LUCI MARA GARCEZ MARIN

A tendencia antissocial em meninas: aspectos do funcionamento psíquico e do tratamento em instituição de saúde mental

São Paulo

2011

LUCI MARA GARCEZ MARIN

A tendencia antissocial em meninas: aspectos do funcionamento psíquico e do tratamento em instituição de saúde mental

(Versão original)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Area de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Maria Abigail de Souza

São Paulo

2011

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.

Catalogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Marin, Luci Mara Garcez.

A tendência antissocial em meninas: aspectos do funcionamento psíquico e do tratamento em instituição de saúde mental / Luci Mara Garcez Marin; orientadora Maria Abigail de Souza. -- São Paulo, 2011.

120 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Delinquência juvenil 2. Feminilidade 3. Psicanálise do adolescente 4. Serviços de saúde mental I. Título.

HV9069

Nome: Marin, Luci Mara Garcez

Título: A tendencia antissocial em meninas: aspectos do funcionamento psíquico e do tratamento em instituição de saúde mental

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Ao feminino que antecede, Luzia

Ao feminino que sucede, Isabela

AGRADECIMENTOS

Agradeço, imensamente, a minha orientadora, Professora Maria Abigail de Souza, pela oportunidade de, em sua atenta companhia, desenvolver esta tese. Esta parceria, iniciada há quinze anos, contribuiu efetivamente para um contínuo aprimoramento acadêmico, profissional e pessoal.

Agradeço as Professoras Maria Vitória Maia e Teresa Rebelo, pelos importantes assinalamentos no Exame de Qualificação.

À Professora Maria Vitória Maia uma especial gratidão por sua atenção e generosidade.

Às pacientes participantes da pesquisa, que muito me ensinaram.

À equipe do CAPSi de Jundiaí, pelo incentivo durante esta jornada.

Aos familiares e amigos, pelas palavras de encorajamento, essenciais para a conclusão deste trabalho.

À minha analista, Inês Gazeta, por tudo.

Esperança

Mário Quintana

Lá bem no alto do décimo segundo andar do Ano
Vive uma louca chamada Esperança
E ela pensa que quando todas as sirenas
Todas as buzinas
Todos os reco-recos tocarem
Atira-se
E
— ó delicioso vôo!
Ela será encontrada miraculosamente incólume na calçada,
Outra vez criança...
E em torno dela indagará o povo:
— Como é teu nome, meninazinha de olhos verdes?
E ela lhes dirá
(É preciso dizer-lhes tudo de novo!)
Ela lhes dirá bem devagarinho, para que não esqueçam:
— O meu nome é ES-PE-RAN-ÇA...

RESUMO

Marin, L.M.G. (2011). A tendencia antissocial em meninas: aspectos do funcionamento psíquico e do atendimento em instituição de saúde mental. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A literatura especializada privilegiou os estudos sobre a tendencia antissocial em meninos, em razão da maior incidencia e consequente visibilidade. A presente pesquisa segue uma tendencia atual de considerar as manifestações da tendencia antissocial no sexo feminino, em especial a mentira, o roubo e a fuga, tendo como objetivos compreender as diferenças de gênero e verificar a pertinência do atendimento multidisciplinar em instituição de saúde mental voltada para a infancia e adolescencia, o Caps infantil. O método empregado foi o clínico-qualitativo, desenvolvido por Turato (2010) e a fundamentação teórica psicanalítica, ressaltando-se as contribuições de Donald Winnicott (1956), o qual considera a tendencia antissocial como um sintoma voltado ao ambiente como expressão de esperança em recuperar uma situação positiva outrora experimentada e perdida. Foram descritos os atendimentos de duas adolescentes que apresentavam a tendencia antissocial e a partir deste material estabeleceram-se duas vertentes principais para a analise dos resultados: o funcionamento psíquico e o tratamento. Com relação ao funcionamento psíquico destacaram-se os sentimentos de rejeição e abandono em relação à figura materna, os quais teriam dificultado o processo de identificação com o feminino, levando-se em conta a reedição edípica e as vivencias psíquicas características da adolescencia. Foram observadas experiencias de negligência e violencia intrafamiliar, fatores desencadeantes da tendencia antissocial, de modo similar aos achados de pesquisas referentes ao gênero masculino. No que se refere ao tratamento da tendencia antissocial na instituição, destacaram-se as técnicas de manejo e *placement*, consideradas fundamentais para a obtenção de resultados favoráveis para os casos estudados. Às manifestações da tendencia antissocial foram atribuídos sentidos diversos, a partir dos pontos de vista das adolescentes somados aos das contribuições psicanalíticas, as quais também proporcionaram uma compreensão dos aspectos transferenciais e contratransferenciais.

Palavras-chave: Delinquencia juvenil. Feminilidade. Psicanálise do adolescente. Serviços de saúde mental.

ABSTRACT

Marin, L.M.G. (2011). Anti-social tendency in girls: aspects of psychic functioning and treatment in a mental health service. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Specialized literature has favored studies on anti-social tendency in boys, due to its higher frequency and consequent visibility. This research was carried out as per present trends that analyze anti-social manifestations in females, specially lie, steal and escape, with the purpose of understanding sex differences and verifying the adequacy of multidisciplinary therapies in a mental health service – Caps Infantil - specialized in child and adolescent issues. The study was performed according to the clinical-qualitative method, developed by Turato (2010) and psychoanalytic theoretical formulations, specially Donald Winnicott's contributions (1956), who considers the anti-social tendency as a process of searching the "holding environment" and a sign of hope of rediscovering good experiences that have been lost. Therapy sessions of two adolescents that presented anti-social tendency were described and this material provided two different approaches for the analysis of the results: psychic functioning and treatment. Regarding psychic functioning, marked feelings of rejection and maternal abandonment might probably have impaired the female self-identification process, tanking into consideration the revival of the Oedipus complex and typical psychic experiences in adolescents. Observed negligence and domestic violence are factors linked to anti-social tendency, similarly to the research findings in males. The treatment of anti-social tendency in the mental health service consisted of using mainly management and placement techniques, which were considered essential for the favourable results achieved in these cases. Manifestations of anti-social tendency were interpreted as having different meanings, be it from the adolescents' point of views or from the psychoanalytical contributions. They also allowed the understanding aspects of transference and countertransference.

Keywords: Juvenile delinquency; Femininity; Adolescent psychoanalysis; Mental health services.

RÉSUMÉ

Marin, L.M.G. (2011). La tendance antisociale chez les filles: aspects du fonctionnement psychique et de la prise en charge par une institution de santé mentale. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

La littérature spécialisée a, jusqu'à présent, privilégié les études sur la tendance antisociale chez les garçons, du fait de son incidence majeure et de la visibilité qui en découle. La présente recherche suit un mouvement actuel qui considère les manifestations antisociales chez les personnes du sexe féminin, en particulier le mensonge, le vol et la fugue, dans le but de comprendre les différences de genre et de vérifier la pertinence de la prise en charge multidisciplinaire dans une institution de santé mentale destinée à l'enfance et à l'adolescence, le *Caps infantil*. La recherche a utilisé la méthode clinique-qualitative développée par Turato (2010) et le fondement théorique psychanalytique, en particulier les contributions de Donald Winnicott (1956) qui considère la tendance antisociale comme un symptôme adressé au milieu exprimant l'espérance de recouvrer une situation positive vécue antérieurement puis perdue. Les prises en charge de deux adolescentes qui présentaient une tendance antisociale ont été décrites et, à partir de ce matériel, deux aspects principaux ont été établis pour l'analyse des résultats : le fonctionnement psychique et le traitement. En ce qui concerne le fonctionnement psychique, les sentiments qui ont émergé le plus fortement sont le rejet et l'abandon liés à la figure maternelle, qui auraient rendu difficile le processus d'identification avec le féminin, en considérant la réédition oedipienne et les vécus psychiques caractéristiques de l'adolescence. Des expériences de négligence et de violence familiales ont été observées, constituant des facteurs déclencheurs de la tendance antisociale, de manière similaire à ceux qui se trouvent dans les recherches dédiées au genre masculin. Quant au traitement de la tendance antisociale dans l'institution en question, les techniques de *manejo* et de *placement* ont été considérées fondamentales pour l'obtention de résultats favorables concernant les cas étudiés. Des significations diverses ont été attribuées aux manifestations de la tendance antisociale, tant à partir des points de vue des adolescentes que des contributions psychanalytiques, celles-ci ayant également contribué à une compréhension des aspects transférentiels et contretransférentiels.

Mots-clés : Delinquency juvenile; Feminilité; Psychanalyse de l´adolescent; Services de santé mentale.

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO

Capitulo 1. A tendência antissocial..... 15

1.1.Apresentação..... 18

1.2.Aspectos descritivos..... 22

1.3.Contribuições de teorias psicanalíticas..... 22

1.3.1.A tendencia antissocial como sintoma..... 22

1.3.2. Agressão e tendencia antissocial..... 23

1.3.3.O valor de incômodo dos sintomas..... 25

1.3.4.A mentira e o roubo..... 26

1.3.5.A tendência antissocial em meninos..... 28

Capitulo 2. feminino

2.1. O feminino na psicanálise..... 31

2.2. Adolescencia feminina..... 33

2.3. Adolescencia feminina e tendência antissocial..... 35

Capitulo 3. O tratamento da tendência antissocial..... 39

3.1. O tratamento da tendência antissocial na instituição..... 39

3.1.1.O manejo do ambiente..... 39

3.1.2.Caracterização da instituição: o CAPSi..... 41

3.1.3. Breve histórico e funcionamento..... 42

3.1.4. Características físicas e distribuição do espaço..... 45

3.1.5. Distribuição de responsabilidades..... 45

3.1.6. Caracterização da demanda..... 46

3.1.7. Descrição dos dispositivos de atendimento..... 48

3.1.7.1. Psicoterapia individual..... 48

3.1.7.2. Psicoterapia em grupo..... 49

3.1.7.3. Grupo de pais..... 50

3.1.7.4. Avaliação psiquiátrica..... 51

3.1.7.5. Atendimento com Assistente Social..... 51

II - METODOLOGIA

1. Objetivos, hipóteses clínicas, sujeitos e instrumentos..... 53

2. Procedimentos: coleta de dados, análise dos resultados..... 55

III – APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS/RESULTADOS

1. Erica..... 59

1.1.Dados pessoais..... 59

1.2.Descrição do caso..... 59

1.3.Manejo..... 61

1.3.1.Discussão na equipe interdisciplinar..... 61

1.3.2.Avaliação psiquiátrica..... 61

1.3.3.Grupo de pais..... 62

1.3.4.Psicoterapia em grupo..... 62

1.3.5.Psicoterapia individual..... 63

1.4. Evolução e alta..... 66

2.Gabriela..... 67

2.1.Dados pessoais..... 67

2.2.Descrição do caso..... 67

2.3.Manejo..... 68

2.3.1.Discussão na equipe interdisciplinar..... 68

2.3.2.Atendimento com Assistente Social..... 69

2.3.3.Avaliação psiquiátrica..... 70

2.3.4.Psicoterapia em grupo..... 70

2.4.Evolução e alta..... 72

IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1.Funcionamento psíquico..... 73

1.1.A rejeição e o abandono maternos..... 73

1.2.As falhas no processo de identificação feminina..... 74

1.3.A violência intrafamiliar e seus efeitos..... 75

2.O tratamento..... 76

2.1.Manejo e placement..... 76

2.2.A esperança contida na tendencia antissocial..... 76

2.3.A sobrevivência da psicoterapeuta..... 77

1.Funcionamento psíquico..... 78

1.1.A rejeição e o abandono maternos..... 78

1.1.1.Caso Erica..... 79

1.1.2.Caso Gabriela..... 81

1.2.As falhas no processo de identificação feminina..... 83

1.2.1.Caso Erica..... 84

1.2.2.Caso Gabriela..... 86

1.3.A violencia intrafamiliar e seus efeitos..... 88

1.3.1.Caso Erica..... 89

1.3.2.Caso Gabriela..... 90

2.O tratamento..... 92

2.1.Manejo e placement..... 92

2.1.1.Caso Erica..... 95

2.1.2.Caso Gabriela..... 96

2.2.A esperança contida na tendencia antissocial..... 98

2.2.1.Caso Erica..... 99

2.2.2.Caso Gabriela..... 101

2.3.A sobrevivência da psicoterapeuta..... 102

2.3.1.Caso Erica..... 103

2.3.2.Caso Gabriela..... 104

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 106

VI – CONCLUSÃO..... 109

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 110

I. INTRODUÇÃO

Capítulo 1. A tendencia antissocial

1.1. Apresentação

Decorridos 15 anos de formação, ingressei numa instituição de saúde mental que cuida de crianças e adolescentes com transtornos mentais moderados e graves, o Centro de Atenção Psicossocial para a Infancia e Adolescencia – CAPSi. Na ocasião, cerca de cinco anos atrás, já tinha trabalhado com adultos psicóticos num CAPS e com uma clientela diversificada em ambulatório de saúde mental, atendido em consultório por varios anos, atuado como docente de psicologia e enfermagem e, em tempos mais distantes, como consultora de recursos humanos. A vida acadêmica caminhava em paralelo, com a dissertação defendida, também no campo da transgressão (Frasson & Souza, 2002) e igualmente nesse percurso, a participação em cursos, laboratórios e grupos de estudos com enfoque na teoria psicanalítica. A partir dessa formação e experiencia profissional e de muitos anos de análise, segui em direção ao desafio que se apresentava: atuar em equipe multiprofissional no atendimento de crianças, adolescentes e suas familias, visando à diminuição do sofrimento destes e à (re) inserção social.

Uma clínica diferenciada se pronunciava a partir das demandas que se revelavam mais complexas a cada dia, envolvendo diversas instâncias como a familia, a escola, os serviços disponíveis na comunidade, os abrigos, o Conselho Tutelar, o Poder Judiciário, além do necessario alargamento dos horizontes da clínica, quando nos deparamos com o saber de outros profissionais que compõem a equipe.

Quando atendemos em instituições públicas voltadas à saúde mental da infancia, é notório o número de casos (que aumentam a cada dia) de crianças com “disturbio do comportamento”. Esses pequenos “opositores” são, em sua maioria, meninos. Há numerosos estudos voltados à compreensão dos motivos do aparecimento do comportamento agressivo e ao seu tratamento. O psicanalista de maior destaque nesse campo foi Donald Winnicott, com a criação do termo tendencia antissocial

para nomear e estudar, em profundidade, as origens e as modalidades de tratamento mais apropriadas para crianças que apresentam esse sintoma. Nas pesquisas que se seguiram em torno do tema, muito se tem descoberto sobre o papel do ambiente/familia na gênese e perpetuação do sintoma, sobre a ausencia ou inadequação da figura paterna, algo que tende a comprometer substancialmente a saúde mental desses meninos. Mas, e quanto às meninas, há algo a dizer?

A experiencia clínica no CAPSi proporcionou-me observações interessantes a respeito da manifestação da tendencia antissocial não só em meninos, como em meninas, observações estas mais tarde compartilhadas com colegas que atuavam com a mesma clientela. Pudemos notar que, de modo geral, esse sintoma aparece mais tardiamente nas meninas, na adolescencia, caracterizando-se por mentira, furto, episodios agressivos mais circunscritos ao ambiente domestico, incremento da autoagressividade, conflitos intensos com a figura materna, comportamentos transgressores que se acentuam a partir da vinculação com um namorado que as inspira. Diante destas observações clínicas, de casos que se assemelhavam em sua apresentação, decidi lançar um olhar mais atento sobre esse tema, na forma de uma pesquisa. Assim, a pergunta que motivou esta tese surgiu da clínica e a ela retornará num movimento de vai-e-vem, que me permitirá ir alinhavando a prática à teoria, formando, se for bem sucedida, uma costura.

Considerando tais especificidades da tendencia antissocial em meninas, circunscritas a uma limitada amostra de pacientes de um CAPS infantil, procurei pesquisar mais sobre esse tema e encontrei uma produção limitada no que se refere à especificidade do feminino e tendencia antissocial, que começou a surgir a partir de 1990. O levantamento nas bases de dados se deu pelas palavras ‘delinquency’ e ‘female’, por serem descritores mais abrangentes e comumente utilizados. Os números deste levantamento, atualizado em janeiro de 2011, são os seguintes:

Bases de Dados	Número de pesquisas
PSICODOC	03
LILACS	68
SCIELO	03
APA PsycNET	51

ISI (Web of Science)	198
Index Psi Periódicos	01
Dedalus	03
CAPES Meta busca	103

Assim, criou-se para mim uma meta: destacar e compreender o pedido de ajuda implícito nos atos antissociais das adolescentes que, quando não acolhidas, podem enveredar pelos caminhos da transgressão, da gravidez precoce e da tentativa de suicidio, caminhos esses trilhados pelas meninas que chegavam tardiamente ao CAPSi, muitas vezes em consultas de urgencia.

Outro ponto destacado nesta pesquisa foi o tratamento oferecido a duas adolescentes com tendencia antissocial na instituição. Para cada uma foi desenvolvido um projeto terapêutico personalizado, que contemplava o atendimento psicoterápico e outras abordagens. Do percurso singular das adolescentes durante o tratamento, surgiram interessantes pontos comuns relacionados ao processo de identificação no sexo feminino e ao manejo dos casos naquela instituição.

Considero importante ressaltar que os casos selecionados foram dois que tiveram um desfecho positivo, pois as adolescentes foram incluídas no serviço, passaram pelos dispositivos de atendimento e obtiveram alta. Foram casos especiais, mais próximos da exceção do que da regra, visto que, na maioria das vezes, os casos não obtêm o resultado esperado, seja pela dificuldade dos pais em aderirem ao tratamento, seja pela busca tardia dos recursos terapêuticos ou por situações em que nós, profissionais, somos vencidos pela inabilidade ou pela descrença.

Lembro-me de Preciosa (Daniels, 2009), personagem que dá nome a um filme, quando falo desses momentos em que a esperança se esvai. Este filme retrata a história de uma adolescente negra, obesa, moradora do Harlem novaiorquino, que poderia ser uma participante de nossa pesquisa de doutoramento. Preciosa passou por deprivações, viveu todo tipo de violencia em casa, não conseguiu se alfabetizar devido a serias dificuldades de aprendizagem, revelou comportamentos antissociais, engravidou no inicio da adolescencia dando à luz uma criança excepcional, lutou e sobreviveu.

1.2. Aspectos descritivos

Na atualidade, mais e mais a cada dia, psicólogos e psiquiatras se ocupam, seja em seus consultórios ou em instituições de saúde mental, de crianças e adolescentes cujo sofrimento se relaciona a sintomas da tendencia antissocial. São meninos e meninas (especialmente os primeiros), encaminhados pela escola ou pelo pediatra, com hipóteses diagnósticas genericas como “disturbio do comportamento” ou “comportamento antissocial”, que apresentam como queixas indisciplina constante, agressividade, dificuldades de aprendizagem, agitação psicomotora, oposição e rebeldia. Procedendo-se a uma análise mais detalhada, nota-se que os sintomas se dispõem numa escala que vai desde episodios de birra e desobediencia infantis até oposições sistemáticas a limites e normas sociais que tendem a romper o curso de um desenvolvimento sadio, causando serios prejuízos à escolarização e à convivencia social, constituindo importante fonte de sofrimento às crianças/adolescentes e às suas familias e, em extensão, aos educadores.

Nos manuais de Psiquiatria: Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (O.M.S., 2003) e Diagnostics Statistics Manual - DSM-IV (A.P.A., 1995), os quais priorizam o comportamento manifesto, essas crianças e adolescentes são diagnosticados como portadores de transtorno desafiador e de oposição ou transtorno de conduta, tendo como critérios a persistência do comportamento agressivo, as repetidas tentativas de violação dos direitos básicos dos demais e a não aceitação de normas e regras apropriadas para a idade. Estes comportamentos geralmente se apresentam tanto no ambiente familiar quanto na escola, provocando sérias dificuldades de relacionamento familiar e fracasso no desempenho escolar. É importante salientar que se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais), que extrapola as crises de birra e desobediencia infantis, o oposicionismo e a rebeldia dos adolescentes. A CID-10 (O.M.S.,2003) descreve as condutas que devem estar presentes para o correto diagnostico:

> Manifestações excessivas de agressividade e de tirania; crueldade com relação a outras pessoas ou animais; destruição dos bens de outrem; condutas incendiárias; roubos; mentiras repetidas;

> cabular aulas e fugir de casa; crises de birra e de desobediencia anormalmente freqüentes e graves (p. 371).

Os critérios diagnosticos do DSM IV (A.P.A.,1995), apresentam 15 comportamentos que sinalizariam a presença do transtorno de conduta, que é classificado nos “transtornos de comportamento disruptivos da infancia e adolescencia”, subdividido em conduta agressiva que provoca ou ameaça danos físicos a pessoas ou animais e conduta não-agressiva que provoca perdas ou danos a propriedades, defraudação e/ou furto e graves violações de regras.

O transtorno de conduta pode suceder outros diagnosticos, como o Transtorno Desafiador Opositivo (TDO), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Determinadas formas de temperamento infantil “dificil” se associam com frequência a problemas de conduta e quando não são socializados adequadamente, podem vir a se tornar um transtorno de conduta (Castro, 1995).

A diferenciação entre normalidade e patologia, em termos psiquiátricos, consiste em verificar se tais comportamentos ocorrem esporádica e isoladamente ou se constituem desvios do padrão de comportamento esperado em determinada faixa etaria e ambiente cultural. O comportamento antissocial persistente caracteriza alguns diagnosticos psiquiátricos: o transtorno desafiador e de oposição e o transtorno de conduta, utilizado para crianças e adolescentes, e o transtorno de personalidade, aplicavel a adultos (Bordin & Offord, 2000).

Pesquisas sobre o comportamento agressivo na infancia apontam características geralmente relacionadas aos pais das crianças: educação inconsistente ou violenta; abusos infantis; negligência; indiferença ou hostilidade no cuidado; abuso de drogas ou alcool; ocorrência de doença mental; desarmonia do casal (Haapasalo & Tremblay, 1994; Rodrigues et al, 2001). Estudos destacam o impacto da relação familiar sobre o desenvolvimento infanto-juvenil, enfatizando fatores de risco para condutas antissociais e delitivas: características de personalidade dos pais (comportamento antissocial e depressão materna), eventos provocadores de estresse (desemprego, crise financeira, separação do casal), ausencia de suporte social apropriado (Patterson et al, 1989), bem como fatores protetores: compreensão, disposição ao perdão, confiança, afeto e carinho (Formiga, 2004).

