Portanto, ao contrário de Henrique, Marcos sente não ter direito a um narcisismo próprio (quadro 4), o que lhe é confirmado pelas reações exasperadas da mãe à sua desobediência, sinal da diferenciação entre ambos. É no seu relato ao último cartão, particularmente quando ela se refere à sua batalha contra a diretora da escola para proteger o filho do rótulo de “deficiente mental”, que Sônia se dá conta e percebe o pouco acolhimento que o narcisismo do filho recebe, que não é ecoado por ela nem por ninguém. É nesse sentido que ela compreende o diagnóstico de “Déficit de Atenção”: o gesto criativo não ecoado do menino e o processo de ilusão precariamente estabelecido. O TDA (mas sem hiperatividade) para ela seria uma patologia principalmente de natureza ambiental, cuja etiologia repousa na sua dificuldade de oferecer *holding* a Marcos, devido ao seu próprio sofrimento emocional, e de não poder mais contar com ninguém para apoiá-la ou fazer isso em seu lugar. Essa é a sua fantasia de enfermidade do menino, a cura consistindo em uma aproximação afetiva genuína e espontânea que ela, embora tente alcançar no momento em que o auxilia na realização das tarefas escolares, não obtém muito sucesso devido às suas dificuldades para relaxar e brincar, que são, por sua vez, oriundas de um alcance apenas parcial da capacidade para a transicionalidade.

Enfim, a experiência de Sônia como mãe de Marcos é marcada por uma série de sofrimentos emocionais que ela vivencia. O *Self* central não parece ter se constituído de uma

maneira sólida, sendo suas fronteiras pouco consistentes. Por conta disso, ela apresenta uma dependência importante dos objetos para desenvolver um sentimento de existir, mas, ao mesmo tempo, sente-se terrivelmente invadida por eles, o que lhe coloca um dilema importante entre aproximar-se ou afastar-se. Ela não parece experimentar um sentimento de confiança no mundo, que ora é sentido como praticamente indiferente a ela (o marido, por exemplo, é percebido como ausente e pouco capaz de ajudá-la e compreendê-la), ora como francamente invasivo e hostil (a diretora que também não a compreende e “denigre” o menino com uma suspeita de retardo mental). Nessas condições, a sua capacidade para a transicionalidade não pode se desenvolver ou, ao menos, se expandir. O manejo dos fenômenos na área intermediária é inviabilizado e os relacionamentos são experimentados como invasões, em que um se sobrepõe ao outro; por isso, se em certos momentos ela se deixa invadir, em outros invade e, em outros ainda, coloca uma distância intransponível entre si e o outro.

Diante dessas fragilidades, ela tolera pouco a simbiose que, vivida em seu extremo no processo de gravidez, a conduziu a uma descompensação depressiva acompanhada de sintomas psicossomáticos. É por isso que, no período da dependência absoluta, ela tem dificuldades para iludir e para se deixar “criar” por Marcos e se adaptar ao seu gesto espontâneo: isso, para ela, significa deixar de existir, tornar-se a outra pessoa. Se a sua dependência do objeto a impele à simbiose, o medo da invasão desperta ansiedades de aniquilamento. Daí a sua tendência a invadir a criança, abafando o gesto criativo e espontâneo dela e substituindo-o pelo próprio. Com isso, o gesto motor da criança e sua agressividade criativa são sufocados, o que compromete o desenvolvimento de um sentido de ser consistente. O ingresso na área da transicionalidade é então dificultado, visto a falta de continuidade entre o eu e o mundo. Ciente de suas dificuldades, Sônia teve o apoio da mãe para ajudá-la nos cuidados de Marcos, mas a morte dela colocou um fim a essa provisão importante que a dupla recebia e desencadeou em ambos um doloroso processo de luto que as dificuldades de simbolização de Sônia não permitem um desenlace.