Os comportamentos antissociais mais leves (mentir, cabular aulas, furtar objetos) costumam anteceder os mais graves (brigas com uso de armas, arrombamentos, assaltos) e, com o tempo nota-se o abuso de alcool e drogas, principalmente no sexo masculino (Loeber & Dishion,1983) e os quadros de ansiedade e depressão, principalmente no sexo feminino (Robins, 1986; Rutter, 1992).

Com relação ao gênero, nos meninos prevalecem as brigas, furtos e vandalismo e nas meninas as mentiras, cabular aulas, uso de drogas e prostituição. (A.P.A., 1995). Com relação ao furto, especificamente, Marcelli e Braconnier (2007) apontam que as meninas são amplamente representadas nos furtos a hipermercados, enquanto nos outros furtos (veículos, locais habitados e outros tipos) os meninos são a maioria.

Loper e colaboradores (2001) verificaram em seus estudos que as adolescentes infratoras do sexo feminino apresentavam, em comparação com o sexo masculino, traços de maior introversão, autodepreciação e personalidade limite, inconformidade com o proprio corpo, sentimentos de insegurança em relação aos seus pares e maior probabilidade de desenvolver quadros clínicos como transtornos alimentares, depressão e tendencia suicida, sinalizando, além das condutas transgressoras externalizadas, experiencias disfóricas associadas a transtornos internalizados.

Pesquisa realizada em serviço público de saúde mental infantil da cidade de Ribeirão Preto-SP (Santos, 2003) observou que a agressividade surge como queixa recorrente na maioria das idades (2 a 14 anos) e apontou as queixas de maior incidência relatadas pelas familias: agressividade (32,6%); dificuldades de aprendizagem (30,2%); baixa tolerancia à frustração/dificuldade de controle de impulsos (24,8%); desinteresse pela escola (19,4%); agitação (18,6%); nervoso/irritável (17,1%); dificuldade nos relacionamentos familiares (13,2%); rebeldia/desobediencia (13,2%).

Segundo varios estudos epidemiológicos, o transtorno de conduta é o problema psiquiátrico infantil mais comum, muitas vezes persistente, tem alto custo para a sociedade e prevalencia três vezes maior em meninos do que em meninas (Goodman & Scott, 2004).

Estudo sobre a prevalencia de desordens psiquiátricas em adolescentes com comportamento antissocial (Andrade & Assumpção Jr., 2004) foi realizado no Rio de Janeiro e destacou: transtorno de conduta (77%); TDAH (54%); transtorno desafiador e de oposição (41%); disturbio de ansiedade (57%); disturbio depressivo (57,60%); uso abusivo de drogas ilícitas (60,63%); uso regular de alcool (58%).

Barbieri, Jacquemin e Alves (2004) compararam os referenciais descritivo e psicanalítico no que se refere à tendencia antissocial e encontraram mais aspectos convergentes do que divergentes: o ambiente familiar como fator etiológico e a menor possibilidade de vincular o quadro a uma organização específica de personalidade, destacando que a abordagem psicanalítica confere uma compreensão mais aprofundada aos estudos descritivos.

Uma pesquisa realizada em Bauru-SP revelou que o furto é o delito mais praticado pelos adolescentes, depois vem a lesão corporal. O sexo masculino (82,99%) prevalece sobre o feminino (17,01%), provavelmente em virtude da expectativa do papel de gênero socialmente diferenciada; pois espera-se da mulher maior passividade e submissão e do homem maior agressividade como sinônimo de virilidade e potência, fatores que se tornam exacerbados durante o período adolescente, característico de atitudes de auto afirmação e contradependencia (Almeida, 2005).

Ainda que as manifestações do comportamento antissocial e a psicopatologia daí decorrente sejam prevalentes no sexo masculino, Pacheco e colaboradores (2005) discorrem que é importante considerar a estabilidade e a evolução desse disturbio nas meninas, pois problemas apresentados por elas na infancia foram preditores de dificuldades de ajustamento, tais como criminalidade, abuso de substancias e problemas de saúde mental na vida adulta.

Estudo desenvolvido em Pelotas-RS, sobre a prevalencia e fatores associados ao transtorno de conduta entre adolescentes, constatou nessa população, à semelhança de pesquisas internacionais, a comorbidade entre o uso/abuso de drogas e a prevalencia do sexo masculino sobre o feminino (Cruzeiro et al, 2008).

1.3. Contribuições de teorias psicanalíticas

Donald Winnicott, pediatra e psicanalista britânico, destacou-se no estudo da tendencia antissocial. Suas concepções teóricas sobre o tema derivaram da experiencia prática no alojamento de crianças evacuadas na Segunda Guerra Mundial, época em que trabalhava como consultor psiquiátrico em albergues responsáveis por cuidar de crianças 'dificeis'. Na ocasião, descobriu-se que as crianças que revelavam grandes dificuldades diante da situação de evacuação já eram provenientes de lares desajustados e que o fracasso no alojamento dessas crianças indicava uma situação degenerativa que se desdobrava em atos antissociais. Estas observações, somadas ao trabalho de Bowlby (1981) com crianças vítimas de privações e ao conhecimento psicanalítico, possibilitaram a Winnicott desenvolver uma teoria da tendencia antissocial. (Davis & Walbridge, 1982).

1.3.1. A tendencia antissocial como sintoma

Para Winnicott (1956a/1995), a tendencia antissocial não é um diagnostico, mas um sintoma que pode se manifestar tanto em individuos normais como em neuróticos ou psicóticos, em crianças, adolescentes ou adultos. Decorre de um desapossamento ou deprivação[1] emocional que teria ocorrido numa época em que a criança já teria consciência de que a causa do fato reside numa falha ambiental. A criança teria perdido algo significativo e bom de sua experiencia; as coisas iam bem

[1] O termo deprivação difere do termo privação, pois este último implica numa situação de falta,carênciatotal,enquanto o primeiro se refere a uma situação em que algo ou alguém com quem a criança contava, lhe é retirado subitamente, o que estaria na origem da tendencia anti-social. O neologismo deprivação faz parte da linguagem técnica psicanalítica no contexto winnicottiano. (Bogomoletz, 1990, p.13).

até que ocorria uma mudança ambiental importante, que interromperia o curso do desenvolvimento emocional e comprometeria a capacidade de utilizar a criatividade[2] para se relacionar com o mundo, situação em que a criança, por meio de impulsos inconscientes, usaria como recurso compelir alguém a cuidar dela. Assim, compreende-se que o ambiente tem uma importância fundamental para o individuo que manifesta a tendencia antissocial, tanto no que se refere à sua etiologia, quanto no tratamento, pois a criança que apresenta atos antissociais estaria vislumbrando, frente a um novo ambiente, confiabilidade e tolerancia suficientes para impedir e reparar a destruição: "...*para tolerar o incômodo, para reconhecer o elemento positivo na tendencia anti-social, para fornecer e preservar o objeto que é procurado e encontrado*." (Winnicott, 1956a/1995, p. 136).

O elemento positivo na tendencia antissocial diz respeito à esperança de um encontro com um ser humano capaz de tolerar o incômodo dos sintomas, fornecendo afeto e limites suficientes para se retornar à situação de segurança, para um reencontro com a propria agressividade.

1.3.2. Agressão e tendencia antissocial

Winnicott (1950/1988) parte do pressuposto de que a agressão está presente desde o inicio da existência, é parte do amor primitivo e manifesta-se, no inicio, pela atividade muscular do bebê. Segundo Winnicott (1950/1988), há diferentes estadios evolutivos da agressão. No estadio inicial (pré-preocupação) opera um amor primitivo incapaz de assumir responsabilidades ou remorso, não há preocupação com os resultados da agressão, que é expressa como excitação. No estadio seguinte (preocupação) existe certa integração do ego, a qual possibilita o reconhecimento da figura materna e a preocupação com as consequencias da

[2] Para Winnicott (1970/1989), a criatividade é a manutenção, no decorrer da vida, de algo que pertence à experiencia infantil: a capacidade de criar o mundo, aquisição que depende da adaptação materna às necessidades do bebê. Quando tudo corre bem, o bebê *"...não vai perceber o fato de que o mundo estava lá antes que ele tivesse sido concebido ou concebesse o mundo"*. (p.32).

experiencia pulsional, derivando a capacidade de sentir culpa. Nesta fase o bebê estaria apto a exercer sua capacidade de construir, herdeira do impulso destrutivo, favorecendo o uso da agressão sem destruir a si mesmo, nem ao outro, abrindo caminho para o desenvolvimento das funções sociais:

Esse desenvolvimento depende da presença de um ambiente saudável, representado pela mãe suficientemente boa (Winnicott, 1956b/2000), a quem cabe a tarefa de oferecer segurança para a expressão dos impulsos do bebê, dando a este a possibilidade de *"...explorar rudemente atividades destrutivas que se relacionam ao movimento em geral, e mais especificamente à destruição relacionada à fantasia que se acumula em torno do odio."* (p. 74).

A destrutividade é uma direção possivel da tendencia antissocial. Winnicott (1956a/1995) descreve as manifestações da tendencia antissocial, que variam numa escala desde a enurese noturna, num extremo, até as perversões e todos os tipos de psicopatia, no outro, são os disturbios de comportamento ou de carater. Ao longo dessa escala encontram-se outras manifestações como roubar e mentir e a tendencia ao chamado comportamento delinquente. Segundo este autor, os primeiros sinais de deprivação são comuns e passam por normais, como exemplo a avidez por alimento, geralmente 'curada' pela disponibilidade (terapeutica) da mãe em ceder à voracidade compulsiva de seu bebê.

Mais tarde, Winnicott (1968a) agrega novos elementos para a teoria da agressividade, postulando que "...*a destruição desempenha um papel na criação da realidade, colocando o objeto fora do eu (self)."* (p.127). Ele explica que em primeiro lugar há a relação de objeto e na sequencia a colocação, por parte do sujeito, do objeto para fora da area do controle onipotente, ou seja, a percepção do objeto como externo, como parte da realidade compartilhada. Para que essa experiencia ocorra é necessario que o sujeito destrua o objeto (na fantasia) e que este sobreviva a esta destruição (sem retaliar). Como desdobramento, o sujeito pode 'usar' o objeto que sobreviveu, o que confere ao impulso destrutivo a criação da qualidade de externalidade.

Parafraseando Winnicott, Vilhena e Maia (2002) lembram que a tendencia antissocial, que seria normal até nos bons lares, pode se transformar em

destrutividade, violencia e delinquencia. E que cabe à familia dar suporte ao bebê para que ele possa lidar com a sua agressividade, e quando isto não ocorre provavelmente houve uma falha nas funções parentais.

1.3.3. O valor de incômodo dos sintomas

Cada um dos sintomas da tendencia antissocial possui um significado diferente, entretanto todos referidos ao seu valor de incômodo, muitas vezes explorado pela criança, com motivações apenas em parte, inconscientes. A enurese noturna representa uma regressão momentanea ao ato de urinar no colo da mãe durante a amamentação; a mentira e o furto, geralmente associados, se referem à busca da mãe pela criança, da mãe por ela criada e sobre quem sente ter direitos. Na destrutividade, a criança estaria provocando reações ambientais, buscando limites num círculo que teve inicio nos braços da mãe e evoluiu para o casal parental, o lar, os familiares, a escola, a comunidade, as instituições, a sociedade e as leis de um país (Winnicott, 1956a/1995).

Aqui a discussão se amplia, fazendo crer que a compreensão do grito de socorro deflagrado pelo comportamento antissocial não pode estar circunscrita à personalidade da criança/adolescente; há que se levar em conta o seu entorno, a familia e o aparato social que podem se contrapor aos atos agressivos e prover confiança e limites. Além disso, é necessario considerar as mudanças psicossociais da atualidade: o enfraquecimento da função paterna e da instituição escolar, aliados à falencia da vida comunitária e de um sistema social deficitário.

Maia (2007), em seu estudo sobre a agressividade da infancia na contemporaneidade, destaca o esvaziamento dos papéis identificatorios para as crianças e adolescentes:

> A maneira de ser adolescente passou a ser o norte de toda uma faixa de adultos, perdendo-se, assim, toda uma caracterização das pessoas nesse segmento da vida. Assim, percebemos que além do “desinventar” da infancia, há o “desinventar da adultez” como o lugar de fato dos adultos. Todos querem ser adolescentes e, dessa forma, acaba não havendo papéis identificatórios para esses adolescentes, assim como para as crianças. (p.244)

1.3.4. A mentira e o roubo

Neste estudo destacaremos a primeira direção da tendencia antissocial, a mentira e o roubo, que aparecem geralmente associados.

Freud (1913/1976), em seu texto “Duas mentiras contadas por crianças”, chama a atenção para a ocorrência de mentiras decorrentes de sentimentos excessivos de amor pelos genitores, os quais podem interpretar erroneamente o gesto infantil e punir severamente os seus filhos. A mentira infantil não indica um prognostico de mau carater, mas uma vinculação a forças motivadoras poderosas.

Com relação aos adolescentes, é necessario relembrar que a mentira faz parte do seu cotidiano (mesmo na saúde), pois eles tendem a mentir e a omitir informações para conseguir o que desejam junto aos seus pais ou quando os jovens não desejam que estes saibam sobre determinados assuntos, o que é esperado, tendo em vista a necessidade de preservação da intimidade e o desejo de conquistar autonomia. Estudos demonstram que a mentira e a omissão aparecem como estrategias de comunicação utilizadas pelos jovens no ambiente familiar (Wagner et al, 2005). Assim, nos lares em que haja adolescentes, a flexibilidade e a possibilidade de negociação devem estar presentes.

Parece-nos, entretanto, que quando a mentira é muito frequentemente utilizada pela criança ou adolescente, passa a ser um sintoma da tendencia antissocial, podendo tornar-se um ato compulsivo. As mentiras extrapolam o lar e se espalham pelos outros locais de convívio, tornando-se a criança ou o jovem “o mentiroso”.

Winnicott (1982), aponta o desconhecimento, pela criança, das razões pelas quais ela mente:

> Uma criança não pode dar a razão real, porque a ignora e o resultado poderá ser que, em vez de sentir uma culpa quase insuportável, em consequencia de ser mal compreendida e censurada, sua pessoa se divida em duas partes, uma terrivelmente severa e outra possuída por impulsos maléficos. A criança, então, deixa de sentir-se culpada, mas em vez disso, transforma-se no que as pessoas chamarão de mentirosa. (p.187)

Com base nesses pressupostos, Maia (2003) explica o significado da mentira para as crianças, ou para as crianças antissociais:

> A mentira é a tentativa de dar ao adulto uma explicação que a criança não encontra em si mesma, mas ela tenta se explicar e aí inventa uma estória, e depois outra e outra, enquanto for obrigada a falar do que não sabe e enquanto temer muito as consequencias de não saber explicar com exatidão o que fez. Ela acredita no que fala porque o que ela fala é aquilo que ela consegue encontrar como resposta ao ato feito, não importa se roubou ou destruiu algo, logo para ela a mentira é verdade, a verdade de que ela nada sabe, ela é ingênua nessa questão, e a mentira somente ocupa o lugar da verdade que os adultos não enxergam que ela não sabe por que fez o que fez (p.3).

Na linguagem coloquial, roubo e furto são sinônimos, porém no caso do furto não haveria a violencia ou grave ameaça, deste modo, o roubo seria a modalidade violenta do furto. No dicionario Aurélio (Ferreira, 1986) roubar significa subtrair para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violencia à pessoa; furtar; subtrair. Neste trabalho os termos roubo e furto serão utilizados como sinônimos.

Para Winnicott (1956a, p.132) "*O roubo está no centro da tendencia anti-social, associado à mentira*". A criança que furta não está procurando o objeto roubado, mas a mãe, sobre a qual sente que tem direitos. Estes direitos estariam relacionados ao desempenho da função materna primária. Essa exigência da criança, explica Maia (2007), se relaciona ao *holding*, ao suporte materno ao bebê, pois o que a criança reivindica, ao roubar, é a disponibilidade da mãe (exigência no tempo) e a sintonia desta com o bebê na forma de um "adoecimento sadio" (preocupação).

A criança que furta estaria demonstrando ao ambiente que houve falhas no *holding* materno, ou seja, a mãe não foi bem sucedida ao prover as necessidades egoicas até o momento em que o bebê tivesse maturidade suficiente para manter introjetada a figura materna suficientemente boa, que o fizesse suportar as esperadas falhas ambientais.

Maia (2007) explica a imagem winnicottiana para o furto como um direito da criança desapossada, o "roubo do açúcar": ao roubar açúcar, a criança estaria buscando a boa mãe, sobre a qual tem o direito de retirar toda a sua doçura, pois a mãe procurada é aquela que a propria criança inventou. Junto a esta doçura, há a busca do pai: "*No roubo, a criança procura basicamente o amor materno sentido*

como perdido, mas também procura o invólucro que sustenta e protege essa bala/objeto, no caso o papel paterno" (p.173).

1.3.5. A tendencia antissocial em meninos

Um grupo de pesquisadores da Universidade de São Paulo vem desenvolvendo, há mais de dez anos, estudos com meninos agressivos com o objetivo de prevenir comportamento transgressor futuro. Esse grupo, coordenado pela Professora Titular Maria Abigail de Souza, vem produzindo pesquisas de base psicanalítica, com base em Freud, Melanie Klein e Winnicott (Souza, 2006). O trabalho de pesquisa foi motivado pelos resultados obtidos na tese de doutorado (Souza, 1995), desenvolvida com o Método de Rorschach em 34 pacientes drogadependentes do sexo masculino, entre 17 e 36 anos. A autora pode constatar, pelas entrevistas com as mães, que o inicio do consumo de drogas ocorria entre os 11 e 17 anos e que os professores se queixavam de que os meninos eram agressivos, inteligentes mas com fraco desempenho escolar. A partir destes resultados, decidiu-se planejar intervenções terapeuticas a meninos escolares e suas familias, como ações preventivas de delinquencia e consumo de drogas.

Estudando o psicodinamismo familiar de crianças agressivas, as pesquisadoras notaram os efeitos da privação emocional, demonstrando que os meninos apresentavam agressividade na escola visando vivenciar experiencias insuficientes em seus lares: o estabelecimento de limites e a possibilidade de uma expressão afetiva espontanea (Souza, Soldatelli & Lopes, 1997).

Ao investigar o potencial intelectual de 20 meninos de 9 a 11 anos com queixa de agressividade e problemas no desempenho escolar, apontados pelos educadores, descobriu-se, utilizando como instrumentos o Método de Rorschach e entrevistas semidirigidas (com a criança, educador e familia), que o grupo de crianças apresentava bons recursos intelectuais, mas não podia utilizá-los adequadamente devido a dificuldades de integrar aspectos intelectuais e afetivos, por estes últimos desencadearem uma angustia excessiva. O fraco desempenho escolar e a agressividade estariam sinalizando dificuldades afetivas sob a forma de intensa angustia, da qual a criança procurava se evadir pelo recurso à fantasia, buscando no

ambiente exterior os limites para se estruturar psicologicamente, configurando-se o sintoma agressividade como um sinal de esperança, que evitava o aparecimento da depressão. (Souza et al., 1999).

Intervenção psicoterapeutica breve foi realizada junto a 13 meninos agressivos de 8 a 12 anos, processo que proporcionou destacar alguns aspectos característicos do funcionamento dessas crianças: dificuldades em relação a perdas; intensa necessidade de apego e dificuldade de separação; atitudes extremas de dependencia e competição; tendencia à repetição e oscilações no desenvolvimento intelectual. Segundo a autora, tais aspectos encontram-se relacionados e parecem decorrer do fato de esses meninos terem vivenciado negligência durante o seu desenvolvimento emocional, achados condizentes com a produção de autores como Bowlby, Klein, Winnicott, Kernberg e outros (Souza, 2001).

Procedendo a uma investigação com 30 mães de meninos agressivos, atendidas individualmente em situação de psicodiagnostico, Basaglia (2005) destacou similaridades no grupo: controle fragil das emoções, excitabilidade, incapacidade de oferecer um ambiente adequado para responder às necessidades de seus filhos, devido às suas proprias dificuldades e conflitos.

A avaliação psicodiagnostica com entrevistas e o Método de Rorschach em dez meninos (idade entre 8 e 11 anos) com queixa de agressividade indicou um nivel elevado de angustia e a utilização de mecanismos de defesa primitivos como a cisão, a projeção e a negação da realidade. Aliados a tais dificuldades, encontram-se a impossibilidade de simbolização e as dificuldades no processo de identificação secundária decorrentes da ausencia real ou simbólica da figura paterna (Sandri, 2005).

Prosseguindo o estudo da angustia e defesas em meninos agressivos, Souza (2007) comparou os resultados de suas pesquisas a um grupo de meninos agressivos franceses e encontrou elevado grau de similaridade. Concluiu que as crianças brasileiras apresentam um bom potencial intelectual a despeito das dificuldades de desempenho escolar, que poderiam ser estimuladas a expressar-se de modo mais espontâneo e criativo. Entretanto, uma livre expressão das fantasias infantis poderia facilitar o surgimento de angustias de origem psicótica subjacentes às pulsões primitivas presentes nesses meninos. Assim, uma intervenção

psicoterapeutica se faz necessária, visando o estabelecimento de limites e a construção de uma personalidade mais integrada.

Focalizando as experiencias contratransferenciais do terapeuta durante o atendimento de um menino agressivo, Silveira (2008) relatou as dificuldades enfrentadas pelo analista diante das constantes tentativas de transgressão do *setting,* além da vivencia de sentimentos de humilhação e odio, possivelmente suscitada pela utilização, por parte do paciente, de mecanismos de defesa muito primitivos, relacionados, provavelmente, à dificuldade de elaboração de lutos da posição depressiva.

Ampliando as pesquisas sobre o tema, procedeu-se a uma investigação sobre as concepções e atitudes do professor a respeito da expressão da agressividade infantil no ambiente escolar. Foi possivel observar que os professores se sentem incomodados com a agressividade motora entre os alunos e o desrespeito ao educador, sendo que tais manifestações provocam nos professores preocupações e sentimentos dolorosos e ao mesmo tempo destrutivos. A escola, com suas regras e decorrente estabilidade, tende a oferecer ao aluno um ambiente de confiabilidade, constância e segurança, muitas vezes não encontrado junto à sua familia (Souza & Castro, 2008).