Assim, a experiência materna de Sônia é marcada por dificuldades profundas enraizadas em momentos primitivos do seu desenvolvimento emocional, que se atualizam no seu relacionamento com Marcos e que foram agravadas pelas sucessivas perdas que a diáde sofreu, em especial a da avó da criança. Com isso, um acompanhamento psicoterápico para Sônia é necessário, visando, sobretudo, a estabilidade das experiências de ilusão e o alcance e manejo da área dos fenômenos transicionais, ou seja, desenvolver a sua capacidade para relaxar e brincar.

4.4.3 Narrativa Marcos

Primeiro encontro

No primeiro encontro Marcos entrou na sala com a mãe. Enquanto ela fornecia seus dados, ele ficou em pé atrás da cadeira onde ela estava sentada. Segurava uma garrafa de água que bebia como se fosse uma mamadeira, chupava e não tirava da boca, fazendo um barulho por conta da pressão na garrafa. Cochichou com a mãe algumas vezes. Neste momento percebi sua dificuldade na fala: era muito difícil entender o que ele dizia, às vezes nem a mãe compreendia e pedia para ele repetir. Ele falava com um som nasalado e como um bebê (no segundo encontro pude entender melhor quais eram as letras que ele trocava), mas era uma dificuldade muito evidente e que chamava a atenção.

Seguindo com as atividades do primeiro encontro, expliquei que a próxima etapa seria apenas com ele. Sônia começou a sair da sala e ele não gostou disso; pediu que ela ficasse, mas no final, aceitou que ela se retirasse. Expliquei como seria a aplicação da EMMC e mostrei os exemplos do teste. Ele respondeu rapidamente à escala, dentro do tempo adequado, mas da metade dos itens em diante não quis mais responder, queria sair da sala e chegou a levantar da cadeira duas vezes. Procurei incentivá-lo ao máximo, mas ele não colaborou muito: ao perceber que teria que se esforçar para encontrar a resposta correta, ele tentava qualquer alternativa. O nível aplicado foi o H equivalente a 8 anos e 6 meses a 9 anos e 11 meses. Ele obteve um total de acertos de 34 pontos, correspondente ao Resultado Padrão de Idade 97 (Seguindo a “Tabela 2A – População Geral) – níveis E-H” (Burgemeister, 2015, p. 19). O Percentil foi 43, o Estanino 5 e o Índice de Maturidade Mental 8S, o que indica inteligência média quando comparado a crianças de 8 anos e 6 meses a 9 anos e 11 meses da população geral. No final fomos ao encontro da mãe na recepção e combinamos a segunda sessão.

Segundo encontro

Convidei Marcos a entrar porque percebi que ele estava ansioso: estava perto da porta de entrada para o corredor das salas de atendimento do Ambulatório, com um olhar curioso. A mãe fez um gesto de aprovação e procurou uma revista e um lugar para sentar, aguardando na recepção. No corredor ele correu e entrou na sala que estava com a porta aberta que era onde ficaríamos. Contudo ele pareceu correr sem direção e querer entrar por mera curiosidade, sem

limite. Entrei em seguida e pedi para ele sentar, mas ele não concordou. Expliquei que seria melhor que ele sentasse para que nós pudéssemos começar nossa atividade, que seria brincar de contar histórias, em um jogo em que seriam apresentadas 5 figuras ao todo, mostradas uma por vez, e ele deveria tentar criar uma história de faz de conta para elas. Ele disse: “*Não quero brincar de histórias!*” Falou isso de forma rude e não se sentou. Permaneceu em pé e andando a atividade inteira. Assim, mostrei o cartão e aguardei que ele dissesse algo..