Capítulo 2. O feminino

2.1. O feminino na psicanálise

No texto “Algumas Consequencias Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos”, Freud (1925/1976), descreve as especificidades do desenvolvimento sexual da menina, o qual lhe parecia até então, obscuro. O autor retoma a sua compreensão sobre o Complexo de Édipo para a criança do sexo masculino: o menino retém o seu objeto de amor original, a mãe, encara o pai como um rival e pretende livrar-se dele e tomar o seu lugar. Esta dinâmica psíquica é que vai despertar o temor de castração e favorecer a dissolução do complexo edípico, instaurando-se o processo de identificação. Nas meninas, surge uma complicação: como elas iriam abandonar o objeto de amor original (a mãe) e tomar o pai como objeto?

A menina descobre o penis observando o de seu irmãozinho ou de um brinquedo e, de imediato, compara-o ao seu proprio orgão de proporções minúsculas, então sente inveja do penis e, como consequencia, vê-se ferida em seu narcisismo e desenvolve um sentimento de inferioridade. Outra consequencia da inveja do penis seria uma diminuição do afeto da menina com o seu objeto materno, por esta ter-lhe enviado ao mundo sem aquele aparato, considerando-a responsavel pela falta do penis. Em seguida, ao se deparar com a impossibilidade de ter aquele orgão, ela abandona o seu desejo e em seu lugar surge o desejo de ter um filho e, diante disto, coloca o pai como objeto de amor, pois este poderia atender ao seu desejo. Assim, prossegue Freud (1925/1976, p.319):

> A diferença entre o desenvolvimento sexual dos individuo dos sexos masculino e feminino no estádio que estivemos considerando, é uma consequencia inteligivel da distinção anatômica entre os seus orgãos genitais e da situação psíquica aí envolvida; corresponde à diferença entre uma castração que foi executada e outra que simplesmente foi ameaçada.

No artigo “Sexualidade Feminina”, Freud (1931/1976) afirma que o Complexo de Édipo, para as mulheres, não é destruído, mas criado a partir da influencia da

angustia de castração, deduzindo que a fase de ligação primitiva com a mãe exerce uma influencia muito maior nas mulheres do que nos homens, daí a importância do estudo da fase pré-edipiana no sexo feminino. Na conferência “Feminilidade”, Freud (1933/1976) destaca a importância da identificação com a mãe na fase pré-edipiana para o estabelecimento do papel feminino posterior, enfatiza os efeitos do complexo de castração na vida adulta da mulher, a persistência da inveja e do ciúme na vida mental feminina e o masoquismo “essencialmente feminino”, decorrente da repressão dos impulsos agressivos em razão de fatores constitucionais e culturais.

Klein (1981) afirma que suas considerações sobre a conflitiva edípica não contradizem as descobertas de Freud, mas a situa em estágios mais recuados do desenvolvimento. Em suas palavras:

> Cheguei à conclusão de que as tendencias edípicas são liberadas em consequencia da frustração que a criança sofre com o desmame e que elas aparecem no fim do primeiro ano e princípio do segundo ano de vida; são reforçadas pelas frustrações anais sofridas durante o treinamento para os hábitos higiênicos. A influencia seguinte, determinante dos processos mentais, é a diferença anatômica entre os sexos. (p.252)

Segundo esta autora, as meninas, sentindo as frustrações das experiencias de desmame e anais impostas pela figura materna, afastam-se dela, voltando-se para o pai. Nessa época surge o reconhecimento inconsciente de possuir uma vagina e sensações neste orgão, que tem em sua qualidade receptiva a possibilidade de se constituir como nova fonte de satisfação. Somam-se neste período a inveja e o odio da mãe que possui o penis do pai. Nas meninas, a identificação com a mãe coincide com as tendencias sádico-anais de roubar e destruir a mãe, então um superego materno primitivo pode se desenvolver, gerando medo de retaliação e reafirmando o afastamento da mãe. Klein (1981), também considera que a menina, em razão de suas funções receptivas, tende a incorporar mais fortemente o seu objeto edípico, fato que, somado à maior submissão ao pai introjetado, redimensiona o poder de seu superego, tornando-o mais severo que o masculino.

Emmanuelli e Azoulay (2008), ao comentarem os artigos freudianos, acrescentam que é a angustia de perda de amor por parte do objeto, na menina, que corresponde à angustia de castração para o menino. As autoras referem que varios psicanalistas contestam a versão freudiana para o Édipo feminino, alguns apontam

para uma fase genital precoce nas crianças dos dois sexos, destacando-se entre estes autores Melanie Klein.

Estas mesmas autoras (Emmanuelli & Azoulay, 2008) assinalam que o superego da menina é mais severo que o superego do menino, a angustia da menina relativa à sua feminilidade seria análoga à angustia de castração do menino, pois a primeira estaria ligada aos fantasmas agressivos dirigidos contra o corpo materno, os quais despertariam intensos temores de uma retaliação. Além disso, a invisibilidade da vagina para a menina, em contraposição ao penis masculino, favoreceria o aumento da angustia em decorrencia da impossibilidade da menina verificar a sua integridade e os possíveis temores relacionados à masturbação. Desta forma, prosseguem as autoras, "*As reações de castração precoce nas meninas acompanham-se da recrudescencia dos temores de perda do objeto e de desintegração de si mesmo.*" (p.26).

2.2.Adolescencia feminina

O advento da puberdade produz mudanças fisiologicas e psíquicas, estas últimas suscitadas, principalmente, pelo contraste entre os caracteres masculino e feminino, observou Freud (1905/1976) nos "Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade", afirmando que esse evidente contraste exerce uma influencia decisiva sobre a configuração da vida humana.

O marco fisiológico da puberdade e suas repercussões, tanto concretas quanto simbólicas, assinalam o ingresso no instavel universo adolescente. As mudanças psíquicas, explicam Aberastury e Knobel (1981), são a perda de sua condição de criança, as modificações corporais incontroláveis, as oscilações entre dependencia e independencia extremas, as flutuações de identidade. Segundo os autores, o adolescente apresenta uma combinação instavel de varios personagens, corpos e identidades:

A adolescencia, com suas flutuações proprias, seja de humor, de preferencias ou de referencias identitárias, trazem em seu bojo a busca do estabelecimento de uma identidade adulta. Referimo-nos a um ‘processo’ pois, conforme nos indicam Aberastury e Knobel (1981, p.30) “...*a identidade é uma característica de cada momento evolutivo”* e a identidade adolescente é marcada pela mudança de relação do jovem com seus pais, externos reais e figuras parentais internalizadas, estas últimas incorporadas à personalidade do adolescente. Neste sentido, o adolescente tende a reviver aspectos de sua ligação com o objeto primário ao mesmo tempo em que se depara com as identificações secundárias que implicam na escolha de objeto sexual.

Zalcberg (2003) pontua que a menina necessita voltar-se para a mãe para reconhecer-se como mulher a partir do proprio corpo e o acolhimento dado pela mãe inicia o processo de constituição da identidade feminina. A mãe, entretanto, só poderá conceder esse reconhecimento do corpo feminino à sua filha se ela tiver se reconciliado com o proprio corpo e estabelecido uma identificação feminina para si.

Emmanuelli e Azoulay (2008) comentam a dificil tarefa do adolescente diante da reedição do Complexo de Édipo:

> Trata-se realmente de administrar o afluxo de pulsões libidinais e agressivas, fantasmaticamente ligadas ao cenário edipiano, de fazer face à desestabilização defensiva que ela provoca, à reedição do complexo de castração e ao remanejamento das relações de objeto exigido pelo aparecimento de um corpo púbere. Diferente do que ocorria anteriormente, a maturidade genital torna atualizável os desejos edipianos, o que lhes confere uma dimensão perturbadora. (p.29).

Para a menina, a menarca representa um ritual de iniciação, um evidente indicador de maturidade fisiologica que separa dois mundos. Assim, a puberdade, para a menina:

> “...é o corpo que se abre (ou reabre), e sangra por causa disso, convocando de maneira especialmente viva as defesas narcísicas contra a brecha aberta desse modo. A puberdade confronta o psiquismo feminino com o seu interior, o seu desconhecido e as angustias arcaicas que gera, sobrecarregando a fantasia com um excesso de realidade.” (André, 2001, p.34).

As transformações corporais, desejadas e temidas, inscrevem-se sobre uma psicossexualidade já constituída, assinala André (2001), reabrindo as brechas da sexualidade infantil e reavivando os conflitos. A relação com a mãe é complexa,

“estende-se desde o retorno da cumplicidade até a guerra aberta” (p.30), tendo em vista a aproximação identificatoria entre mãe e filha.

Cabe ressaltar que, nesta tese, quando estudamos o feminino, estamos considerando o gênero. Faz-se necessária a distinção entre sexo e gênero, posto que o termo sexo refere-se aos aspectos anatômicos e fisiológicos, em contrapartida, o termo gênero é mais abrangente e engloba, além da anatomia e da fisiologia, os determinantes históricos, sociais e culturais. As especificidades de gênero vêm sendo estudadas por pesquisadores de psicanálise (Khel,1998) e de saúde pública (Reis & Zioni, 1993, Parisotto et al, 2003).

2.3. Adolescencia feminina e tendencia antissocial

Há uma importante proximidade entre as manifestações da tendencia antissocial e os comportamentos característicos da adolescencia. Aberastury e Knobel (1981) criaram o termo ‘síndrome normal da adolescencia’, justificando unir síndrome (entidade clínica) e normalidade por considerarem que a conduta juvenil pode ser vista como aparentemente semipatológica pelos adultos. Contudo, do ponto de vista da psicologia evolutiva, essa conduta pode ser considerada normal e coerente. Os autores descrevem as características fundamentais dos adolescentes, duas delas relacionadas ao nosso tema:

> Atitude anti-social reivindicatória com tendencias anti-sociais ou associais de diversa intensidade” e “Contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida (p.29).

Minayo e Souza (1998), pesquisadoras do campo da violencia, citam o crescimento das tendências antissociais na atualidade e propõem reflexões sobre a junção dialética das esferas do individual e do social, do hereditário e do aquirido. Explicam que as violências sociais revelam as estruturas de dominação e expressam

contradições entre aqueles que desejam manter privilégios e os que se rebelam contra a opressão sofrida. A delinquência, segundo as autoras, pode ser compreendida ao se considerar essas relações de conflito, as desigualdades sociais, a expropriação econômica e cultural.

Levisky (1998) afirma que a vulnerabilidade egóica característica da adolescencia, quando somada à inadequação das condições ambientais, tende a amplificar a ameaça constante de ruptura das relações inter/intrasubjetivas, derivando mecanismos regressivos em que predominam estados mentais primitivos como onipotência, egocentrismo, cisão/negação da realidade, concretude do pensamento e passagem ao ato.

A reação e a rebeldia adolescentes são legitimadas, de acordo com Calligaris (2000), tendo em vista a moratória a que estão submetidos pela comunidade adulta. Esta moratória consiste em ensinar aos jovens, durante a infancia, os valores compartilhados pela sociedade (destaque pelo sucesso financeiro/social/amoroso) e impedi-los de atuar na prática tão logo seus corpos tenham atingido a maturação, época em que a autorização lhes é postergada sob a justificativa de imaturidade. A espera à qual tem que se submeter tende a tornar o adolescente inadaptado e imaturo. "*O adolescente não pode evitar perceber a contradição entre o ideal de autonomia e a continuação de sua dependencia, imposta pela moratória*." (Calligaris, 2000, p.17). Como consequencia, para ser visto e reconhecido no mundo adulto, o adolescente tende a se associar aos iguais para transgredir, sendo a delinquencia uma vocação da adolescencia.

O levantamento bibliográfico sobre a tendencia antissocial no sexo feminino levou-nos a estudos sobre delinquencia e, consequentemente, à população adolescente que cumpria medidas judiciais decorrentes de atos infracionais.

Uma pesquisa utilizando método qualitativo, com adolescentes infratoras no Rio de Janeiro, foi desenvolvida por Assis e Constantino (2001), no Educandario Santos Dumont, entidade responsavel pelo atendimento a adolescentes que necessitam cumprir medida socioeducativa de internação ou internação provisoria devido a atos infracionais. Foram realizadas entrevistas com 27 adolescentes internas, 20 mães e 10 funcionários, dados somados à observação das meninas no patio, no refeitorio e nas atividades de profissionalização. As autoras compreenderam o ingresso das

jovens na criminalidade como *"...resultado de uma variedade de pressões sociais, econômicas, estruturais e culturais, que se interrelacionam de múltiplas formas e em diferentes intensidades, combinadas com respostas específicas de cada individuo."* (p.33).

Esta pesquisa investigou o universo feminino infrator a partir das falas das adolescentes e de suas mães e concluiu que há especificidades de gênero importantes, a saber: similaridade das histórias de vida de mães e filhas; relação familiar muito problemática com a mãe (falta de intimidade e de diálogo); constante afastamento da menina da familia de origem; histórias de agressões psicológicas e físicas, violencia sexual; iniciação precoce da vida sexual e conseqüentes gestações e abortos; uso de medicamentos ansiolíticos e tranquilizantes e a ocorrencia de disturbios mentais.

Em Porto Alegre, RS, Dell'Aglio, Santos e Borges (2004) investigaram, por meio de entrevistas semidirigidas, o desenvolvimento e a exposição a fatores de risco de 50 adolescentes do sexo feminino que cumpriam medidas socioeducativas. As autoras concluíram que a vida daquelas adolescentes foi marcada por abandono, rejeição, descontinuidade das relações familiares, maus tratos e exposição à violencia, considerando também que fatores como instabilidade e a fragilidade dos vínculos iniciais, violencia intrafamiliar e demais eventos estressores seriam facilitadores para o ingresso na vida infracional.

No Chile, Vinet e Banares (2009), ao realizarem pesquisa sobre a personalidade de adolescentes infratoras, descreveram jovens que se mostram hostis e combativas, demonstrando indiferença quanto à consequencia de seus atos, que desrespeitam as normas sociais e as expectativas alheias, especialmente quando diante de adultos em posição de autoridade. Essas meninas, ao mesmo tempo em que procuram intimidar e obter controle agressivo sobre os outros, apresentam tristeza, temor ao ridículo e ao desprezo pelos pares, além de possíveis sentimentos de perda ou abandono por parte de suas figuras de apego significativas. Com este funcionamento dual, as oscilações emocionais e o comportamento imprevisível, as meninas infratoras estariam apresentando características compatíveis com um futuro estado limite de personalidade. No que se refere às semelhanças e diferenças entre os grupos de infratores masculinos e femininos, as autoras observaram que ambos

estão expostos a fatores de risco como reincidência e relação com pares com compromisso delitivo, problemas escolares, desestruturação familiar e membros da familia vinculados a atos transgressores. Entretanto, o grupo feminino demonstra maior exposição à vitimização no ambiente familiar por meio de violencia, maus-tratos e/ou abuso sexual, criando necessidades psicológicas que tendem a se expressar em seus comportamentos antissociais.

Capítulo 3. O tratamento da tendencia antissocial

3.1.O tratamento da tendencia antissocial na instituição

Os equipamentos de saúde mental, em especial os CAPS, tem a missão de atuar em consonância com a clínica ampliada. Este modo de compreender e atuar está afinado com as idéias de D. Winnicott (1956a/1995) sobre o tratamento da tendencia antissocial, que necessita incluir o manejo do ambiente, assim como aos assinalamentos de Bleger (1984, p.16) a respeito da função social do psicólogo:

> A psicologia tem que se inserir, penetrar cada vez mais na realidade social e em círculos mais amplos, incluindo o estudo dos grupos, das instituições e da comunidade, tanto como problemas sociais nacionais e internacionais de todo tipo, já que a dimensão psicológica se faz presente em tudo, posto que em tudo o ser humano intervém.

Tais considerações estão contempladas na visão da clínica ampliada, termo utilizado em saúde pública para designar um cuidado amplo e integral ao usuário, que começa no acolhimento do sofrimento, passando pelo atendimento interdisciplinar e pela compreensão do que a pessoa doente necessita, além do atendimento da especialidade, do auxílio de outros setores (educação, assistencia social, esportes, cultura, lazer) para recuperar o seu bem-estar. O Ministério da Saúde (2004, p.8) define a clínica ampliada como:

> Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; Assumir a responsabilidade sobre os usuarios dos serviços de saúde; Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá o nome de intersetorialidade; Reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas; Assumir um compromisso ético profundo.

3.1.1. O manejo do ambiente

Winnicott (1956a/1995) nos ensina que o tratamento para a tendencia antissocial não deve ser a psicanálise, mas o manejo (*management*) do ambiente: *"...uma*

tendencia anti-social pode, por vezes, ser tratada muito facilmente se o tratamento for coadjuvante da assistencia ambiental especializada." (p.128). Como exemplo desta afirmação, ele relata a sua intervenção com a mãe de um menino que apresentava compulsão para roubar, em casa e em lojas. Winnicott, que conhecia bem a mãe, explicou a ela o significado do furto e sugeriu que conversasse com o filho e dissesse que sabia que ao roubar, ele não estava querendo coisas, mas protestando contra os pais, por se sentir privado do amor a que teria direito. Os furtos teriam cessado a partir da conversa e a mãe pôde compreender o sofrimento de seu filho. Assim, cabe ao terapeuta, em condição análoga à da mãe suficientemente boa (1956b/2000), se adaptar às necessidades e cuidados demandados pelo paciente em cada momento.

Em sua original atitude, Winnicott (1962/1990) inaugura uma prática psicanalítica baseada no manejo do *setting,* fundamentada também em seu texto "Os objetivos do tratamento psicanalítico", onde propõe duas alternativas no que se refere à abordagem terapêutica: ou se pratica a psicanálise nos padrões estabelecidos, ou se decide ser um psicanalista fazendo outra coisa, mais apropriada à situação. Tal situação é determinada pelo tipo de adoecimento e pelas necessidades psíquicas do paciente, a saber, aqueles que tiveram seu desenvolvimento emocional interrompido. Aqueles acometidos pela tendencia antissocial, no nosso caso, necessitariam de uma provisão ambiental firme e constante, sendo a tarefa predominante do terapeuta "*...administrar, tolerar e compreender*." (p.130).

Barreto (1997) acrescenta que o manejo refere-se a uma intervenção no *setting* (enquadre) e/ou no dia-a-dia do paciente, considerando suas necessidades, sua história e o ambiente cultural, objetivando promover o desenvolvimento psíquico. Por intermédio desta técnica, continua o autor, torna-se possivel o exercicio das diversas funções ambientais fundamentais para a constituição do self: *holding* (sustentação), *handling* (manipulação), apresentação de objeto e outras.

Assim, quando a tendencia antissocial está presente, a criança tem a esperança de encontrar alguém do meio que possa lhe devolver algo sentido como perdido: a atenção, a segurança, o cuidado. Deste modo passa a testar o ambiente, provocando incômodo e necessitando que um adulto possa sobreviver aos ataques. Analogamente, na psicoterapia, o paciente coloca o terapeuta neste lugar e espera

que este reconheça o seu gesto, tolere o incômodo e continue presente, sem retaliar ou se vingar.

Para Mahsud Khan (2000, p.29):

> O manejo, na verdade, consiste no fornecimento de um ambiente adaptado, no contexto e fora dele, que faltou ao paciente em seu processo de desenvolvimento, sem o qual só lhe resta existir em termos da utilização reativa de mecanismos de defesa e de potencialidades do id. Somente quando o manejo foi eficaz para o paciente é que o trabalho interpretativo pode ter algum valor terapêutico.

No trabalho cotidiano do CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial para a Infancia e Adolescencia), em que predomina o atendimento de pacientes com sofrimento mental grave, o manejo é muito utilizado, pois muitas vezes, o terapeuta necessita auxiliar a criança (ou adolescente) a se alimentar, lavar as mãos, amarrar o tenis, acompanhá-la em situações de convivio aparentemente simples, mas para elas geradoras de muita ansiedade, como aproximar-se de uma outra criança e estabelecer um diálogo ou brincadeira, ou simplesmente permanecer ao seu lado enquanto assiste a um filme. O manejo é parte fundamental da terapeutica de pacientes com estados primitivos da mente, e notamos, na prática, que podem ser necessarios antes de se iniciar uma psicoterapia, ou concomitante a esta.

Conforme assinala Vicentin (2006), a clínica da infancia e da adolescencia é, necessariamente, uma clínica ampliada.

3.1.2. Caracterização da instituição: O CAPSi

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço público criado a partir da década de 90 para substituir as internações psiquiátricas. A nova lógica de cuidado ao portador de doença mental estabelecida pela Lei 10.216 (Lei Paulo Delgado) e

pelas diretrizes da Portaria 336/02 anunciam o CAPS como a unidade de base da Reforma Psiquiátrica Brasileira, caracterizando-se como um serviço de atenção diária e intensiva, voltado ao atendimento de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, como psicoses, neuroses graves e demais transtornos severos e persistentes. Este dispositivo deve contar com um ambiente acolhedor que proporcione atendimento personalizado e multiprofissional, além de ações voltadas aos familiares e a projetos de reinserção social.

A Portaria 336/02 determina que o CAPS deve desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial em saúde mental de seu território, tendo como responsabilidades supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica e os demais programas e serviços de saúde mental. As experiencias bem sucedidas dos CAPSs impulsionaram a criação de Centros de Atenção Psicossocial para a Infancia e Adolescencia (CAPSi) e de Centros de Atenção Psicossocial para os dependentes de alcool e drogas (CAPS-Ad).

O Centro de Atenção Psicossocial para a Infancia e Adolescencia (CAPSi) é um equipamento voltado ao atendimento de crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. Tem como responsabilidade articular a rede de assistencia em saúde mental para a infancia e adolescencia, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2005), promovendo cuidados apropriados a uma parcela da população que permanecia desassistida ou institucionalizada.

Promover este cuidado requer a formação e o fortalecimento de uma rede que inclui a familia, a escola, a comunidade, as unidades básicas e os programas de saúde da familia, o Conselho Tutelar, os abrigos, os conselhos municipais, o Poder Judiciário e outros.

3.1.3. Breve histórico e funcionamento do CAPSi-Jundiaí

O CAPSi do município de Jundiaí opera desde julho de 2005 e foi cadastrado no mês de agosto de 2006. A principio, estava instalado em uma sala no predio de especialidades médicas, vindo em seguida a dividir uma casa com o ambulatorio de

saúde mental de adultos. Em sua formação original contava com profissionais efetivos (um psicólogo, uma enfermeira, um técnico e um auxiliar de enfermagem e um médico psiquiatra deslocado de outro serviço) e alguns temporarios (uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas). Alguns meses depois foi realizado um concurso público onde dois psicólogos foram nomeados, na mesma ocasião uma assistente social e uma terapeuta ocupacional foram transferidas para o serviço. Naquela fase, a equipe vivenciou um gerenciamento compartilhado (Frasson et al, 2007), onde as responsabilidades administrativas e técnicas ficavam descentralizadas, processo modificado para o gerenciamento tradicional após alguns meses.

Realizados alguns ajustes nos recursos humanos, podemos considerar hoje que a equipe efetiva do serviço conta com os seguintes profissionais concursados pela administração municipal:

. Três Psicólogos (um deles exercendo a gerência)

. Um Psiquiatra infantil

. Uma Pediatra

. Uma Enfermeira

. Uma Terapeuta ocupacional

. Uma Fonoaudióloga

. Uma Assistente Social

. Dois Técnicos em enfermagem

. Uma Motorista

. Duas Auxiliares Administrativas

. Uma Auxiliar de limpeza (serviço terceirizado)

O CAPSi de Jundiaí funciona de segunda a sexta-feira no período diurno e está localizado em bairro próximo ao centro da cidade, que hoje conta com aproximadamente 360 mil habitantes.

As crianças e adolescentes que apresentam queixas no campo da saúde mental são encaminhadas via UBS (ou diretamente do Conselho Tutelar ou Fórum) e recepcionadas junto aos seus familiares (mãe e/ou pai) com hora marcada no acolhimento inicial realizado por um técnico de nivel superior. Neste processo inicial, o profissional de saúde mental realiza uma ou duas consultas de avaliação, em que ocorrem a escuta dos pais e a da criança/adolescente, a observação e intervenções breves de orientação ou esclarecimento, quando necessario. Os pacientes com transtorno psicótico ou sofrimento psíquico grave somado a condições de vulnerabilidade são absorvidos pelo serviço, enquanto as crianças que apresentam transtorno mental leve são encaminhadas para entidades conveniadas.

A equipe decidiu considerar como casos moderados e graves as crianças que somam dificuldades escolares à desestruturação familiar e estão expostas a situações de risco (drogas, prostituição, violencia, delinquencia), incluindo-se nesse espectro as crianças com manifestações persistentes da tendencia antissocial.

As modalidades de atendimento em funcionamento são: psicoterapia individual, psicoterapia grupal, grupos de terapia ocupacional, oficinas terapeuticas, grupos de orientação de pais, grupos de observação e convivencia, consultas psiquiátricas, visitas domiciliares, oficina de leitura e escrita, grupos temáticos, oficinas de atividades esportivas, de culinária, oficinas de artesanato para mães, comemorações e passeios.

O ambiente terapêutico do CAPSi deve ser parte integrante do tratamento das crianças e adolescentes, promovendo cuidados que venham a favorecer a continuidade do desenvolvimento emocional, cuidados esses manifestados pela relação contínua e ritmada com o (s) terapeuta (s), cujas atitudes livres de invasões venham a fortalecer o vínculo terapêutico, à semelhança do cuidado materno suficientemente bom (Winnicott, 1956a/1995). Nas palavras de Toledo (2004, p.3):

> Segundo esta perspectiva, a presença física dos profissionais, a sua forma de estarem consigo proprios, com o outro e o ambiente que oferecem criam uma atmosfera que é parte integrante do *setting* e que tem grande importância para a configuração do seu vínculo com os pacientes. Isto

constitui, portanto, uma metáfora de um ambiente facilitador que a mãe suficientemente boa cria para promover o desenvolvimento do seu filho.

3.1.4. Características físicas e distribuição do espaço

O CAPSi está situado em uma casa ampla, com cômodos arejados, jardim e quintal. A casa contém cinco salas utilizadas para atendimento e uma para os técnicos, onde estão duas mesas, varias cadeiras, um arquivo e os armarios que guardam equipamentos diversos e materiais de uso exclusivo dos psicólogos, os testes psicológicos. O ambiente para recepção é composto de assentos para adultos, mesas e cadeiras apropriadas para crianças pequenas, além de brinquedos. A cozinha dispõe de mesa, fogão e geladeira e é também utilizada para a oficina de culinária. No corredor há uma pequena sala equipada com televisão, vídeo e computador e no quintal, além de espaço para brincar, estão os sanitários e uma casa de madeira utilizada como brinquedoteca e nos fundos desta cresce uma pequena horta. Ao ar livre está localizado o espaço para refeição e lanche em três mesas com cadeiras, protegidas por um toldo. Ao lado funcionam as salas de enfermagem, contendo medicamentos, macas e outros materiais de uso da especialidade.

3.1.5. Distribuição de responsabilidades

O CAPSi é um serviço público municipal, mantido pela prefeitura e pelo repasse de verba específica do Ministério da Saúde. É o principal serviço de assistencia em saúde mental para a infancia da cidade.

O gerenciamento administrativo do serviço está sob a responsabilidade de um psicólogo, hierarquicamente ligado à coordenação geral de saúde mental. No plano

das ações técnicas podemos considerar que grande parte das decisões cabe à equipe. Nas reuniões semanais da equipe há um espaço para discussão clínica dos casos e outro para assuntos administrativos.

Parte da agenda semanal de cada técnico é reservada para a participação em reuniões e em projetos voltados ao aperfeiçoamento da rede intersetorial e ao matriciamento das ações em saúde mental. Os grupos em funcionamento no serviço são coordenados por dois profissionais de areas diferentes, objetivando manter os pilares da interdisciplinaridade.

O trabalho interdisciplinar requer uma interlocução constante de diferentes campos do saber visando compreender o ser humano em sua natureza paradoxal: biológica, psicológica, cultural e social. No campo da saúde mental, a complexidade da demanda que se apresenta para acolhimento e tratamento reinvindica, de imediato, o diálogo entre os diversos saberes implicados, algo que, na prática, nem sempre resulta em integração e dissolução de fronteiras. Evidentemente, o trabalho interdisciplinar encontra-se em construção, tanto no CAPSi como em outras instituições e há muitos obstáculos a serem vencidos.

O CAPSi conta com supervisão clínico-institucional, desenvolvida por profissional independente. As diversas modalidades de atendimento e os espaços destinados à discussão (reuniões e supervisões) são ferramentas imprescindíveis para a atuação interdisciplinar.

Desde o seu surgimento, a instituição assumiu a responsabilidade de ordenar a rede de atendimento em saúde mental infantil, por meio da realização de fóruns intersetoriais que contam com a presença de representantes da saúde, educação, assistencia social e justiça, além de organizar reuniões periódicas para discussão de estrategias de reinserção social para os casos em atendimento.

3.1.6. Caracterização da demanda

O CAPSi de Jundiaí atende crianças e adolescentes de zero a dezoito anos que apresentam quadros moderados ou graves no campo da saúde mental. Cerca de 90% dos casos atendidos requer a participação dos pais em grupos de reflexão, estes são semanais e ocorrem nos períodos da manhã, tarde ou noite, este último criado para receber pais que trabalham no horário comercial.

Os dados apresentados a seguir foram extraídos dos relatórios anuais de atividades do serviço.

Tabela 1. Demanda de usuarios atendidos divididos por sexo

Sexo	**2008**	**2009**	**2010**
Masculino	249 (61,7%)	257 (63,4%)	350 (63,6%)
Feminino	155 (38,3%)	148 (36,6%)	200 (36,4%)
Total	**404 (100%)**	**405 (100%)**	**550 (100%)**

Na tabela acima constatamos a prevalencia do sexo masculino sobre o feminino, representando o primeiro aproximadamente 60% e o segundo 30% da população de crianças e adolescentes atendidos no serviço. Notamos que a proporção se manteve em 2010, quando houve elevação no número de atendidos em razão de procedimentos internos que diminuíram a fila de espera para a primeira consulta.

Tabela 2. Demanda de usuarios atendidos divididos por sexo e faixa etaria nos anos de 2008, 2009 e 2010

Sexo	**3-6**	**7-10**	**11-14**	**15-18**
Masculino	207 (75,3%)	310 (65,3%)	208 (61%)	131 (49%)
Feminino	68 (24,7%)	165 (34,7%)	133 (39%)	137 (51%)
Total	**275 (100%)**	**475 (100%)**	**341 (100%)**	**268 (100%)**

Na tabela 2 somamos o número de usuarios nos três anos e dividimos pela faixa etaria, o que possibilitou verificar que a proporção de meninos e meninas se

manteve nas faixas dos 7 aos 10 anos. Entretanto, notamos que no inicio da infancia (3 a 6 anos) há muito maior demanda pelo sexo masculino.

Observamos também na tabela acima que, à medida que a idade aumenta, eleva-se a participação do sexo feminino na demanda, chegando a ser maior que o masculino no período da adolescencia.

Tabela 3. Demanda de usuarios quanto a sexo e faixa etaria, classificados como portadores de 'Transtornos do comportamento e Transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infancia ou adolescencia' (F90 a F98-CID-10), nos anos de 2008, 2009 e 2010

Sexo	**3-6**	**7-10**	**11-14**	**15-18**
Masculino	98 (60%)	111 (50,5 %)	74 (59,2%)	36 (36,7%)
Feminino	65 (40%)	109 (49,5%)	51 (40,8%)	62 (63,3%)
Total	**163 (100%)**	**220 (100%)**	**125 (100%)**	**98 (100%)**

A tabela 3 apresenta o mesmo fenômeno apontado na tabela anterior, ou seja, a elevação da participação da população feminina à medida que a idade aumenta, no que se refere aos diagnosticos de transtornos relacionados ao comportamento. Na adolescencia, o número de meninas que apresentam esse quadro aumenta significativamente em relação aos meninos, invertendo-se a proporção geral de demanda e sexo, o que confirma nossa hipótese inicial de que os transtornos de comportamento aparecem, nas meninas, em períodos mais tardios do que nos meninos.

3.1.7. Descrição dos dispositivos de atendimento

Como já foi citado, são varios os dispositivos de atendimento em funcionamento no CAPSi, citaremos abaixo aqueles que fazem parte desta pesquisa:

3.1.7.1. Psicoterapia individual

No CAPSi há uma tendencia a privilegiar os atendimentos em grupo, entretanto alguns pacientes necessitam de uma abordagem individual em psicoterapia. Quando isto é observado e discutido em reunião, um dos psicólogos passa a atender a criança/adolescente em psicoterapia individual com periodicidade semanal. Em casos raros atendemos duas vezes por semana, geralmente em situação de crise. É comum os psicólogos realizarem avaliação psicológica (com ou sem o uso de testes) das crianças e adolescentes, com o objetivo de subsidiar o projeto terapêutico individual (PTI), desenvolvido nas reuniões de equipe.

As psicoterapias individuais para os casos moderados são, habitualmente, de curta duração (três a seis meses), já nos casos graves a duração é maior, podendo o paciente passar alguns períodos de seu tratamento em psicoterapia e outros em dispositivos grupais diversos e à psicoterapia retornar em momentos críticos. Há situações em que o paciente ingressa no serviço e permanece em atendimento individual até o momento em que esteja apto para atuar em grupo, podendo ser este um dos objetivos do trabalho terapêutico.

Os três psicólogos do serviço trabalham psicanaliticamente orientados, assim, a psicanálise tornou-se a visão predominante para a compreensão das demandas que se apresentam. Dentro do espectro da psicanálise, cada psicólogo apresenta sua afiliação teórica e nesta fundamenta técnica e eticamente o seu trabalho, cabendo aqui ressaltar que a pesquisadora atua segundo os pressupostos winnicottianos, realizando consultas terapeuticas (Winnicott, 1968a/1994) e um tipo de psicoterapia breve que considera o que é demandado pela criança/adolescente e por sua familia, resumido no artigo de Safra (2000, p.4) em que promove uma reflexão sobre a psicoterapia breve, assinalando que *"...a necessidade no encontro assinala o tempo e a profundidade do tema a ser tratado. O terapêutico é o encontro humano, nem breve, nem longo – do tamanho da necessidade"*

3.1.7.2. Psicoterapia em grupo

A pesquisadora coordena um grupo terapêutico que absorve adolescentes do sexo feminino, onde as meninas são agrupadas pela faixa etaria (13 a 17anos), pelo tipo de sofrimento neurótico, em crise ou agudo, incluindo-se episodios/transtornos depressivos moderados e graves (inclusive tentativa de suicidio), transtornos de adaptação, disturbios ansiosos e de comportamento entre outros. Inspirado nos artigos recentes de Zimermann (2004), este grupo funciona como um novo espaço que possibilita às jovens reviverem experiencias emocionais complicadas, que não foram bem resolvidas no passado, seja na familia ou em outros grupos de convívio, experiencias que "...*estão à espera de uma ressignificação que possibilite a reconstrução do grupo da familia que está interiorizada de forma patogênica dentro de cada um*." (p. 384).

Este grupo tem periodicidade semanal, estimula a expressão verbal, porém conta com o uso de materialidades mediadoras que viabilizam outras formas de expressão como desenho, pintura, artesanato, poesia. Em nosso meio, diversos psicanalistas-pesquisadores (Vaisberg, 2004; Frasson, 2005 ; Pezo, 2009) vem utilizando, nas intervenções terapeuticas em ambientes institucionais, materialidades mediadoras, em analogia ao 'Jogo do Rabisco' de D. Winnicott (1968a/1994).

Optamos por formar um grupo somente de adolescentes do sexo feminino por observarmos, em muitas das meninas que freqüentavam o CAPSi, dificuldades no campo da identificação com o sexo feminino, o que poderia sugerir uma falta de um campo/lugar em que as questões relativas à feminilidade pudessem se manifestar de modo espontâneo e serem compartilhadas com seus pares.

3.1.7.3. Grupo de pais

Os grupos de pais são espaços ofertados aos familiares (mães, pais, avós) no formato de reuniões, onde os usuarios apresentam suas dificuldades, tanto na compreensão do sofrimento quanto no manejo da criança ou adolescente.

Estes grupos têm como objetivos proporcionar um acolhimento para os familiares (que também estão em sofrimento), obter elementos para apurar a queixa inicial,

acompanhar as repercussões do tratamento da criança em outros ambientes, estabelecer uma parceria com os familiares no sentido de desenvolver a responsabilização perante os seus filhos, tanto em relação ao tratamento, como em relação ao atendimento das necessidades de uma pessoa em desenvolvimento.

Em virtude de serem coordenados por profissionais de formações diversas, os grupos de pais não podem ser caracterizados como grupos terapêuticos, ainda que suas intervenções o sejam. Assim, podemos classificá-los como “grupos de reflexão”, termo utilizado por Zimermann (2001, p. 225):

> Em linhas gerais, todo grupo que for organizado com a finalidade de integrar as pessoas e levá-las a pensar, no lugar de agir impulsivamente, pode genericamente ser chamado como grupo de reflexão (porque leva os participantes a refletirem sobre suas necessidades, angustias, relacionamentos com os outros e sua forma de conduta).

3.1.7.4. Avaliação psiquiátrica

Alguns pacientes do CAPSi passam por avaliação psiquiátrica, sendo esta necessidade discutida em reunião. Portanto, nenhuma criança passa por atendimento psiquiátrico de imediato, mesmo que encaminhada para este fim. Tal procedimento foi adotado visando contrapor-se à excessiva medicalização da infancia, predominante na atualidade.

As crianças que necessitam fazer uso de medicamentos permanecem, em sua quase totalidade, frequentando outros dispositivos de atendimento no serviço.

3.1.7.5. Atendimento individual com Assistente Social

A Assistente Social do serviço desenvolve, além das tarefas comuns aos técnicos de nivel superior (acolhimento, participação em reuniões/supervisões, grupos de orientação de pais, capacitação e matriciamento entre outros) as atividades pertinentes ao campo do serviço social, destacando-se as visitas domiciliares, as

intervenções junto às familias (orientações práticas e encaminhamentos para a obtenção de benefícios sociais).

Outro ponto de destaque na atuação da Assistente Social é o levantamento e mobilização de recursos sociais e comunitários, os quais compõem a rede intersetorial, imprescindível para as ações em saúde mental. Em nossa pesquisa, a profissional se encarregou de levantar junto a uma das adolescentes seus principais interesses e vocações, trabalho que culminou no encaminhamento da paciente para um curso de iniciação musical, disponivel na Secretaria da Cultura.

II. METODOLOGIA

1. Objetivos, hipóteses clinicas, sujeitos e instrumentos

A literatura especializada contém muitos estudos sobre a tendencia antissocial em meninos, em virtude de sua maior incidencia, gravidade e consequente visibilidade. Esta pesquisa segue uma tendencia atual em reconhecer a expansão de atos transgressores na população feminina, contribuindo para destacar a sua especificidade e sugerir modalidades de atendimento institucional mais apropriadas a estas jovens.

A partir desta relevancia temática, já anteriormente melhor abordada, esta tese teve como objetivo analisar e discutir, a partir do estudo de dois casos clínicos atendidos em psicoterapia psicanalítica em instituição de saúde mental para crianças e adolescentes as especificidades das manifestações da tendencia antissocial no sexo feminino, utilizando a teoria desenvolvida por Donald Winnicott e correlatos e as modalidades de atendimento oferecidas às adolescentes e seus efeitos, em especial a psicoterapia psicanalítica.

Com base no trabalho clínico desenvolvido junto a essas duas jovens e a outras em situação similar no CAPS Infantil, levantamos como hipóteses clínicas a serem pesquisadas a partir do método clínico-qualitativo, desenvolvido por Turato (2010), definido como um refinamento dos métodos qualitativos voltado para o *setting* da saúde, que a tendencia antissocial nas meninas seja semelhante aos meninos em alguns aspectos, mas diferente em outros, principalmente pela questão edípica e que as pacientes poderiam apresentar resultados positivos e maior integração em menos tempo de tratamento, a partir do manejo diferenciado do ambiente terapêutico.

O método clínico-qualitativo (Turato, 2000) foi concebido como um meio científico para conhecer e interpretar os significados (sociais ou psicossociais) que as pessoas (pacientes/familiares/equipe de profissionais/membros da comunidade) atribuem aos

fenômenos relacionados à saúde-doença. O pesquisador clínico-qualitativo deve estabelecer um enquadramento face a face, valorizar as trocas afetivas, a linguagem corporal e a fala do sujeito "*com foco sobre tópicos ligados à saúde-doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou, principalmente, sobre como lidam com suas vidas...*" (Turato, 2010, p. 241)

Para a compreensão dos fenômenos e sujeitos pesquisados, o método clínico-qualitativo faz uso dos conhecimentos psicanalíticos, tanto na pesquisa de campo quanto na discussão dos resultados, conforme aponta Turato (2010):

> E é, finalmente, nos conceitos básicos da psicanálise que optamos por buscar elementos norteadores para elaboração e aplicação dos instrumentos auxiliares de pesquisa, bem como o referencial para a atividade de imaginação/discussão dos resultados. (p.241).

Neste ambiente de tratamento, os profissionais de saúde podem recorrer a métodos qualitativos, visto possuírem experiencia em assistencia e atitude clínica, a qual consiste numa postura de escuta e na presença de múltiplas sensibilidades que, interagindo com os conhecimentos teóricos, favorecem o reconhecimento e o acolhimento das ansiedades e angustias da pessoa que sofre.

Para a realização da pesquisa[3] foram escolhidos os casos clínicos de duas adolescentes[4] do sexo feminino, conforme acima mencionado, entre 15 e 16 anos, cujo encaminhamento ao CAPSi foi motivado por manifestações de tendencia antissocial.

A escolha destas adolescentes deu-se por amostragem proposital, de acordo com os critérios gerais de seleção para a amostra qualitativa apontados por Turato (2010, p. 356). Optamos por incluir estes dois casos em razão de possuírem os atributos fundamentais para o assunto estudado, ou seja, o gênero, a faixa etaria, a presença de sintomas de tendencia antissocial, maior quantidade de dados registrados em virtude de terem passado por diversas fases do processo terapêutico até a sua conclusão, com evolução favorável, situação pouco comum com essa clientela na instituição.

---

[3] A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CEH-IP, sob n.2007.009)

[4] Os nomes das adolescentes foram modificados para preservar o sigilo.

Outra motivação para a inclusão de ambas foi o fato de terem sido casos ‘marcantes’ no que se refere à relação terapeutica, devido ao surgimento de fenômenos transferenciais e contratransferenciais impactantes.

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa:

1. Os relatos das entrevistas iniciais, denominados, ao longo desta tese, de (EN);
2. Os relatos dos atendimentos psicológicos realizados pela pesquisadora, denominados, ao longo desta tese, de (AT);
3. As observações da pesquisadora e de outros técnicos do CAPSi a respeito do comportamento das adolescentes e de familiares durante a permanência no serviço, denominados, ao longo desta tese, de (OB);
4. Os fenômenos transferenciais e contratransferenciais surgidos durante o atendimento psicológico, denominados, ao longo desta tese, de (TC);
5. A evolução registrada nos prontuários, denominados, ao longo desta tese, de (EP);

É importante ressaltarmos, neste momento em que estamos descrevendo os instrumentos utilizados na pesquisa, que, para Turato (2010), o levantamento documental corresponde à coleta de dados complementares quando os sujeitos são pacientes de um serviço assistencial. Da mesma forma, os profissionais da equipe clínica podem ser considerados informantes secundários da pesquisa.

2. Procedimentos: coleta de dados, análise dos resultados

Tendo sido escolhidos os sujeitos da pesquisa, passamos a considerar as fontes de dados (registros dos atendimentos, observações da psicóloga e de outros técnicos, registro de reações contratransferenciais, anotações de prontuários) para o levantamento dos dados a serem analisados.

As duas adolescentes escolhidas como amostra intencional e suas familias submeteram-se a diferentes intervenções psicológicas e a atendimento psiquiátrico,

tendo sido atendidas em psicoterapia individual (uma vez por semana) e/ou em grupo (uma vez por semana), durante onze meses (a 1ª) e doze meses (a 2ª). Os familiares (pais) receberam atendimento simultaneamente, quando possivel. Esta prática foi registrada por relatos escritos do atendimento, contendo as observações do psicólogo e de outros técnicos e a evolução do trabalho foi descrita nos respectivos prontuários.

Dos atendimentos psicológicos foram extraídos trechos relacionados à temática da pesquisa, isto é, momentos em que surgiram questões ligadas à manifestação da tendencia antissocial, a processos de identificação, à relação com a psicóloga (aspectos transferenciais e contratransferenciais), às modalidades de atendimento ofertadas e as reações dos sujeitos a estas.

Para haver uma inferencia e analise possíveis dos dados levantados utilizamos uma adaptação da técnica de analise de conteúdo, de acordo com a indicação de Turato (2010) para o desenvolvimento da pesquisa clínico-qualitativa: "*As técnicas da análise de conteúdo estão para as pesquisas qualitativas, assim como as técnicas estatísticas estão para as pesquisas quantitativas"* (p.443).