Ele olhou o primeiro cartão e começou a falar, mas não foi possível entender o que ele dizia, sua fala era rápida, infantilizada e ele também gaguejava. De uma frase inteira que ele disse, consegui entender a palavra “mamãe”, então perguntei: [A mamãe o quê?]. E ele repetiu mais devagar: “*A mamãe ‘calinha’ e o papai ‘calo’.*” Demonstrei que entendi o que ele disse e perguntei o que eles estavam fazendo. Ele respondeu: “*Comida... Comida para os filhos.*” Perguntei que comida eles estavam fazendo: “*Pudim de leite. Eu ‘costo’.*” Perguntei se os filhos estavam comendo tudo. Marcos respondeu: “*Tudo! Até o final!*” Pedi para ele me apontar se tinha algum que era mais comilão, ele fez um gesto que sim, disse: “*Este aqui sem guardanapo*”, e apontou para o pintinho que não tinha babador. Após dizer isso, começou a andar e mexer nas cadeiras da sala. Perguntei se tinha mais alguma comida que o galo e a galinha fazem que os pintinhos gostam e ele disse: “*Não! Já é o fim.*” (falou com firmeza).

Apresentei o segundo cartão, ele olhou e contou: “*É um ‘uiso’.*” (em seguida emitiu um grunhido, porém muito diferente do barulho que seria de um urso e não compreendo) “*uma corda e eles vão guerrear*”. Perguntei como estava sendo essa guerra, se alguém iria ganhar; ele disse: “*Os ‘uiso’ forte*”. Pedi para ele apontar quem iria ganhar e ele apontou para o urso que estava sozinho: “*E tem dois aí. Tem um, tem dois, tem três*”. Perguntei quem seriam os dois ursos e com esforço compreendi: “*O filhinho e a mamãe estão na guerra de ‘uiso’ e esse ‘ati’ é o papai (o urso que está sozinho)... É ‘foite’, é*”. Começou a andar pela sala e se aproximou da porta para sair.

Apresentei o cartão de número 3 e ele voltou para perto da mesa. Olhou e disse: “*O rei da selva. Ele comeu ‘tu-u-i-to’ e ficou com uma ‘doi’ de barriga ‘gandi’ e é o fim!*” Repeti o que ele disse para confirmar e ele acenou afirmativamente, então perguntei o que o leão comeu. Ele respondeu: “*As coisa inteira, o rato, o amigo.*” Fiquei em dúvida e perguntei se o rato era amigo dele, e ele disse: “*É amigo dele e ele comeu tudo também*”. Entendi que o leão não comeu o rato, mas que os dois juntos comeram todas as coisas. Marcos continuou: “*Comeu pão de ‘queiso’ e ‘pêssago’ e depois ficou com uma ‘doi’ de barriga ‘gandi’.*” Perguntei se o leão e o rato brincavam juntos e ele respondeu: “*Voltar pra mãe.*” Não

demonstrou interesse em continuar e quis voltar para a sala onde estava a sua mãe. Percebi que se eu insistisse no cartão do leão ele sairia da sala, assim encerro essa produção.

Passei para o quarto cartão. Mostrei a figura dizendo que iríamos continuar e ele respondeu que não. Tentei animá-lo e falei que a próxima figura era bem legal, que ele iria gostar. Então ele voltou para a mesa, por curiosidade, para ver o próximo desenho. Ele olhou o desenho, percebi que gostou, e disse: “Um ‘canguí’, um Mickey e um ‘leão’, e um ‘cato’ junto com um rato.” Não compreendi o que ele estava tentando contar e perguntei se todas as histórias estão nessa; aí ele disse “Sim, e o leão também!”. Ameaçou mexer nos cartões que já foram vistos, não deixei e expliquei que agora ele devia criar histórias desse desenho que estava na mesa. Ele então pareceu entender e contou: “Um ‘canguí’ e um filhote estão indo para a casa do ‘leão’ e aí aparece o ‘leão’ e fica amigo”. Repeti cuidadosamente o que ele disse, e ele foi acenando com a cabeça afirmativamente: [No caminho para a casa do leão, o leão apareceu e eles ficam amigos]. Perguntei se os cangurus gostavam de passear com a mamãe e Marcos disse: “Sim! E o papai ficou antes... Mas todos os ‘outo’ foram passear com eles... O ‘pequeninho’, o ‘fiote’ (canguru menor) não tem ‘oreia’ ainda.” Após dizer isso, tentou pegar o próximo cartão que estava virado na mesa, eu o impedi e perguntei quem era o outro canguru que estava na bicicleta sozinho. Ele respondeu: “É o ‘imão’ sabe de andar de ‘biciclieta’, mas o outo não sabe e fim.”