O método clínico-qualitativo inspira-se na técnica de análise de conteúdo de Bardin (2010), acrescentando a esta a necessidade de o pesquisador fazer inferências a partir dos dados. Para Turato (2010, p. 444), a lista de temas categorizados do levantamento qualitativo configura-se como "achados mudos", cabendo ao autor da pesquisa discutir e interpretar estes resultados com o auxilio de sua criatividade.

A proposta de análise de conteúdo foi desenvolvida pela professora Laurence Bardin, da Universidade Paris V, e publicada em 1977, em sua obra clássica "Análise de Conteúdo". A autora descreve o que pode ser interpretado: mensagens obscuras, com duplo sentido, que exigem uma interpretação, pois sua significação profunda só pode ser obtida após observação cuidadosa ou intuição carismática. Varios tipos de matérias podem ser utilizados para a análise de conteúdo, desde notícias de jornais, cartas, anúncios publicitários, discursos de políticos, romances autobiográficos, relatórios oficiais entre outros. Bardin (2010) indica o recurso à análise de conteúdo de materiais qualitativos como os obtidos de entrevistas e psicoterapia.

De inicio, o método da análise de conteúdo buscava a objetividade da análise centrando-se numa abordagem quantitativa do material e, aos poucos, pesquisadores da historia, da psicanálise, da lingüística trouxeram suas contribuições, abrindo espaço para que uma abordagem qualitativa do material pudesse ser considerada. Desta forma, na análise quantitativa o referencial seria a frequencia no surgimento de certas características do conteúdo, enquanto na análise qualitativa o referencial seria a presença ou ausencia de determinados elementos em fragmentos de mensagens consideradas para análise. Desta forma, a análise de conteúdo passou a ter, além de sua função descritiva, o objetivo de inferência, ou seja, pelos resultados da análise seria possivel alcançar as causas.

Em nossa pesquisa, efetuamos em primeiro lugar a pré-análise, que se constitui na exploração do material selecionado para análise baseado na "leitura flutuante", em analogia à atitude do psicanalista (Bardin, 2010, p.122), da qual emergiram duas vertentes principais: o funcionamento psíquico e o tratamento na instituição.

Entendemos, nesta pesquisa, por funcionamento psíquico, a análise baseada na teoria psicanalítica, relacionada a questões edípicas no sexo feminino, às relações objetais e ao processo de identificação feminina. Entendemos por tratamento na instituição, a análise baseada na teoria psicanalítica winnicottiana, destacando-se a especificidade dos conceitos winnicottianos para o estudo do fenômeno da tendencia antissocial e do manejo do ambiente no processo terapêutico.

Em um momento posterior, destacamos as categorias de análise[5], compostas por elementos comuns (subcategorias), consideradas por relevância e/ou repetição de temáticas. Dentro das primeiras categorias já assinaladas, abriu-se as seguintes subcategorias de analise:

1. Funcionamento psíquico
   1.1. A rejeição e o abandono maternos
   1.2. As falhas no processo de identificação feminina

[5] "O sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características das mensagens." (Bardin, 2010, p.148).

1.3. A violencia familiar e seus efeitos

2. O tratamento
   2.1. Manejo e *placement*
   2.2. A esperança contida na tendencia antissocial
   2.3. A sobrevivencia da psicoterapeuta

Num terceiro momento, conforme orienta Turato (2010, p. 449), realizamos a validação externa dos dados, procedimento que consiste na supervisão dos resultados com o orientador da pesquisa e com os pares e apresentação e debate dos resultados em eventos.

No quarto e último momento, realizamos a discussão dos resultados utilizando o referencial psicanalítico para a interpretação dos achados da pesquisa.

III – APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS/ RESULTADOS

Para uma maior compreensão do processo de levantamento das categorias como foi descrito no capítulo II, em primeiro lugar descreveremos os dois casos das jovens escolhidas como sujeitos de nossa pesquisa nos aspectos apresentados da dinâmica de atendimento do CAPsi.

1.ERICA

1.1. Dados pessoais

Idade: 16 anos

Escolaridade: 1ª. série do ensino médio

Hipótese diagnóstica inicial: disturbio de comportamento

Modalidades de intervenção: Psicoterapia grupal, Psicoterapia individual, Avaliação psiquiátrica, Grupo de Orientação de Pais, Atendimento individual ao pai (Assistente Social) e encaminhamento deste para CAPS Ad.

Período de atendimento: 11 meses

1.2. Descrição do caso

A recepção e a avaliação inicial do caso foram realizadas por um colega psicólogo e, a partir da discussão em equipe realizamos uma entrevista com a adolescente e sua mãe, para inicio do tratamento.

Erica chegou ao CAPSi com seus pais, encaminhada pelo Conselho Tutelar devido a faltas consecutivas à escola. Erica tinha estatura baixa, magra, branca, cabisbaixa, usando boné, camiseta e bermudão. Residiam no domicílio Erica e os pais, havia uma meia-irmã (por parte da mãe), com 20 anos, casada. As queixas eram dificuldade de aprendizagem, recusa em ir à escola argumentando que

passava mal (tontura), comportamento agressivo em casa e na escola, cabular aulas, andar com “más companhias”, mentir, roubar e fugir de casa.

De acordo com o relato materno, o desenvolvimento neuropsicomotor de Erica se passou sem intercorrencias, ela teria sido uma criança “*meio lenta para aprender*” e desobediente. A mãe, 43 anos, trabalhava em serviços gerais de limpeza para sustentar a familia, pois o pai, 34 anos, estava desempregado há seis meses, antes era encanador. O casal comenta, na frente da filha, que o ambiente familiar é conturbado, há muitas brigas e agressões verbais e físicas entre o casal, em decorrencia da embriaguez do marido. Em consulta posterior com o casal, o pai, geralmente cabisbaixo, diz que metade dos problemas da filha é por causa do clima vivido em casa, somada à má influencia de colegas e que neste último aspecto eles não teriam tido qualquer reação para proteger a filha: *“...e nós não fizemos nada*”.

Na entrevista posterior, atendemos mãe e filha, onde sentimos um clima de forte tensão entre ambas, a mãe, com postura corporal rígida, dirigia olhares de desprezo em direção à Erica, que não esboçava reação. A mãe contou que ela e a filha sempre tiveram dificuldades de relacionamento. Há um ano, os problemas de relacionamento se intensificaram em razão do comportamento da adolescente e a familia não sabia mais como agir diante da rebeldia dela. A mãe, quando falava a respeito do marido, dizia: “*ele é um bêbado*” e quando falava sobre a filha: “*essa aí sempre me deu trabalho, não vai bem na escola, cabula aulas.... e anda com más companhias, mente o tempo todo.. acho que ela não tem jeito não”,* demonstrando distanciamento e hostilidade dirigidos a ambos. Erica manteve-se em silêncio durante toda a consulta, evitava o contato visual, abaixando a cabeça e olhando seguidamente para a porta, a situação de entrevista parecia incomodá-la, tanto que não quis falar a sós com a terapeuta, alegando que não queria estar ali e que não precisava de ajuda.

O caso foi discutido em reunião de equipe e incluído no serviço nas seguintes modalidades: Psicoterapia em grupo, Avaliação psiquiátrica, Grupo de Pais, Atendimento individual ao pai e encaminhamento deste para tratamento de dependencia química. O atendimento seguiu por onze meses, com alta a pedido (da adolescente e do pai).

1.3.Manejo

1.3.1. Discussão na equipe interdisciplinar

Na discussão do caso, a equipe considerou que os sintomas apresentados pela adolescente (mentiras, roubo, evasão escolar, fugas) estariam sinalizando a presença da tendencia antissocial. O projeto terapêutico de Erica consistia em oferecer acolhimento à adolescente e aos seus pais e um trabalho terapêutico para ela que possibilitasse o seu fortalecimento por meio da oferta de um grupo terapêutico em que pudessem surgir vinculações afetivas de qualidade diferente das atualmente vivenciadas pela adolescente, com jovens transgressores. Considerou-se fundamental inserir os pais em grupo de orientação, com vistas a, num futuro próximo, sensibilizar o pai para tratar o alcoolismo e a mãe para realizar psicoterapia[6]. Também consideramos parte fundamental do tratamento auxiliar os pais no retorno da adolescente à escola.

1.3.2. Avaliação psiquiátrica

Na avaliação psiquiátrica, o médico investigou a tontura que Erica sentia e concluiu que se tratava de um sintoma 'psicossomático', recomendou que ela modificasse suas atitudes e prescreveu "Calman". Erica se recusou a fazer uso da medicação, dizendo que não era louca e não iria tomar remédios "para se acalmar".

[6] A experiencia como os grupos de pais mostrou que este dispositivo pode funcionar como uma ponte em direção a uma psicoterapia individual, pois, nos grupos, os pais tem oportunidade de reconhecer suas proprias demandas e aceitar o encaminhamento para psicologia ou psiquiatria, conforme o caso.

1.3.3. Grupo de pais

Os pais de Erica passaram a frequentar o Grupo de Pais, a mãe compareceu em raras sessões, alegando dificuldades para se ausentar do trabalho, entretanto o pai foi assíduo e participante. Os pais relatavam as brigas constantes do casal e os terapeutas promoveram reflexões sobre as repercussões de um ambiente violento sobre a personalidade de crianças e adolescentes, ainda em formação. Foi possivel alcançar, ao longo de alguns meses, a sensibilização dos pais, especialmente a do pai, a respeito dos prejuízos ocasionados pelo alcoolismo no ambiente familiar, entretanto foi necessario modificar a abordagem do pai para um atendimento individual, realizado pela assistente social da equipe, para obter um engajamento mais efetivo num tratamento para a dependencia química. Assim, o pai, a partir de um encaminhamento implicado[7], passou por avaliação no CAPS Alcool e Drogas do municipio e iniciou seu tratamento.

O pai, por estar mais envolvido com o atendimento, foi orientado a entrar em contato com a escola, a acompanhar a frequencia e o desempenho da filha, a estar mais próximo dela e incentivá-la. Acompanhando de perto, o pai se deu conta de que Erica cabulava muitas aulas, mentia sistematicamente para ele e estava se envolvendo com grupos de usuarios e traficantes de drogas. Houve momentos em que a adolescente fugiu de casa e permaneceu por alguns dias sem dar notícias, o que motivou contatos constantes da familia com o Conselho Tutelar e com a Delegacia de Polícia.

1.3.4. Psicoterapia em grupo

Na primeira sessão, Erica sentou-se e ficou observando as meninas, que conversavam sobre o período da manhã na escola. Realizamos o enquadre habitual e ela permaneceu em silêncio até metade do tempo, quando perguntou a uma delas em qual bairro residia, demonstrando um primeiro sinal de participação. Houve

[7] O termo encaminhamento implicado é de uso comum nos CAPS, referindo-se a uma atitude ativa do terapeuta no sentido de se responsabilizar pela sensibilização e por contatos que viabilizem a recepção do usuário ao local encaminhado, o que ultrapassa, e muito, o preenchimento de um formulário.

receptividade por parte das colegas, e à primeira vista, parecia correr tudo bem, no final, em conversa com ela, Erica decide realizar a terapia em grupo.

A partir da segunda sessão, o grupo se surpreendeu com algumas mentiras de Erica: ela teria dito aos seus pais que esteve num churrasco na casa de uma das meninas do grupo no final de semana, os pais de Erica teriam comentado a respeito na instituição de atendimento, onde muitos pais se encontram e a mentira foi descoberta. Esta situação causou um forte mal-estar nas adolescentes do grupo, que passaram a demonstrar um evidente afastamento em relação à Erica. Ainda que fossem trabalhados, naquele momento, temas relacionados ao preconceito e à exclusão pela diferença, não foi possivel superar outras 'mentiras' que se sucederam. Como agravante, a mãe de Erica teria ido à casa de uma das adolescentes e feito comentarios degradantes sobre a propria filha, então a mãe da outra adolescente teria proibido o contato entre elas. Decorreu daí uma situação de impasse: ou Erica sairia do grupo ou as outras meninas deixariam de frequentá-lo. Diante da situação, a terapeuta ouviu a todas e pensou que o grupo não teria condições de suportar/dar continência para as atuações de Erica, sendo necessario um atendimento individual.

Oferecemos à Erica um atendimento individual semanal. De imediato ela responde: "*não quero ajuda nenhuma*". Sugerimos que pensasse a respeito e nos colocamos disponíveis para ela. Foi necessario um novo manejo, visando ofertar a adolescente outro espaço de escuta.

1.3.5. Psicoterapia individual

Erica aparentava menos idade, usava boné e se vestia de um modo mais característico de um menino. Na primeira consulta de psicoterapia individual, ela disse que não queria vir, mas o pai a teria obrigado. Diz "*ah, mas já que eu to aqui...*", indicando alguma possibilidade de trabalho. Erica comparecia às consultas regularmente, geralmente sentava-se e dizia: "*e aí...o que vai ser? não tenho nada pra falar*". Aos poucos fomos estabelecendo um vínculo de confiança e Erica

contava em detalhes as brigas familiares, os episodios de violencia física entre todos, pois ela também revidava quando seu pai a agredia.

“Em casa todos são briguentos, por causa do meu pai, ele bebe muito...”.

Erica contava que era comum separar os pais nas brigas, pois o pai agredia fisicamente a mãe e esta se defendia “*ela pode matar ele*”. Erica descrevia o ambiente familiar como “*falsidade”*, “*hoje brigam, amanhã estão se falando*”. Certa vez, ela denunciou o pai por agressão e retirou a queixa, a pedido da mãe. Ela se ressentia pela mãe brigar com o pai, pedir sua ajuda e depois voltar atrás, definindo-a como “*mulher de malandro*”.

Na escola, Erica não se saia bem, tinha dificuldades em varias matérias, ficava sozinha a maior parte do tempo, dizia que ninguém gostava dela, nem os professores, nem os colegas: “*todo mundo é falso, a escola inteira não gosta de mim, acho que isso interfere um pouco de eu não querer ir pra escola...”*

Erica contou que, certo dia, envolveu-se em um furto: ela acompanhou uma colega a uma loja de roupas, sabia do intento desta de roubar, aceitou colaborar segurando a sacola, elas foram flagradas pelo vigia da loja, a colega conseguiu fugir, mas ela foi contida pelo vigia da loja e colocada num quartinho, onde a insultaram. O pai foi chamado para levá-la para casa e quando ele chegou, contaram-lhe o fato e este a repreendeu na frente do funcionário da loja e em seguida foram liberados.

Na sessão, notamos que o ato de roubar parecia para Erica uma aventura, ela esperava driblar os seguranças e sair da loja, como a colega. Ao relatar o episodio, banalizando-o, Erica sorria, esboçando uma compreensão apenas parcial quanto às possíveis consequencias de seu ato, sem, entretanto, expressar arrependimento. Permanecia o desejo de sair impune e obter vantagens com a aquisição dos objetos roubados. O senso moral e a preocupação com o outro estavam ausentes. Seguindo seu relato, Erica não foi capaz de assumir a responsabilidade por seu gesto transgressor, culpando o seu pai e relatando outro furto.

Há um ano, Erica teria roubado cem reais da carteira de uma vizinha, num momento de descuido desta, quando estavam conversando na casa dela. A moça era sua amiga e confidente. Os pais teriam chamado a sua atenção, mas o pai

"*pegou emprestado*" [sic] quarenta reais para gastar e depois repor, o que não aconteceu e o relacionamento de todos com a moça foi rompido.

Da mesma forma que o furto, a mentira não parecia causar pesar à adolescente. Erica mentia para obter o que queria, mentia aos pais sistematicamente, dizendo que iria à escola quando ia até o portão e não entrava, ficava em companhia de seus amigos, geralmente adolescentes envolvidos em atividades ilícitas. Com estes amigos, Erica se sentia à vontade e aceita. Pude perceber que a adolescente se deixava influenciar facilmente pela opinião dos colegas de sua turma, negando-se a pensar sobre qualquer coisa, sorria ironicamente diante das intervenções, parecia haver um vazio de pensamento.

Alguns desses amigos se tornavam namorados e numa sessão, tivemos oportunidade de conversar sobre o seu interesse e admiração por aqueles garotos. No *setting* terapêutico surgem sentimentos contratransferenciais[8]: uma experiencia de tristeza e vazio passam a entrar em cena na mente da terapeuta. Havia ali o entusiasmo e até a euforia da adolescente diante de suas histórias, convidando a terapeuta a delas participar na medida em que decifrava o vocabulário específico da turma, experiencia simultânea a uma preocupação: que tristeza seria aquela sentida na contratransferência?

Penso em apontar os riscos de seu comportamento, mas opto por instrumentalizar os sentimentos contratransferenciais comunicando a impressão de que algo em sua fala e em seus gestos colocava em dúvida o seu real interesse por aqueles meninos. Erica diz, com expressão de tristeza: *"só estes caras se interessam por mim..."*

---

[8] Racker (1986, p.122) define a contratransferência "*...como instrumento para a compreensão do que sucede no paciente, tanto de seus conteúdos e mecanismos específicos como das intensidades de sua situação psicológica, especialmente, transferencial"*.

1.4. Evolução e alta

Após onze meses de atendimento da adolescente e seus pais, notamos uma melhora significativa de Erica, que passou a diminuir as condutas transgressoras, ficar mais tranquila, sair menos de casa e se mostrar mais companheira junto aos familiares. Vale ressaltar que o pai aceitou se tratar da dependencia química e tem acompanhado a filha em suas saídas, inclusive insistindo para que seu retorno à escola se efetivasse, conforme orientações recebidas no grupo de pais. Nesse momento, Erica retorna à escola, a qual já fora contactada pelo nosso serviço e informada sobre o tratamento da adolescente, procedimento habitual do CAPSi.

Erica muda o modo de se vestir, passa a se arrumar mais e valorizar seus atributos femininos, usando alguma maquiagem no rosto e vestuário mais feminino.

Erica relata melhora no ambiente familiar após inicio do tratamento do pai. Em reunião entre os serviços de saúde mental do município foi apresentado o caso de Erica por uma psicóloga do CAPS Ad, que referiu que o pai estava frequentando o serviço, assim como a esposa e Erica.

Em reunião de equipe ocorreu nova discussão do caso: em razão do depoimento do pai, da solicitação de alta por parte da adolescente e de seu pai, da melhora apresentada por Erica em psicoterapia e da colocação desta em preferir frequentar o grupo do CAPS Ad, consideramos o caso como alta a pedido.

2. GABRIELA

2.1. Dados pessoais

Idade: 15 anos

Escolaridade: 7ª.série do ensino fundamental

Dados do encaminhamento: Disturbio de comportamento, comportamento agressivo e antissocial, agressão na escola e no ônibus, mentira, fuga.

Modalidades de intervenção: Psicoterapia grupal, Avaliação psiquiátrica, Atendimento individual com Assistente Social, Encaminhamento para iniciação musical.

Período de atendimento: 12 meses

2.2. Descrição do caso

Gabriela chegou ao CAPSi acompanhada de sua avó materna, encaminhada pela UBS em virtude de comportamento agressivo e dificuldades de aprendizagem na escola. Erica era uma moça de estatura média, negra, um pouco descuidada com a aparência. Em casa apresentava rebeldia e mentira, além de fugas frequentes e alguns furtos esporádicos de objetos na escola. Segundo relato da avó, ela teria adotado Gabriela logo após o seu nascimento, pois a mãe quis abandoná-la. O pai era "*desconhecido*" (sic), a mãe de Gabriela costumava dizer que ela era filha de dois pais. O período de gestação teria ocorrido sem intercorrencias, Gabriela nasceu de parto normal, foi amamentada até os dois meses e apresentou desenvolvimento neuropsicomotor normal. A mãe dela residia numa pequena casa no mesmo quintal da avó e tinha outros cinco filhos, o mais novo contava quatro anos de idade, cada gestação correspondia a um pai diferente. A mãe engravidou de Gabriela aos quinze anos, ainda era usuária de drogas e necessitava ser "*vigiada para não voltar ao vício*" ; "*parece que ela tem um pensamento ruim dentro dela*"; "*não gosta da filha*"

(sic). A avó de Gabriela teve 11 filhos e havia seis vivos, sendo que duas filhas moravam com ela, trabalhava em casa de familia como empregada. Gabriela frequentemente envolvia-se em brigas na escola, na última delas foi agredida por um grupo de meninas e necessitou ser encaminhada para o hospital, ocasião em que não houve esclarecimento a respeito de quem iniciou a briga. Gabriela apresentava dificuldade de aprendizagem na escola, já havia repetido duas vezes, não conseguia acompanhar as matérias e não entendia as explicações dos professores. A avó se queixou do comportamento da neta em casa: "*ela mente, já fugiu quatro vezes de casa, chegou a ficar 15 dias fora, dormindo na rua ou com namoradinhos... nem sei como não pegou barriga*". Relatou ainda que Gabriela só saía com meninos e ela temia que a neta estivesse se envolvendo com más companhias. A adolescente fazia tratamento para sinusite e tinha dores de cabeça frequentes.

Tanto na entrevista inicial, quanto na seguinte, anterior ao ingresso no grupo terapêutico, Gabriela permaneceu calada durante todo o tempo, às vezes cabisbaixa, às vezes olhando para a avó ao seu lado acenando positivamente com a cabeça diante de seu relato. Olhava fixamente para os meus olhos, um olhar profundo que parecia conter um pedido de ajuda, o que sinalizava para mim abertura para se estabelecer um vínculo terapêutico.

2.3. Manejo

2.3.1. Discussão na equipe interdisciplinar

Na discussão do caso, a equipe decidiu pela imediata inclusão de Gabriela no CAPSi, por estar configurada uma situação de risco, sem amparo familiar. O projeto terapêutico de Gabriela consistiu em oferecer psicoterapia em grupo como um espaço de acolhimento e de escuta para a adolescente, além de um lugar de pertencimento. A Assistente social da equipe ficou encarregada de pesquisar recursos oferecidos pela comunidade local e investigar junto à Gabriela seus interesses e habilidades com o objetivo de encaminhá-la para cursos. A equipe

considerou interessante a participação dos familiares (mãe e/ou avó) em grupo de pais, entretanto a primeira recusava-se a tomar para si qualquer responsabilidade referente à sua filha e a avó não pode participar porque não obteve autorização de sua patroa para faltar meio período por semana, pois perderia o emprego de onde provinha o sustento da casa.

No atendimento à criança e ao adolescente a *situação ideal* seria a participação concomitante dos pais, pois sabemos que quanto mais nova a criança, maior a importancia dos pais na gênese dos sintomas apresentados pela criança, o paciente identificado. Entretanto, muitas vezes, a participação dos pais se torna improvável ou impossivel, como neste caso, em que a *situação real* se impõe e exige uma flexibilidade dos profissionais. Ainda que os familiares de Gabriela não pudessem fazer parte do tratamento, a adolescente, por estar a caminho de sua independencia e poder ir e vir ao serviço sem a necessidade de estar acompanhada, poderia se beneficiar das modalidades de atendimento ofertadas a ela e, simultaneamente, criar laços em ambientes em que pudesse ser aceita e reconhecida por suas qualidades, o que não estava ocorrendo nem em casa, nem na escola.

2.3.2. Atendimento individual com Assistente Social

A Assistente Social do serviço realizou intervenções periódicas com a adolescente, buscando descobrir talentos e interesses. Na primeira abordagem foi oferecida a participação num nucleo da comunidade que agrega crianças e jovens em situação de risco oferecendo-lhes reforço escolar e atividades de artesanato. Gabriela mostrou-se interessada, mas disse que sua mãe não a deixaria participar. A seguir foi estabelecido um contato com o núcleo da comunidade e a pessoa responsavel informou que Gabriela já havia frequentado o local há alguns meses atrás, porém o trabalho fora interrompido por ação de sua mãe biológica, a qual responsabilizava a profissional pelas fugas de sua filha, tendo realizado uma denuncia junto à Vara da Infancia. A avó e a mãe foram chamadas para esclarecer a situação, mas nenhuma delas compareceu ao serviço.

Em contatos posteriores com Gabriela, foi-lhe oferecido participar da orquestra do municipio e ela interessou-se prontamente, passando a frequentar o local com assiduidade, duas vezes por semana, no horário contrario da escola. O maestro da orquestra estava habituado a receber os pacientes do CAPSi e eventualmente entrava em contato conosco para informar a evolução dos adolescentes e/ou problemas de comportamento ou relacionamento vivenciados no grupo de alunos. Gabriela estava se saindo muito bem nas aulas, informou-nos o maestro.

2.3.3. Avaliação psiquiátrica

Um telefonema da avó de Gabriela ao serviço motivou o pedido de uma avaliação psiquiátrica: ela estaria muito agressiva em casa, batendo na criança pequena, gritando e ameaçando "*quebrar tudo*". Na consulta, Gabriela foi acompanhada de sua avó, a qual relatou o episodio de agressividade, a situação de rejeição vivida pela adolescente perante sua mãe biológica, os problemas escolares e de comportamento. O médico perguntou sobre o uso de drogas e ambas negaram, então receitou Acido Valpróico (anticonvulsivante e modulador de humor), que lhe provocou sonolência, fazendo-a desistir do tratamento medicamentoso.

2.3.4. Psicoterapia em grupo

Gabriela demonstrou sentir-se à vontade no grupo de adolescentes desde o inicio, expressando-se com liberdade e abertura para os relacionamentos e as atividades propostas. Na primeira sessão realizamos uma dinâmica de apresentação, em que duplas de adolescentes se conheciam por meio de uma entrevista.

Gabriela participou ativamente da atividade, estimulou a verbalização das meninas mais reservadas e manteve-se muito atenta aos meus comentarios e gestos.

A partir da quarta sessão, Gabriela passou a revelar maior cuidado com a aparência, utilizando alguma maquiagem e comentando sobre roupas da moda e estilos proprios da adolescencia feminina. Nas ocasiões em que relatava os habituais desentendimentos em casa, Gabriela descrevia cenas de violencia (física e verbal), o assédio de dois de seus cunhados e a indiferença de suas irmãs diante do fato: "*elas são mulher de malandro*". As adolescentes participantes do grupo aconselhavam Gabriela a se afastar dos cunhados e ela se mostrava receptiva aos comentários. Pude notar, então, a tentativa de Gabriela de discriminação em relação às suas irmãs e à mãe, buscando outras referencias de feminilidade.

O grupo tornou-se para Gabriela um importante espaço de acolhimento e pertencimento: para lá ela levava seus cadernos, mostrava os deveres e suas dificuldades para as colegas, ganhava roupas, aprendia a confeccionar bijuterias, festejava o seu aniversário com bolo e refrigerante (sua única comemoração naquele ano). Contava suas experiencias com meninos e também algumas estórias aparentemente fantasiosas sobre varios garotos que estariam apaixonados por ela. Frequentemente chegava com fome para os atendimentos, pois estudava pela manhã e tinha que vir direto da escola sem almoçar. Nossa primeira atitude, antes do inicio do grupo, era oferecer um lanche para Gabriela, momento com o qual ela já contava.

Numa sessão em que pintávamos um porta-jóias de madeira, Gabriela falou no grupo: "*ela é a nossa mãe!*", apontando em minha direção. Aquela fala, aparentemente descontextualizada, pois não estávamos falando sobre o relacionamento delas com suas mães ou algo similar, poderia dar a impressão de um momento psicótico, dada a sua concretude. Compreendi que se tratava de uma transferência maciça circunscrita ao *setting* grupal, a qual despertou em mim sentimentos contratransferenciais relacionados a cuidado e proteção.

2.4. Evolução e alta

Com o passar dos meses, Gabriela começou a descrever cenas de seu cotidiano, tanto em casa como na escola, em que se deparava com a frustração, sentia raiva, mas não partia necessariamente para a ação agressiva, demonstrando um reconhecimento de seus sentimentos e a sua nomeação e abrindo uma possibilidade de expressão mais voltada para a linguagem verbal do que para a atuação, o que sinalizava a sua evolução.

A adolescente estava iniciando namoro com um rapaz que estudava e trabalhava e, segundo seu relato, não estava envolvido com atitudes transgressoras, o que abria para Gabriela uma nova possibilidade de convivio e esperança.

O relato da avó confirmava a melhora da adolescente, tanto em casa como na escola: "*ela melhorou muito, não está mais agressiva, sabe conversar e está bem na escola".*

IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Concluida a descrição dos resultados/casos clínicos no capitulo IV, apresentaremos agora a análise e discussão dos mesmos. Para apresentarmos os resultados, estabelecemos dois eixos principais de análise: o funcionamento psíquico e o tratamento, conforme já explicitamos na parte metodológica.

Lembramos que, dentro do primeiro eixo, elegemos as seguintes categorias de análise: a) a rejeição e o abandono maternos; b) as falhas no processo de identificação feminina e c) a violencia intrafamiliar e seus efeitos. Para o segundo eixo, as categorias são: a) manejo e *placement*; b) a esperança contida na tendencia antissocial e c) a sobrevivencia da psicoterapeuta.

Estas categorias poderão evidenciar fatores determinantes na construção do psiquismo das pacientes, bem como o lugar ocupado pela instituição na dinâmica psíquica das mesmas, ao longo do tratamento. Cada categoria mencionada terá a informação sobre a origem dos dados que a sustentam, de acordo com a codificação detalhada anteriormente e reapresentada no quadro/legenda abaixo:

Legenda
EN= Relatos de entrevistas iniciais
AT= Relatos de atendimentos psicológicos
OB=Observações da pesquisadora e de outros técnicos
EP= Evolução descrita em prontuário
TC= Fenômenos transferenciais e contratransferenciais

1. Funcionamento psíquico

1.1. A rejeição e o abandono maternos

ERICA

"*Essa aí não tem jeito não*" (EN)

Distanciamento emocional (EN/OB)

Olhar e gestos expressando agressividade (EN/OB)

Consideração da maternidade como um fardo (EN)

Ausencia aos atendimentos da filha (EP)

Denegriu filha perante outras mães (OB)

Sentimentos de inadequação frente à mãe (AT)

Autoimagem depreciada (AT)

GABRIELA

“Você é filha de dois pais” (EN)

Rejeição da gestação e do bebê (EN)

Afastamento da criança do lar (EN)

Negligencia diante de situações de risco/violencia sexual (AT)

Reações destrutivas frente a iniciativas favoraveis (OB)

Consideração da maternidade como um fardo (EN)

Ausencia aos atendimentos da filha (EP)

Vivencias de rejeição relacionadas à mãe (AT)

Autoimagem depreciada (AT)

1.2. As falhas no processo de identificação feminina

ERICA

“*Ela é mulher de malandro*”(AT)

Vestimenta masculinizada (OB/EN)

Identificação com o masculino transgressor (EN/AT)

Desvalorização do feminino (AT/TC)

GABRIELA

"*Ela é mulher de malandro*"(AT)

Vestimenta masculinizada (OB/EN)

Identificação com o masculino transgressor (EN/AT)

Desvalorização do feminino (AT/TC)

1.3. A violencia intrafamiliar e seus efeitos

ERICA

"*Se eu não separar, eles se matam*" (AT)

Funcionar como anteparo entre os pais (AT)

Relatos de violencia intrafamiliar (EN/AT)

Pai dependente químico (EN)

Sentimentos de desamparo (AT/TC)

Atitudes heteroagressivas (AT/TC)

Fugas de casa (EN/OB)

GABRIELA

"*Lá em casa todo mundo briga de tapa*" (AT)

Mãe dependente química (EN)

Relatos de violencia intrafamiliar (EN/AT)

Sentimentos de desamparo (AT/TC)

Atitudes heteroagressivas (AT/TC)

Fugas de casa (EN/OB)

Situação de risco de violencia sexual (AT)

2. O Tratamento

2.1. Manejo e *Placement*

ERICA

“Com tanta briga em casa, nada muda” (AT)

Participação efetiva no grupo de pais (EP)

Adoção do serviço como referencia (OB/EP)

Adesão ao tratamento (OB/EP)

Acting-out na instituição (AT)

Manejo diferenciado (AT/EP)

GABRIELA

“Posso vim [sic] aqui todo dia?” (AT)

Adesão ao tratamento (OB/EP)

Adoção do serviço como referencia (OB/EP)

Experiencias de pertencimento grupal (AT)

Experiencias de acolhimento (AT)

Manejo diferenciado (AT/EP)

2.2. A esperança contida na tendencia antissocial

ERICA

“Eu fujo pra dar um tempo lá de casa” (AT)

O significado de roubar e mentir (AT)

O significado da fuga (AT)

As dificuldades de aprendizagem (EN/AT)

A expressão da agressividade [brigas em casa] (AT/OB)

GABRIELA

“Eu fujo mesmo, ninguém sente a minha falta” (AT)

O significado de roubar e mentir (AT)

O significado da fuga (AT)

As dificuldades de aprendizagem (EN/AT)

A expressão da agressividade [brigas em casa e na escola] (AT/OB)

2.3. A sobrevivencia da psicoterapeuta

ERICA

“Eu vou embora, não quero ajuda nenhuma” (EN/AT)

Diante da rejeição da psicoterapia (AT)

Frente ao *acting out* [mentiras no grupo, “fuga” do tratamento] (AT)

GABRIELA

“Ela é a nossa mãe” (AT)

Frente à transferência maciça (AT)

Frente ao *acting out* [mentiras no grupo] (AT)

1.O funcionamento psíquico

Neste momento descrevemos o significado de cada categoria, a partir de conceitos psicanalíticos e, a seguir, relacionamos estes significados ao material de cada um dos sujeitos da pesquisa e aos dados da literatura especializada. As categorias estão ilustradas com frases mencionadas durante o atendimento psicológico. Para finalizar, relacionamos os achados de nossa pesquisa nas considerações finais, resumindo-os na conclusão.

1.1. A rejeição e o abandono maternos

A ausencia ou a privação dos cuidados maternos (ou de um substituto da figura materna) acarreta adoecimento psíquico, o que já foi amplamente estudado por psicanalistas como Winnicott (1956b/2000) e Bolwby (1981).

Enfatizando a importância fundamental do relacionamento mãe-criança para o desenvolvimento psíquico desta, Spitz (1987, p.155), ao descrever as patologias das relações objetais, explica que na relação mãe-filho, a mãe é o parceiro ativo e dominante, assim, a mãe, *"...devido à sua personalidade, ela é levada a perturbar a relação normal que a mãe comumente teria com o bebê".* Dentre os padrões de comportamento materno prejudiciais ao desenvolvimento da criança estaria a rejeição. O autor apresenta dois tipos de rejeição materna: ativa e passiva, no primeiro caso, a atitude da mãe consiste numa rejeição global da maternidade, que inclui a gravidez, a criança e varios aspectos da sexualidade genital. No segundo caso, a rejeição materna não é dirigida contra a criança como individuo, mas ao fato de ser mãe, uma rejeição da maternidade, derivando daí uma hostilidade materna, que seria decorrente de sua história pessoal, conflitos e de seu relacionamento com o pai da criança.

1.1.1.Caso Erica

"*Essa aí não tem jeito não*"

Escolhemos essa frase emitida pela mãe de Erica para ilustrar esta categoria de análise, pois faz menção ao relacionamento mãe-filha, algo substancial para a compreensão do funcionamento psíquico de uma adolescente, de acordo com a fundamentação psicanalítica. A frase dita pela mãe de Erica revela o modo como se dirigiu à filha durante todo o atendimento no CAPSi. Desde a entrevista inicial, o olhar materno, suas palavras e gestos (especialmente a situação em que denegriu a filha perante outra mãe de adolescente pertencente ao grupo) revelaram agressividade, distanciamento afetivo e rejeição. A mãe de Erica demonstrou sentir-se cansada e sobrecarregada, a maternidade e os cuidados daí decorrentes pareciam a ela um enorme fardo a ser carregado. Ela parecia incapaz de fornecer um ambiente favorável que correspondesse às necessidades de sua filha adolescente, situação similar à descrita por Basaglia (2005) em sua pesquisa com mães de meninos agressivos.

Os achados da literatura especializada nos mostram que as adolescentes que cometeram ato infracional foram, em sua maioria, submetidas a frequentes experiencias de rejeição e afastamento do convívio com as genitoras, "*feito bolinhas de pingue-pongue*", para utilizar os termos de Assis e Constantino (2001). Na mesma direção, Dell'Aglio et al (2004) apontaram a ocorrência de sucessivas rupturas nas relações com os cuidadores e a fragilidade dos vínculos estabelecidos no decorrer do desenvolvimento das adolescentes, como fatores que facilitaram o ingresso na vida infracional.

Segundo Assis e Constantino (2001), um fator central para se compreender a entrada da adolescente no universo infracional é a vitimização emocional, caracterizada pela rejeição. Na pesquisa das autoras ficou evidente a rejeição materna nos adjetivos negativos utilizados ao descreverem suas filhas: desobedientes, implicantes, preguiçosas, moles, agressivas, descuidadas, chantagistas, incompetentes, irresponsáveis, impossíveis, safadas, atrevidas, interesseiras, nervosas, entre outros. Ressaltamos as palavras encontradas pela

mãe de Erica para descrevê-la: “*meio lenta para aprender... essa aí sempre me deu trabalho, não vai bem na escola, cabula aulas e anda com más companhias, mente o tempo todo...acho que ela não tem jeito não*”. Acrescentamos que a mãe de Erica falou mal de sua filha para a mãe de outra adolescente, que participava do mesmo grupo no CAPSi. Tais atitudes maternas, somadas à ausencia no tratamento da filha, sugerem uma rejeição significativa, corroborada por gestos e olhares predominantemente hostis, dirigidos à adolescente durante as entrevistas iniciais.

A relação problematica com a mãe é outro fator recorrente nas familias de adolescentes transgressoras (Assis e Constantino, 2001). A maioria das adolescentes apresenta sentimentos ambivalentes de amor e odio, proximidade e afastamento em relação à mãe. Assim, neste emaranhado de sentimentos opostos, experimentados pela dupla mãe e filha, também encontramos Erica e sua mãe. Nestas circunstâncias, como construir uma autoimagem positiva?

Durante a psicoterapia de Erica foi constante a experiencia de nos depararmos com uma autoimagem depreciada, Erica sentia que ninguém gostava dela, nem os colegas da escola, tampouco os professores. Em seus relacionamentos afetivos, pôde perceber, gradativamente, que se envolvia com rapazes ligados ao tráfico e uso de drogas, porque achava que só estes poderiam se interessar por ela. A presença constante da terapeuta, que a aguardava semanalmente para as sessões e telefonava quando ela faltava, revelando um interesse profundo pela sua historia, parece ter criado para Erica um lugar no qual suas questões pudessem ser apresentadas e discutidas, possibilitando uma oportunidade de modificar sua propria autoimagem.

A hostilidade da mãe de Erica tornou-se evidente a partir de atitudes, palavras e de seu olhar em direção à filha. Neste aspecto, Winnicott (1967b/1975) teceu importantes contribuições, explicando que no inicio da existencia, o bebê humano procura o olhar materno e o que vê nele é ele mesmo, constituindo-se esta a função de espelho da mãe, que irá refletir ao bebê a propria imagem. O autor relata que existem casos em que a mãe reflete o proprio humor dela ou a rigidez de suas defesas, situações em que o bebê não recebe de volta o que está dando, tendo como consequencias o bloqueio de sua capacidade criativa e a busca de outros meios para obter de volta algo de si, com o auxilio do ambiente.

As proposições de Winnicott (1967b/1975, p.161) sobre o papel de espelho da mãe e a sua analogia com o processo terapêutico: "*Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto."* possibilitou-nos refletir sobre a delicadeza de nossas intervenções terapeuticas neste caso.

Nossa adolescente escapou da psicose que poderia decorrer da carência total dos cuidados maternos, entretanto, evidencia-se uma carência parcial, o que caracteriza o estado emocional mais comumente encontrado nos casos que apresentam tendencia antissocial.

1.1.2. Caso Gabriela

"Você é filha de dois pais"

A rejeição materna tornou-se evidente no caso de Gabriela, pois a mãe a teria rejeitado desde a gestação, nunca tendo cuidado dela, deixando-a sob responsabilidade da avó, com o agravante de que ela cuidava de quatro filhos mais novos (um de cada pai, diferente do pai de Gabriela, residindo no mesmo quintal). Esta situação de ver cotidianamente sua mãe ocupar-se de seus irmãos mais novos e não dela, provocava uma reedição constante do sentimento de rejeição, temática recorrente na psicoterapia em grupo.

Entregar um filho para alguém cuidar pode ser caracterizado como abandono, entretanto, a noção de abandono pode ser ampliada, pois não só a criança separada de seus pais é abandonada, mas também aquela submetida a maus-tratos ou negligência ou não atendida em suas necessidades essenciais, como as afetivas por exemplo. Neste ponto, concordamos com Assis e Constantino (2001, p. 83), que a criança que sente insegurança na relação com a figura materna, em decorrencia de distanciamento afetivo e frequentes separações, é uma vítima de abandono.

Gabriela, ainda que tivesse vivenciado situações de rejeição e abandono maternos, pode contar com o apoio de figura materna substituta, a avó materna que

a criou. A existencia dessa figura que, em varios momentos, forneceu os cuidados necessarios à adolescente, parece ter possibilitado uma maior continência, situação diferente de meninas que cumpriam medidas socioeducativas, no caso do trabalho de Assis e Constantino, (2001) e Dell'Aglio et al (2004), que não tiveram a oportunidade de crescer num lar com a estabilidade mínima necessaria para o desenvolvimento sadio da personalidade.

A avó de Gabriela reiterava uma preocupação de que ela pudesse, em suas fugas e supostos relacionamentos sexuais, engravidar e repetir o destino de sua mãe. De um lado, a preocupação da avó seria pertinente, pois Gabriela pode ser considerada uma jovem em situação de risco para contrair doenças sexualmente transmissíveis e/ou engravidar. A gravidez precoce tende a ser vivida com angustia e bloqueios afetivos, podendo a gestação ser um produto de conflitos característicos da adolescencia, convertidos em atuações. (Aguirre, 1995)

Cassorla (2001) aponta que adolescentes em situação de vulnerabilidade costumam iniciar sua vida sexual muito precocemente, movidas por uma necessidade primordial de contato humano e não de sexo genital, um contato de pele (físico e afetivo) anterior ao amadurecimento da genitalidade, pois sua mente funcionaria como a de um bebê desprotegido que encontraria a fonte da felicidade e amparo em seu *namorado-"mãe"*, para utilizar os termos de Cassorla (id., p.133).

De outro lado, porém, as fantasias e temores da avó em relação ao futuro de Gabriela poderiam influenciá-la negativamente, pois como aponta Kaës (1998) em seus estudos sobre a transmissão do psiquismo entre gerações, os investimentos e os discursos de antecipação dos pais são projetados no filho, sendo preferencialmente transmitidos a doença, a vergonha e os aspectos reprimidos.

Naquele contexto familiar, em que a avó não pode exercer seu papel de avó porque precisa ser mãe e a mãe biológica funciona como uma irmã, como se estabeleceriam os laços de afiliação? Diante dessa destituição de papéis, como ficaria a identidade de Gabriela? Neste sentido, recordamos o modo de olhar fixamente de Gabriela na entrevista inicial e nas sessões de psicoterapia em grupo: estaria ela procurando um *modelo,* uma *figura*, com a qual pudesse identificar-se? E talvez também discriminar-se de sua mãe-irmã e de sua avó-mãe, possibilitando

delimitar um contorno para a formação de sua propria identidade, como pessoa e mulher?

1.2. As falhas no processo de identificação feminina

Freud (1931/1976) afirmou a importancia da relação da menina com a mãe, especialmente no período pré-edípico: movida pela desilusão da ausencia anatômica, a menina se afasta da mãe em busca do pai, mas a ela retorna para encontrar um modelo de identificação para a constituição de sua propria feminilidade.

A identificação, do ponto de vista psicanalítico, é um processo complexo no qual uma pessoa assimila um aspecto ou atributo de outra pessoa e a seguir transforma-se (total ou parcialmente), segundo esse modelo (Laplanche & Pontalis, 1986). No decorrer da vida, a pessoa desenvolve inúmeras identificações parciais, mecanismo que participa da constituição da personalidade. Freud (1923/1976, p.45), em “O Ego e o Id” afirma que “os efeitos das primeiras identificações efetuadas na mais primitiva infancia serão gerais e duradouros”.

Na adolescencia, o jovem se depara com um momento de crise, conforme assinalado por Aberastury e Knobel (1981), em que a busca do estabelecimento de uma identidade adulta passa por uma complexa rede de identificações e de escolhas objetais, marcadas por ambivalências e contradições.

Em seu estudo sobre a relação mãe e filha, Zalcberg (2003, p.36) pontua que “*Futuros desenvolvimentos da psicanálise indicarão como a menina, marcada pela falta de um símbolo específico para o seu sexo, espera de um outro, a começar pela mãe, que lhe forneça um.”.*

Nesta complexa rede de identificações, para as adolescentes do sexo feminino poderiam atuar as angustias referentes à reedição do complexo edípico, em especial a angustia de castração, cuja ameaça se associa ao medo de não ser amada (Emmanuelli e Azoulay, 2008).