Apresentei o último cartão, ele olhou e foi se distanciando da mesa, dizendo algo que eu não conseguia compreender, assim pedi que ele viesse para mais perto de mim pra que eu o escutasse melhor. Ele repetiu sua fala e assim foi possível compreendê-lo: “A festa dos ‘golilas’... Na casa do leão e é só isso!” Falou a frase com calma e percebi que isso melhorava para entender o que ele dizia. Tentei incentivá-lo a continuar e comentei: [Olha, parece que tem tanta coisa acontecendo, não é?]. Ele continuou: “Um está falando e o ‘outo’ está tirando ‘pioio’ e comendo... É assim que os ‘macaco’ faz”. Terminou de falar e começou a imitar o som dos macacos e a correr pela sala. Aguardei até que ele voltasse para perto da mesa. Quando ele retornou perguntei o que os dois macacos estavam conversando; ele falou: “Morreu a vovó ‘golila’!”. [Do que será que a vovó morreu?]. “Não sei, eu só vi”. Fiquei sem entender e tentei investigar: perguntei o que ele viu, o que ele achava que aconteceu, mas ele não falava mais nada e ficava andando, girando na sala e imitando o som dos macacos (Uh uh uh, Ah, ah, ah). Ele se aproximou da mesa e mostrou o macaco que aponta o dedo para o macaco menor: “A mãe está ‘bava’ porque ele está catando ‘pioio’ e comendo!”. Depois disso ele não olhou mais para a mesa e quis sair da sala. Agradei a participação dele e saímos em direção a recepção. Expliquei que o próximo passo seria com a

mãe e que ele precisaria aguardar na recepção. Ele nem esperou eu terminar de falar e já começou a pegar revistas e gibis.

4.4.4 Interpretação da narrativa - Marcos

Marcos apresentava muita dificuldade de verbalização: trocava letras (g por c) e falava como uma criança menor. Em alguns momentos notei uma meiguice na voz, mas tudo o mais que ele fazia, como a impaciência para permanecer sentado, parado, prestando atenção, a criação de histórias curtas e o fato de querer sair da sala, encobriam esse lado mais amável. Ele fazia com que eu me sentisse no limite entre chamar ou não sua atenção, ficar ou não irritada. Dizia que não queria mais inventar histórias, mas depois continuava. Eu o percebi como muito invasivo e sem limites, querendo mexer nos cartões que estavam na mesa e não se sentando na cadeira, mesmo eu pedindo. As histórias que criou foram curtas e às vezes de difícil compreensão.

No primeiro cartão menciona o pai e a mãe que fazem comida (o pudim de leite), sinalizando a capacidade inicial dessas figuras para suprir suas necessidades. Embora exista um dos filhotes que seja mais ávido, a situação, aparentemente, não promove rivalidades de nenhum tipo, nem entre os irmãos, nem entre ele e um dos pais. A situação de disputa aparece no segundo cartão, com coloridos edipianos positivos: ele junto à mãe contra o pai que, mesmo assim, é mais forte que ambos. Todavia, o restante das produções no CAT-A revela que a experiência edípica não se mostra como um pilar na organização da personalidade de Marcos, que parece sustentar-se em dinamismos bem mais primitivos do que este. Portanto, embora já pareça existir uma diferenciação entre o pai e a mãe, a capacidade de vê-los como figuras sexuadas e formando um casal não se mostra ainda evidente. Desse modo, as dificuldades apresentadas pelo menino sustentam-se em períodos mais primitivos do amadurecimento emocional.

Nesse sentido, é no relato do terceiro cartão do CAT-A que se revelará a qualidade 'reativa' da aceitação, de sua parte, daquilo que a mãe oferece (o seio-pudim) e a sua percepção da capacidade dela em atender as suas necessidades e desejos. A história do leão e do rato que comem sem limite até adoecerem mostra, na verdade, a busca voraz pela gratificação que se assenta em experiências importantes de privação. Aproximando-se de expressar as raízes de suas dificuldades (que ele mostrará na história contada no quadro 8), Marcos se angustia e sua capacidade de representação e de simbolização começa a falhar.