A partir dos indicadores obtidos em nossa pesquisa sobre este aspecto poderemos questionar se, nos casos estudados, houve falhas no processo de identificação feminina.

1.2.1. Caso Erica

“Ela é mulher de malandro”:

Esta frase foi proferida por ambas as adolescentes, em contexto similar. Para auxiliar-nos na compreensão do sentido da frase, lançamos nosso olhar para a cultura popular, a qual identifica a figura da mulher do malandro como aquela que permanece com o seu parceiro mesmo que este não se responsabilize pelo sustento da familia e/ou seja violento. A letra do samba de Heitor dos Prazeres e Francisco Alves, ‘Mulher de malandro’ (1932) ilustra essa compreensão:

Mulher de malandro sabe ser,
Carinhosa de verdade
Ela vive com tanto prazer
Quanto mais apanha, a ele tem amizade,
(longe dele tem saudade)

Ela briga com o malandro
Enraivecida manda ele andar
Ele se aborrece e desaparece
Ela sente saudade, vai procurar,
(há um ditado muito certo: pancada de amor não dói)

Muitas vezes ela chora
Mas não despreza o amor que tem
Sempre apanhando e se lastimando
Perto do malandro se sente bem,
(êh! meu bem, o malandro também tem seu valor)

Erica nos disse esta frase quando descrevia constantes brigas entre o pai e a mãe, onde ocorriam agressões físicas e verbais. Certa vez, Erica e a mãe foram à Delegacia de Defesa da Mulher denunciar o pai pelas agressões, mas a mãe decidiu retirar a queixa e voltou a se relacionar com o pai, como já havia feito diversas

vezes. Ao nos relatar isto, Erica se referiu à mãe como mulher de malandro. Podemos deduzir, a partir do comentário e do contexto apontado, que Erica teria desenvolvido, com o seu primeiro modelo de identificação, sentimentos negativos em relação à condição de mulher.

Ao contar com um modelo feminino que não imprime valor a esta condição, como ficaria a sua feminilidade?. Como trilhar o caminho em direção a uma feminilidade bem integrada diante de tantas conotações negativas implícitas nos atos da mãe?

Em primeiro lugar, podemos hipotetizar que a transmissão do que é ser mulher, da feminilidade, ficará prejudicada para essa adolescente. De acordo com Freud (1931/1976; 1933/1976) a menina se separa da mãe com o auxílio da intervenção paterna, porém terá que retornar a ela para buscar a identificação com o feminino. Neste retorno, parece-nos que Erica se deparou com uma mãe ambivalente, que ora a protegia, ora a abandonava. Para McDougall (1987), a menina que busca o olhar de aprovação da mãe e não o encontra, vivencia a falta de um objeto interno detentor de uma representação narcísica de seu sexo e papel sexual, podendo vir a procurar a sua imagem no espelho dos outros.

Neste ponto nos deparamos com a segunda possivel consequencia da falha no processo de identificação feminina: Erica voltava-se para varios garotos de seu convivio em busca desse olhar de aprovação, envolvendo-se muitas vezes, em situações de risco, na companhia de jovens e adultos autores de infrações e delitos.

Envolvida em relacionamentos assimétricos e caracterizados por uma extrema dependencia, parece que esta jovem estaria buscando superar lacunas em seu desenvolvimento psíquico. Conforme constatado por Assis e Constantino (2001), a relação estabelecida pelas meninas infratoras com seus companheiros era bastante assimétrica, pois a eles era reservado um papel autoritário, similar ao relacionamento que a jovem tinha em sua familia de origem, derivando-se daí a convivencia no mesmo espaço e o envolvimento em situações de risco (tráfico ou roubos).

Uma terceira evidência da dificuldade neste processo de identificação com o feminino, poderia ser ilustrada pela chegada de Erica ao CAPSi: vestida como um menino e com uma postura defensiva, parecia indicar o quanto precisava se

proteger, correspondendo a uma espécie de armadura que escondia um certo temor e, ao mesmo tempo, uma curiosidade implícita em suas palavras: "*e aí... o que vai ser?"*

Ainda que se deparasse com dificuldades em aderir ao tratamento, Erica parecia permanecer no atendimento psicológico movida pela esperança de encontrar uma outra referencia do feminino. Após alguns meses em psicoterapia, a aparência masculinizada que Erica apresentava no inicio do atendimento foi se modificando, surgindo maior interesse por desenvolver atributos mais femininos, ligados ao corpo, cabelo e vestuário.

1.2.2. Gabriela

"Ela é mulher de malandro"

Gabriela relatava que os companheiros de suas irmãs direcionavam-lhe olhares e comentarios sedutores e embora as irmãs percebessem, não tomavam qualquer atitude, o que a levou a referir-se a elas como "mulheres de malandro". Em outra ocasião, Gabriela também utilizou a mesma frase, ao comentar que sua mãe tivera varios filhos de pais diferentes, os quais não assumiram as crianças. Quando perguntou à sua mãe quem seria seu pai, esta respondeu que ela teria dois pais, em atitude de aparente ironia que indicava o relacionamento sexual simultâneo com mais de um parceiro. Podemos deduzir, a partir do comentário e do contexto apontado, que Gabriela não só não dispunha de modelos femininos favorecedores de uma identificação positiva, como também não contava com o exemplo materno de atitudes de integridade ética.

Este tipo de ambiente familiar pouco reassegurador para o desenvolvimento dos processos identificatórios no qual Gabriela cresceu, tende a ser encontrado, de modo geral, nos casos de meninas infratoras, conforme os achados de Assis e Constantino (2001); Del'Aglio et al (2004), Vinet e Banares (2009).

Os relatos de Gabriela a respeito da atmosfera permissiva de sua casa, onde os cunhados a assediavam e suas irmãs permaneciam submissas e caladas,

descrevem um ambiente em que a lei estaria ausente, próximo a uma permissividade incestuosa, um tipo de violencia psicológica que deixaria seqüelas, em parte observado no estilo masculinizado apresentado pela adolescente no inicio do atendimento, bem como em seu comportamento agressivo na escola e na rua, que poderia sugerir a identificação com o agressor. Assis e Constantino (2001) apontaram, em sua pesquisa sobre o universo infracional feminino, a dificuldade na identificação com os papéis femininos, a qual teria como resultante a preferencia de algumas meninas pelas ruas em detrimento da casa, o surgimento de meninas com atitudes masculinizadas, a transformação do papel de mulher vítima em agressora.

Em sua pesquisa sobre os processos de identificação em adolescentes em situação de risco social e com manifestações de tendencia antissocial, Soldatelli (2007, p.165) observou diferenças quanto ao gênero, pois enquanto os meninos apresentaram falhas no processo de individuação, as meninas demonstraram *"...ter consolidado o processo de identificação primária, vivenciando mais efetivamente as questões relativas à problematica de identificação sexual, em concordância com o momento evolutivo da adolescencia."* No caso dos meninos que apresentam tendencia antissocial, as dificuldades no processo de identificação secundária se sobressaem, em decorrencia da ausencia real ou simbólica da figura paterna, conforme os achados de Sandri (2005).

Gabriela apresentava como queixa a presença de rompantes de agressividade direcionados a outras meninas, o que ocorria principalmente na escola. Em suas falas no grupo terapêutico, Gabriela indicava seus sentimentos em relação aos pares: "*elas não gostam de mim".* A adolescente provocava grupos de meninas e parecia não se importar com o risco que corria, tendo sido hospitalizada devido a uma das brigas. A nosso ver, ao mesmo tempo em que expandia seu comportamento agressivo do ambiente familiar para o ambiente escolar, manifestação comumente presente em crianças e adolescentes com tendencia antissocial (Winnicott, 1956a/1995), a adolescente parecia *depositar* sobre suas colegas sentimentos de raiva relacionados às figuras femininas.

No atendimento grupal, Gabriela mostrava-se sempre atenta às roupas, acessórios e maquiagens das outras meninas, assim como aos da terapeuta, recebendo como presentes das colegas alguns destes. Seu modo de se apresentar

e o aumento do cuidado com a aparência, no decorrer do atendimento, poderia sugerir que a adolescente encontrou, no ambiente grupal, novas referencias de feminilidade.

1.3.A violencia intrafamiliar e seus efeitos

A importância do grupo familiar para a constituição da subjetividade tem sido amplamente estudada pela psicanálise. A forma de organização da familia, a complexa rede de relacionamentos, os sentimentos e conflitos vivenciados podem propiciar experiencias de realização ou de fracasso, nestas a dinâmica da violencia pode estar incluída.

De acordo com Winnicott (1965/1997, p.27), o ser humano nasce com uma tendencia ao desenvolvimento, o qual *"...é uma função da herança de um processo de maturação e da acumulação de experiencias de vida; mas esse desenvolvimento só pode ocorrer num ambiente propiciador."* Esse ambiente é representado inicialmente pela mãe e, a seguir, pelo pai e outros membros da familia. Para cada fase do desenvolvimento da criança correspondem necessidades específicas que precisam ser atendidas no ambiente familiar e um ambiente aceitável pressupõe o tempo, de forma que a criança receba ajuda de alguém que se adapte de modo muito sensível, enquanto adquire a capacidade de usar a fantasia, acessar a realidade interna, o sonho, o brinquedo (Winnicott, 1966/1989). O autor assim conclui:

> Quer me parecer que frequentemente se pensa a familia em termos de uma estrutura mantida pelos pais como um quadro de referencias no qual as crianças podem viver e crescer. Considera-se a familia um lugar onde as crianças descobrem sentimentos de amor e odio, e onde elas podem esperar simpatia e tolerancia, assim como a exasperação que ocasionam (Winnicott, 1966/1989, p.110).

Quando a mãe e a familia como um todo não conseguem cumprir a sua missão de prover os cuidados e o afeto necessario à criança em desenvolvimento, pode ocorrer uma deprivação (*deprivation)*, situação na qual a criança perde a capacidade de ser afetiva, tornando-se "carente" e sinalizando a tendencia antissocial.

Os estudos sobre tendencia antissocial em crianças e adolescentes tem demonstrado a magnitude da influencia do grupo familiar no desencadeamento e manutenção dos sintomas, conforme já relatado na parte introdutória de nossa pesquisa.

A pesquisa desenvolvida por Assis e Constantino (2001) revelou a maior vulnerabilidade das jovens em conflito com a lei, marcada pela exclusão social, pela negligência e abandono da familia, da escola, da comunidade, pela intensidade da violencia que as vitimizou, pela dificuldade na introjeção de limites produzida pelas transformações dos valores morais que afetam as familias e a sociedade como um todo.

As diferentes formas de organização familiar estabelecidas na contemporaneidade não afetaram o lugar central do espaço intrafamiliar na constituição da subjetividade. Cabe à familia conter as angustias primitivas e possibilitar a constituição do mundo interno do sujeito, estabelecendo um processo contínuo de identificação e diferenciação (Passos & Polak, 2004).

1.3.1. Caso Erica

“Se eu não separar, eles se matam”

Os episodios de violencia física e psicológica entre os pais eram frequentes na casa de Erica, ela dizia que era chamada a intervir nas brigas por ambos os pais, colocando-se como um anteparo para evitar uma tragédia. As brigas ocorriam, geralmente, devido ao fato do pai chegar embriagado em casa, porém não se restringiam a esta situação. Erica passou a sua infancia e adolescencia testemunhando e participando de um estilo de relacionamento baseado na falta de diálogo, nas reações explosivas e na agressão mútua.

Considerando as diferenças de socialização no que se refere ao gênero, enquanto os meninos são menos submetidos ao controle social e mais estimulados a condutas competitivas, as meninas tendem a desenvolver mecanismos de proteção fortalecendo os vínculos de apego com os familiares e vizinhos, o que

ocasiona uma maior exposição a experiencias traumáticas/violentas no interior da familia, situação potencialmente desencadeante de adoecimento psíquico. (Emler & Reicher, 1995).

Nas familias em que a violencia é praticada pelo homem, seja contra sua companheira ou filhos, deparamo-nos com: a) o alcoolismo de 80% dos homens; b) os fortes impactos emocionais a que mulheres e crianças estão submetidas, gerando alterações de conduta; c) a enorme instabilidade emocional vivida pelos filhos diante da obrigação de tomar partido de um dos pais, entre outros efeitos. (Muszkat, 2005).

A adolescente Erica parecia aliar aos seus atos transgressores, sentimentos de tristeza, possivelmente relacionados a vivencias de perda ou abandono por parte de seus pais, na medida em que estes não puderam cumprir de forma apropriada suas funções de autoridade e proteção, deixando-a exposta, sistematicamente, a situações de violencia no ambiente familiar, quadro recorrente no grupo pesquisado por Vinet e Banares (2009).

1.3.2. Caso Gabriela

“Lá em casa todo mundo briga de tapa”

Na familia de Gabriela as brigas em que a força física era utilizada faziam parte de um cenário cotidiano, de tapas a socos e pontapés, que acompanhavam as sucessivas discussões entre a avó, a mãe, as irmãs/tias e Gabriela. Viviam na casa a avó, as filhas solteiras desta e Gabriela. No mesmo quintal residia a sua mãe biológica e os filhos. Os homens que figuravam no ambiente familiar eram os parceiros transitórios de suas irmãs. A ausencia total da figura paterna na vida da adolescente, aliada à convivencia num ambiente caótico, parece ter colaborado para o surgimento de sintomas de tendencia antissocial.

Winnicott (1966) ressalta ser fundamental que o adolescente possa se rebelar e viver a imaturidade propria daquele período e os pais precisam assumir a responsabilidade das funções parentais, caso contrário, o adolescente pode ser levado a desenvolver uma falsa maturidade. Para Aberastury e Salas (1984) os

adolescentes que não possuem uma figura parental capaz de estabelecer limites e interdições, podem sofrer de uma severidade doentia do superego, tendo o jovem que buscar dentro de si os limites que lhe faltaram no ambiente exterior.

Um ponto que se destaca na vivencia familiar de Gabriela é a ausencia de contornos definidos para o exercício das funções parentais. Conforme já analisamos na categoria anterior referente à rejeição materna, o ambiente familiar da adolescente carecia de muitos elementos fundamentais: a mãe, o pai, os limites, o estabelecimento dos papéis, além de conter elementos desfavoraveis relacionados à transmissão psíquica entre as gerações.

Tais características, somadas à situação de risco de violencia sexual, apontada por Gabriela quando comentou sobre o comportamento sedutor dos cunhados, vão ao encontro da descrição de familias que incluem violencia (física, sexual ou psicológica) em sua dinâmica. (Azevedo & Guerra, 1995 ; Ferrari & Vecina et al, 2002).

Contribuindo para elucidar a questão da transmissão entre gerações, Paiva e Gomes (2008, p.100) discutem o tema associado à violencia familiar, explicando, em concordância com outros autores como Kaës e Granjon, que o mecanismo de transmissão psíquica entre as gerações envolve uma dualidade, posto que de um lado está relacionado à noção de continuidade e evolução da pessoa na familia e na sociedade, de outro lado está relacionado a uma vertente patológica: "...*perdendo sua dimensão estruturante e tornando-se alienante da condição 'vir-a-ser', na medida que o individuo fica preso a uma pré-determinação anterior, advinda dos ancestrais, sem possibilidades criativas e inovadoras".*

2. O tratamento

2.1. Manejo e *Placement*

Winnicott (1956a/1995) afirmou que na tendencia antissocial o paciente apresenta um impulso que mobiliza o ambiente a cuidar dele "*A tendencia antissocial caracteriza-se por um elemento nela que compele o meio ambiente a ser importante.*" (p.130). Nestes casos, a psicoterapia torna-se uma intervenção complementar, pois o manejo (*manegement*) do ambiente ocupa o papel central na terapeutica, em virtude da extrema sensibilidade da criança ou adolescente às mudanças no meio ambiente, que precisa ser forte, continente e indestrutível em certos aspectos, para que ele possa expressar seus impulsos e se sentir seguro e confiante.

> O paciente, devido a impulsos inconscientes, obriga alguém a encarregar-se de cuidar dele. A tarefa do terapeuta é a de envolver-se com esse impulso inconsciente do paciente, e o trabalho é realizado em termos de manejo, tolerancia e compreensão (Winnicott, 1956a/1995, p. 409).

Winnicott (1956b/2000) afirmou que assim como à mãe, é importante que o psicoterapeuta perceba e se adapte aos varios tipos de cuidado que o paciente necessita, seja em certos momentos da psicoterapia ou na maior parte do tempo. Quando o paciente sofreu falhas da provisão ambiental (psicoses e deprivações), a técnica do manejo, derivada da concepção winnicottiana do cuidado materno, tornar-se-ia mais importante que o trabalho interpretativo, usual nas psiconeuroses.

Winnicott (1956a/1995) exemplifica a intervenção de manejo ao relatar um caso em que ele conhecia a mãe da criança, que foi procurá-lo pelo menino apresentar compulsão para roubar, em casa e em lojas. Ele explicou à mãe o significado do furto e sugeriu a ela uma conversa com o filho, dizendo-o que sabia que ao roubar, ele não estava querendo coisas, mas protestando contra os pais, por se sentir

privado do amor a que teria direito. A mãe seguiu as orientações, os furtos cessaram a partir desta conversa e ela pôde compreender o sofrimento de seu filho.

Com esta atitude original, Winnicott inaugura uma prática psicanalítica baseada no manejo do *setting,* fundamentada também em seu texto "Os objetivos do tratamento psicanalítico" (1962/1990), onde propõe duas alternativas no que se refere à abordagem terapeutica, ou se pratica a psicanálise nos padrões estabelecidos, ou se decide ser um psicanalista fazendo outra coisa, mais apropriada à situação. Tal situação é determinada pelo tipo de adoecimento e pelas necessidades psíquicas do paciente, a saber, aquelas que motivaram a interrupção no desenvolvimento emocional. Aqueles acometidos pela tendencia antissocial, no nosso caso, necessitariam de uma provisão ambiental firme e constante, sendo o manejo a tarefa predominante do terapeuta.

Safra (1995, p. 32) descreve as características do manejo:

. Fornecer um setting ao paciente para que ele possa estar tranqüilo e livre de invasões;

. Dar ao paciente o que ele necessita: não-intrusão pela interpretação, presença corporal atenta e sensível na pessoa do analista etc.;

. Aspectos de cuidado que só podem ser proporcionados pelo ambiente familiar e social.

Safra (2006a) contribuiu também para ampliar o conceito de *placement,* a partir das idéias winnicottianas, explicando que trata-se de uma modalidade de intervenção clínica cujas características ficaram parcialmente encobertas devido ao modo como a palavra foi traduzida, ora como alojamento, ora como colocação, ora como lugar, sendo dificil uma tradução correta de *placement*[9]: "*A tradução da palavra placement é problemática. Ela é derivada de place, cujo significado é lugar, dimensão fundamental na constituição do self e no processo de trabalho clínico."* (Safra, 2006, p.14).

Desta forma, discorre Safra (2006a,2006b), apoiado nas concepções winnicottianas, o conceito de *placement* estaria relacionado não somente a mudanças no ambiente (físico/ geográfico), mas à possibilidade do paciente

[9] Motivo pelo qual manteremos nesta tese o termo original em inglês.

encontrar um lugar no outro, lugar de referencia para ressignificar experiencias originais.

O *placement* surgiu na obra winnicottiana inicialmente associado ao manejo, em seus artigos 'Tratamento em regime residencial para crianças difíceis' (Winnicott, 1947a/1995) e 'Alojamentos para crianças em tempo de guerra e em tempo de paz' (Winnicott, 1948/1995), nos quais o autor descreve a sua experiencia como consultor em alojamentos para crianças evacuadas de Londres na 2ª.Guerra Mundial. No primeiro texto o autor afirma que as crianças difíceis provinham de lares insatisfatórios ou em perigo de dissolução e precisariam "*menos de substitutos para seus proprios lares do que de experiencias de um lar primário que fossem satisfatórias"* (Winnicott, 1947a/1995, p.62), entendendo estas experiencias de lar primário como "*um ambiente [humano e físico] adaptado às necessidades especiais da criança, sem o que não podem ser estabelecidos os alicerces da saúde mental*.". Portanto, neste ambiente a criança precisa encontrar alguém que proporcione suas satisfações instintivas, uma pessoa a quem possa amar e odiar (derivando daí as experiencias de culpa e reparação) e expressar a agressão num ambiente indestrutível.

No segundo texto, Winnicott (1948/1995, p.78) pontua que, em tempos de paz, aquelas crianças podem ser classificadas em duas categorias: em primeiro lugar aquelas cujos lares foram inexistentes ou cujos pais não conseguiram proporcionar as bases para o desenvolvimento delas e em segundo lugar aquelas que tinham um lar, mas com um pai ou mãe mentalmente doente: "*Digamos que o que essas crianças precisam é de estabilidade ambiental, cuidados individuais e continuidade desses cuidados."*

Compreendemos então, que *placement* na intervenção clínica estaria relacionado à tomada de responsabilidade, por parte do terapeuta, de fornecer um lugar (ambiente geográfico e humano) ao paciente que corresponderia a um 'lar primário' no que se refere ao atendimento de suas necessidades psíquicas, promovendo um cuidado baseado na continuidade e na confiança. Neste sentido, para além do lugar geográfico, *placement* também se refere à oferta de um lugar psíquico, ou seja, a possibilidade do analista construir, junto com o paciente e a partir de um novo

modelo de relacionamento, uma situação em que este possa se reencontrar, se reconhecer e ressignificar experiencias.

Tanto as intervenções de manejo quanto de *placement* podem ser vistas como manifestações de uma flexibilidade com relação à técnica psicanalítica clássica, ou situações em que se é um psicanalista fazendo outra coisa (Winnicott, 1962/1990). Esta flexibilidade expressa a adaptação do terapeuta à demanda singular do paciente por meio de um atendimento personalizado, que leva em conta, em primeiro plano, as necessidades daquele que sofre e, em segundo plano, a ampliação da inclusão do ambiente na compreensão e tratamento dos disturbios psíquicos.

2.1. 1.Caso Erica

“Com tanta briga em casa, nada muda...”

Com relação ao manejo do ambiente, quando recebemos a paciente Erica no CAPSi logo percebemos a necessidade de inserir a familia no projeto terapêutico. A participação do pai no grupo de orientação e sua posterior inserção em instituição para tratamento do alcoolismo foram essenciais para obtermos resultados favoráveis, principalmente no tocante à melhora da qualidade das relações familiares, com a redução das brigas, o que parece ter tido um efeito reassegurador para a adolescente.