Ameaçado pelo perigo interno, ele solicita voltar para a mãe, na esperança de que ela o proteja.

A persistência dessas dificuldades até o final da tarefa revela a sua natureza de ordem mais estrutural do que específica a uma temática. O brincar, que já se mostrava precário desde o início da atividade, deteriora-se ainda mais. Assim, é com muita dificuldade que ele persiste na tarefa, mas à custa de uma contaminação das histórias seguintes, perdendo a noção das diferenças entre os objetos (cartões). A gratificação e o *holding* de que necessita, quando acolhidos, não o apaziguam; ao contrário, o que ele pode obter da figura materna o machuca e magoa.

O contato com o cartão de número 4, remetendo ao relacionamento entre irmãos o alivia até certo ponto. Nesse sentido, ele o utiliza para, a partir da contraposição entre as idades dos dois personagens (irmãos), situar a sua condição, o que lhe confere alguma sustentação no processo de integração da personalidade. Aparentemente, é só com o irmão que ele pode contar como apoio para a aquisição e sustentação da capacidade de integração, já que o pai encontra-se ausente e, quando presente, apenas se contrapõe à relação dele com a mãe. Essa conquista preliminar é novamente abalada diante da apresentação do quadro 8, em que ele revela a causa da privação que sofreu: a morte da avó, figura que lhe oferecia *holding*. Essa morte foi constatada, mas não compreendida nem esperada (“não sei, eu só vi”). Foi essa experiência de perda sentida como atroz que conduziu à voracidade (catar piolho e comer) que a mãe não consegue compreender (a mãe gorila fica brava com o filho). A degradação da capacidade simbólica que acontece nesse momento (Marcos torna-se o macaco) revela que essa perda aconteceu em um momento em que ele ainda não dispunha de uma capacidade desenvolvimental que lhe permitisse uma diferenciação entre realidade interna e externa, ou seja, ainda no estágio de dependência absoluta do amadurecimento emocional, quando a avó tentava suprir as carências anteriores de ilusão na experiência com a mãe. Por conta disso, a perda parece ter desencadeado angústias de tipo psicótico, de natureza esquizoparanóide.

Desse modo, se Marcos já sofria com a privação das experiências de ilusão por parte da mãe por conta do estado precário de saúde física e mental dela, a morte da avó o confronta a uma nova experiência dessa natureza que Sônia é incapaz de reparar. Em outras palavras, a avó reparava a privação da mãe, mas a mãe não pode reparar a privação da avó. Com isso as necessidades de ilusão persistem insatisfeitas e a criança, se consegue ter algum acesso ao mundo das experiências e fenômenos transicionais, não pode sustentar-se nele por muito tempo.

Em síntese, as respostas de Marcos aos cartões do CAT-A revelam que ele é uma criança que sofreu e sofre por conta de privações de experiências de ilusão, que tornam extremamente dolorosa a aceitação da desilusão e a possibilidade de ingresso na área da transicionalidade. A hiperatividade parece encobrir angústias impensáveis, em que a perda do objeto se transforma em ameaça de aniquilação. O sentimento de continuidade entre si e o mundo não é estabelecido e, as necessidades não satisfeitas, de gratificação e de eco ao gesto espontâneo e criativo conduzem a uma conduta voraz e ansiosa, em que o gesto não se adapta ao objeto e vice-versa. A personalidade encontra-se pré-organizada de modo psicótico e o sofrimento experimentado é agudo; portanto uma intervenção psicoterápica faz-se sem dúvida necessária.

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 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 brincar, 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 BIBLIOGRÁFICAS⁶

- 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 transféranciels 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.

⁶ 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 magrebina 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 réaliisé. *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.
- Dalgalarondo, 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, trads.). 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-decيدido" 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., & Tonietti, 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