A participação efetiva do pai de Erica no grupo de pais colaborou para que ela se sentisse amparada e favoreceu uma maior aproximação entre eles, já que o pai a levava ao CAPSi e eles conversavam muito durante o trajeto de casa à instituição, conforme relatado por ambos. De fato, quando o pai passou a reassumir as suas funções, Erica se mostrou mais tranqüila para começar a falar sobre as suas proprias demandas, deixando em segundo plano as desavenças familiares, demonstrando a pertinência dos construtos teóricos de Winnicott (1966/1997) sobre

a possibilidade do adolescente manifestar-se de forma espontanea quando os pais assumem as suas responsabilidades.

Infelizmente, a mãe de Erica não teve a mesma adesão ao tratamento, possivelmente em decorrencia de dificuldades externas (necessidade de fazer horas extras para suprir as despesas domésticas diante do desemprego do marido) e internas (impossibilidade de se apropriar de suas proprias demandas).

Um aspecto que consideramos como pertencente à modalidade de *placement* foi a mudança do atendimento psicológico grupal para o individual. Lembramos aqui que as atitudes de Erica no grupo terapêutico (mentiras e hostilidade com as colegas e com a terapeuta) culminaram em sua saída e no remanejamento do projeto terapêutico para a psicoterapia individual. Possivelmente o grupo teria funcionado como um lugar seguro em que Erica pôde dramatizar seus aspectos destrutivos, pois, como assinalou Winnicott (1956a/1995), o individuo com tendencia antissocial procura um ambiente de maior segurança que suporte as tensões decorrentes do comportamento impulsivo e, ao encontrar este ambiente, tende a atuar no sentido de destruí-lo e/ou testar a sua força.

Vivenciar as atuações de Erica no espaço grupal e constatar a dificuldade da terapeuta em lidar com isto, proporcionou outras reflexões. Em primeiro lugar destacamos o surgimento de manifestações da tendencia antissocial no espaço grupal, algo que ocorre com os meninos menores, os quais, muitas vezes, se comportam de uma determinada forma frente a um adulto (na psicoterapia individual, por exemplo) e de outra, muito mais agressiva e opositora, em ambientes mais amplos cercados pelos pares (a escola, o grupo terapêutico).

Em segundo lugar, nos tornamos mais criteriosos nas entrevistas iniciais para o ingresso na psicoterapia em grupo, evitando incluir num mesmo grupo duas ou mais adolescentes que apresentem a tendencia antissocial como principal problema a ser tratado, favorecendo a formação de grupos heterogêneos quanto ao quadro clínico.

2.1.2. Caso Gabriela

“Posso vim [sic] aqui todo dia?”

Esta frase dita por Gabriela ilustra como ela se vinculou rapidamente ao serviço e à terapeuta, introduzindo como parte de sua rotina, suas idas à instituição e comentando, seguidamente, como ficava ansiosa pela chegada das quartas-feiras. Seu pedido de ampliar o tempo de permanência na instituição foi escutado, entretanto, consideramos que seria mais apropriado que a adolescente passasse a transitar também em outros espaços, não caracterizados como de tratamento, daí o seu encaminhamento para a Assistente Social visando pesquisar interesses e potencialidades.

Durante o tratamento de Gabriela, como estrategias de manejo, foram realizadas varias tentativas de inserir os familiares, porém sem sucesso. Percebemos que a nossa insistencia poderia incrementar a desconfiança de sua mãe biológica, correndo-se o risco de que esta interrompesse o seguimento de nosso trabalho, o que ela já havia feito em outra ocasião, na entidade social local.

O CAPSi tornou-se um lugar de referencia para Gabriela, notamos que o espaço do serviço era cada vez mais ocupado por ela, visto que chegava antecipadamente para o atendimento, se alimentava, era atendida e permanecia ainda por algum tempo, resistente em voltar para casa. Comparecia a todos os eventos e comemorações do serviço, participando ativamente e oferecendo-se para cuidar das crianças pequenas durante as festas. Gabriela pode então, à sua maneira, permanecer mais tempo na instituição, como desejava. Ela cumprimentava a todos os funcionários alegremente, chamando-os pelo nome e contando algum acontecimento de seu cotidiano, indicando, provavelmente, uma tentativa de torná-los ‘familiares’.

No grupo terapêutico, trazia seus cadernos e mostrava-os às colegas, apontando eventuais dificuldades de compreensão dos conteúdos e solicitando ajuda. No dia de seu aniversário, a comemoração ocorreu na sessão grupal, por iniciativa das colegas, com bolo, doce e refrigerante e aquela teria sido a sua única comemoração do aniversário. Estabeleceu-se para Gabriela um lugar de pertencimento, o que pode ser compreendido como uma intervenção da modalidade *placement.*

Quando pensamos no engajamento de Gabriela ao grupo terapêutico, deduzimos que o grupo teria sido um lugar para acolher a necessidade de agrupamento, intensificada na adolescencia, além de proporcionar novos modelos de identificação, conforme assinala Zimerman (2004, p.390): *"...tenho a convicção que a pessoa real do grupoterapeuta, por si só, igualmente se constitui em um importante agente terapêutico, levando em conta que ele também desempenha o papel de um novo e importantíssimo modelo de identificação."*

2.2. A esperança contida na tendencia antissocial

Neste item de nossa análise, discutiremos os sintomas manifestados pelas adolescentes procurando inferir o sentido destes, utilizando o material obtido nos atendimentos e as contribuições teóricas associadas ao tema.

Para Winnicott (1956a/1995), quando a criança apresenta os sintomas da tendencia antissocial, agitando, testando o ambiente e convocando alguém que suporte seus impulsos agressivos, ela está apresentando um pedido de ajuda que contém esperança. Quando as condições são favoraveis, tanto ambientais quanto psíquicas da criança, esta poderá *"...encontrar e amar uma pessoa, em vez de continuar a busca através de reivindicações dirigidas a objetos substitutos que perderam todo o seu valor simbólico."* (p.136).

As pessoas envolvidas com o tratamento da tendencia antissocial, sejam terapeutas ou outros cuidadores, devem estar preparados para compreender os impulsos da criança (destrutividade, roubo, mentira) e suportá-los, sem revidar, pois a estabilidade do ambiente é parte essencial da terapeutica da criança ou adolescente com tendencia antissocial.

Neste sentido, Maia (2007, p.123) ressalta que a agressividade da criança antissocial pode ser uma estratégia de sobrevivencia e um sinal de esperança:

> Acreditamos que o ato agressivo seja a tentativa de um recomeço, já que significa uma busca, uma tentativa de encontro para a vida ser digna de ser vivida mais uma vez, mesmo que com marcas.

2.2.1.Caso Erica

“Eu fujo pra dar um tempo lá de casa”

Erica fugiu varias vezes de casa, sem dar explicações aos seus pais quando retornava. Dizia que estava na casa de uma amiga, onde dormia uma ou duas noites. Durante a psicoterapia, tivemos oportunidade de conversar sobre o assunto, ocasião em que Erica explicou que precisava fugir para se distanciar dos conflitos, das brigas frequentes entre seus pais, ela precisava estar em ‘outro lugar’. Assim, inferimos que as fugas poderiam representar tentativas de rompimento com a sua família, em busca de um desligamento do ambiente estressante e uma forma de manter os pais unidos na preocupação de encontrá-la.

A fuga, ruptura do adolescente com seu contexto familiar ou institucional, constitui-se numa partida impulsiva e brutal, geralmente solitaria, de tempo limitado e sem um objetivo preciso, que ocorre diante de uma atmosfera de conflito, que assume uma significação intrapsíquica para o adolescente e seu meio, conforme descrito por Marcelli e Braconnier (2007).

Dois furtos foram relatados: o dinheiro da amiga e a loja de roupas femininas. Podemos pensar aqui, inspirados em Winnicott (1956a/1995), que Erica furtou dinheiro de uma amiga e confidente, pessoa de sua confiança, a qual poderia estar, no campo da fantasia, substituindo a mãe, sobre a qual teria direitos e poderia reivindicar afeto. A atitude conivente de seu pai demonstra o quanto ele não pôde ser firme com a adolescente, ao contrario, tomou parte do produto do furto para si, revelando indulgência e fracasso em sua função paterna como representante da lei (Aberastury & Salas, 1984).

Erica também se envolveu num roubo a uma loja de roupas femininas, acompanhando uma amiga que já havia furtado em outras ocasiões. Ela nos disse, em terapia, que não sabia por que tinha aceitado participar do plano de sua amiga. Pensamos que não teria sido por acaso que Erica roubou artigos de uma loja

feminina e levantamos algumas questões: estaria materializando, de um modo transgressor, a sua busca por referencias de feminilidade? Ou nossa ajuda estaria sendo tardia, pois a adolescente já estaria a caminho da delinquencia, em razão de uma tendencia antissocial não tratada, conforme os pressupostos de Winnicott (1956a/1995)?

Da mesma forma que o furto, a mentira não parecia causar pesar à adolescente. Erica mentia para obter o que queria, mentia aos pais sistematicamente, dizendo que iria para a escola, mas, na verdade, ia até o portão e não entrava. Nas sessões, Erica dizia que não conseguia ficar na escola porque tinha dificuldade de aprendizagem (que advinha desde a infancia) e considerava a escola um ambiente hostil, seja pela indiferença dos professores em relação a ela, seja pela dificuldade em se relacionar com os pares. A literatura especializada refere que a dificuldade de aprendizagem geralmente encontra-se associada à tendencia antissocial e Maia (2007) apresenta a sua compreensão a respeito, afirmando que ocorre, nestes casos, um estreitamento do espaço potencial e, consequentemente, da criatividade e da cultura. A autora ressalta que as crianças com serios problemas de aprendizagem e comportamentos antissociais não estruturaram de forma satisfatória o que Winnicott (1953/1975) denominou de area transicional, na qual ocorre a primeira possibilidade de um símbolo, o objeto transicional. Assim sendo, quando mudam de estrutura cognitiva, da sensóriomotora para a simbólica e desta para a operatória, fica um hiato entre a representação do mundo e a operatividade no mundo. Diante de situações que revivem a sensação de inadequação e de perda, regressivamente a representação do mundo se torna hostil e incompreensível, assim como a operatividade no mundo regride para a atuação, onde poderíamos marcar como um retorno ao movimento motor como forma de expressão de seus pensamentos e sentimentos.

Outra manifestação de Erica que estaria sinalizando o incremento da rebeldia adolescente foi quando se negou a tomar o medicamento prescrito pelo psiquiatra, argumentando que não queria ‘se acalmar’. Compreendemos que a atitude de aparente rebeldia da jovem poderia estar sinalizando, por outro lado, um esforço em não recuar, em não silenciar seu grito de socorro diante de um sofrimento. Deste

modo, coube aos cuidadores reconhecer o seu gesto como uma "*expressão de esperança*" (Winnicott, 1956a/1995, p.130) e não desperdiçar a oportunidade.

2.2.2. Caso Gabriela

"Eu fujo mesmo...ninguém sente a minha falta"

As fugas de Gabriela pareciam sinalizar, da mesma forma que para Erica, a necessidade de se distanciar do ambiente estressor de sua casa, ao mesmo tempo o desejo de chamar a atenção para si, de ser vista e reconhecida como uma pessoa que merecia atenção e cuidados. Gabriela fugia para a casa de amigas e conhecidas, parecia buscar diferentes configurações familiares nas quais os limites pudessem ser mais nítidos. Marcelli e Braconnier (2007) apontam os fatores associados à fuga: fracasso e dificuldades escolares, conflitos e violencia familiares, antecedentes de sevícias e abusos sexuais, sinais depressivos e queixas somáticas, além de tentativas de suicídio.

Gabriela também mentia muito, inventava histórias de jovens que se apaixonavam por ela e a pediam em casamento. Estas histórias eram recorrentes no grupo terapêutico e, de tão exageradas, causavam nas colegas desconfiança de sua veracidade. A cada semana ela trazia uma nova situação, com cenas de declarações de amor e promessas de um envolvimento futuro. As mentiras de Gabriela pareciam indicar a presença de um fértil campo imaginativo, em que o desejo de ser amada se realizava continuamente. Como terapeuta, optamos por não efetuar intervenções que a colocassem em contato com a fragilidade de suas mentiras, pois consideramos que haveria um benefício terapêutico decorrente da explicitação de suas fantasias, posto que o grupo estaria funcionando como um espaço transicional por meio da criação de uma zona imaginária onde o real pudesse ser manipulado ao mesmo tempo em que predomina um sentimento de ilusão e onipotência, fenômeno assinalado por Zimermann (2001).

Uma compreensão semelhante à nossa, a respeito de mentiras extravagantes contadas por pacientes, encontramos na obra de Alvarez (1994, p.185), psicanalista que se ocupou de crianças autistas, borderlines, carentes e maltratadas:

> O que estou sugerindo é que certas fantasias de vaidade e pretensão aparentemente muito prazerosas e grandiosas, e inclusive mentiras e manipulações, podem conter uma semente de esperança de tipo experimental e comedido. Isto pode requerer uma contenção receptiva por parte do terapeuta, que não precisa implicar um conluio com a mentira ou a traição da verdade.

Já quando furtava pequenos objetos na escola, sem poder admitir, podemos interpretar que Gabriela estaria reivindicando o tempo e o interesse das pessoas (Winnicott, 1963/1995), pois em sua história, ela enfrentou a triste realidade de não poder dispor do afeto que lhe era devido por parte de sua mãe.

A partir do primeiro fracasso dos cuidados maternos, Gabriela se deparou com outros fracassos ambientais: a ausencia paterna e as falhas de organização familiar, elementos que parecem ter-lhe causado uma falta de continência e de segurança. Diante de tal situação, Gabriela lançou mão da destrutividade (brigas em casa e na escola) para provocar como efeito uma administração forte, fenômeno que se encontra na gênese da tendencia antissocial (Winnicott, 1956a/1995).

2.3. A sobrevivencia da psicoterapeuta

Neste item consideramos os fenômenos transferenciais e contratransferenciais que se destacaram no atendimento das pacientes, em razão de sua intensidade, utilizando-nos como base para análise as contribuições winnicottianas e as de outros psicanalistas.

Em seu artigo ‘O odio na contratransferência’, Winnicott (1947b/2000) afirma que na análise de pacientes psicóticos ou antissociais o analista necessita ter uma nítida consciência da contratransferência, sendo capaz de detectar suas reações objetivas ao paciente, principalmente o odio. Nestes pacientes, continua o autor, amor e odio são sentimentos coincidentes e assim o paciente imagina que o analista só pode relacionar-se com ele a partir dessa perigosa união de amor e odio. O

trabalho do analista consiste em tolerar os sentimentos rudes que lhe são atribuídos, entretanto não pode negar o odio que sente e que é proprio da situação presente, devendo guardá-lo, para que o material contratransferencial possa ser utilizado no momento apropriado. Esta habilidade exigida do analista requer que este tenha se libertado de grande quantidade de odio inconsciente proveniente de seus proprios conflitos, por meio da análise pessoal.

Alvarez (1994) ressalta que as crianças que passaram por experiencias de intrusão que danificaram a mente e o corpo, como as de abuso sexual, violência ou negligencia, podem vivenciar desespero e ceticismo profundos. O psicoterapeuta que trata dessas crianças deve ser capaz de *"...ficar suficientemente perturbado para sentir pelo paciente e, ao mesmo tempo, ser suficientemente sadio para pensar com ele*" (p.4), até que o ego do paciente, seu *self* pensante, se desenvolva de modo a fazê-lo por si só. Esta autora afirma ser fundamentais a escuta receptiva e a atitude firme, para que o psicoterapeuta possa lidar com a necessidade de fazer com o profissional aquilo que a criança sentiu ter-lhe sido feito no passado.

2.3.1. Caso Erica

"Eu vou embora, não quero ajuda nenhuma"

No inicio dos atendimentos de Erica vivenciamos a sua nítida rejeição ao tratamento, ela se colocava como alguém que não precisava de ajuda e não sabia o que estava fazendo na instituição. Ao mesmo tempo, aceitou participar de uma sessão de psicoterapia grupal, a nosso convite, revelando uma alguma possibilidade de abertura para o vínculo, ainda que incipiente. Provavelmente, o fato de a equipe ter considerado que a familia necessitava de cuidados, além de Erica, possibilitou a ela sair do lugar de paciente identificada e sentir-se reconhecida como alguém que fez um pedido que estava sendo ouvido.

A situação de impasse vivenciada no grupo, a partir das atuações da adolescente (dentro e fora do grupo) promoveu reflexões. Em primeiro lugar pensamos que a atuação de Erica era também antissocial no grupo e pudemos entender que existia nela um chamado para um cuidado que ela não estava recebendo, decorrendo daí o manejo para a psicoterapia individual. A indicação de psicoterapia em grupo pode ter sido precoce, pois suas atitudes estariam sinalizando que ela não estaria pronta para se beneficiar do espaço grupal porque ainda precisava de uma atenção individual para si, suas necessidades apontavam para uma relação pessoal com alguém com quem pudesse se identificar e que se ocupasse exclusivamente dela, em analogia ao estado materno inicial de devoção (Winnicott, 1956b/2000) para, posteriormente, ser incluída num espaço grupal.

Uma situação de intensa experiencia contratransferencial ocorreu quando Erica começou a relatar sua preferencia em namorar meninos inseridos em atividades ilícitas como roubo, consumo e tráfico de drogas. Ela dizia "*eu gosto deles, do jeito que eles falam...",* enquanto demonstrava entusiasmo e até euforia em seus relatos, convidando-nos a compartilhar, na medida em que decifrava o vocabulário específico deles. Naquele momento, uma experiencia de tristeza e vazio passou a entrar em cena em nossa mente, à qual buscávamos decifrar. Decidimos comunicar à paciente a impressão de que algo em sua fala e em seus gestos colocava em dúvida o seu real interesse por aqueles meninos. Erica nos diz, com expressão de tristeza: "*só estes caras se interessam por mim."*

Surge um momento depressivo no processo terapêutico, paralelo a um insight de Erica, que deixa transparecer a sua baixa auto-estima. Safra (1995) explica que a compreensão do dinamismo transferência-contratransferência favorece a ocorrencia de momentos de *insight*, que podem se tornar mutativos no processo psicanalítico.

2.3.2. Caso Gabriela

"Ela é a nossa mãe"

Esta frase foi dita por Gabriela durante uma sessão grupal em que nos ocupávamos da pintura de um porta-jóias de madeira. Foi uma fala de grande impacto, tanto para as colegas quanto para a terapeuta. As meninas permaneceram

em silêncio e no interior da terapeuta ocorreu o despertar de sentimentos contratransferenciais relacionados a cuidado e proteção. Respondemos a ela com um sorriso, pois não havia necessidade de negar a sua afirmativa mostrando-lhe a realidade, nem tampouco concordar. Os sentimentos (podemos dizer maternais) contratransferenciais presentes naquela situação remetem-nos ao nosso primeiro encontro, na consulta de acolhimento, quando nos deparamos com o olhar expressivo de Gabriela, que nos pareceu um pedido de ajuda. Parece que lá no inicio, a adolescente já nos mostrava a sua busca por cuidado e proteção.

Gabriela sabia que a terapeuta não era a sua mãe, nem a mãe de todas. O aparecimento deste gesto espontâneo no *setting* grupal foi possivel devido ao fato do grupo funcionar como um espaço transicional que não correspondia à realidade interna, nem à externa, mas proporcionava uma experiencia de ilusão, necessária para ela naquele momento. Assim, colocamo-nos em sua companhia, aceitando e suportando a força do dinamismo transferência-contratransferência, sem deixar de ocupar o lugar que nos era imposto.

VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nosso estudo sobre a manifestação da tendência antissocial em meninas encontramos semelhanças com os meninos quanto aos aspectos etiológicos, como a negligência e a violencia no ambiente familiar e as prováveis experiencias de deprivação, que concorrem para o aparecimento de comportamentos antissociais, bem como as dificuldades de aprendizagem.

Quanto às especificidades do aparecimento da tendencia antissocial no sexo feminino, podemos citar o aparecimento posterior, na adolescencia, o que estaria relacionado, em primeiro lugar, às experiencias psíquicas proprias deste período, favorecedoras da passagem ao ato (*acting-out*) de vivencias e ao aparecimento de comportamentos violentos, tanto de natureza hetero quanto autodestrutivos (Cardoso, 2001) e, em segundo lugar, ao reviver de experiencias edípicas (Emmanuely & Azoulay, 2008). Tais experiencias, para a menina, reeditam o relacionamento primitivo com a figura materna, o qual, no nosso caso, parece remeter a vivencias de rejeição e abandono, que se atualizam no dificil relacionamento com a figura materna nesta fase da vida.

A menina, ao buscar na mãe referencias para a sua identificação, depara-se com uma figura que não favorece o processo de identificação com o feminino, posto que a hostiliza, situação que tende a mobilizar sentimentos de desamparo. Diante disto, a adolescente, vivenciando a angustia de perda de amor do objeto, característica da fase primitiva edípica, pode experimentar ainda, a reedição de fantasmas primitivos de agressão ao corpo da mãe e, ao temer a retaliação em decorrencia da severidade do superego, afasta-se, caracterizando uma relação ambivalente de amor e odio. Este modelo de relação ambivalente assemelha-se ao movimento de distanciamento e proximidade das mães em relação às filhas, comumente

demonstrado nos estudos sobre meninas que cometeram atos infracionais, predispondo-as ao ingresso numa cadeia transgeracional de abandonos (Assis & Constantino, 2001).

As falhas no processo de identificação com o feminino parecem ser o eixo principal, para onde convergem a rejeição e o abandono maternos e a violencia intrafamiliar, as últimas favorecendo o desencadeamento da primeira. As falhas no processo de identificação parecem provocar o surgimento de atitudes masculinizadas, seja quanto à aparência ou identificação com o agressor (Assis e Constantino, 2001), seja quanto à saída do conflito pela via da agressão, processo característico dos meninos com tendencia antissocial (Souza, 2007).

O surgimento mais tardio nas meninas dos comportamentos antissociais pode decorrer do maior tempo de permanência no ambiente familiar, aspecto cultural relacionado ao gênero feminino, situação que expõe a menina a variadas modalidades de violencia (física, psicológica, sexual), o que tende a desencadear transtornos mentais na vida adulta (Vinet e Banares, 2009).

Os sintomas propriamente ditos, no nosso caso mentir, cabular aulas e fugir, mais largamente encontrados em meninas do que em meninos (A.P.A.,1995), foram interpretados como tentativas de buscar no ambiente o afeto materno que lhes foi retirado e sobre o qual tinha direitos (mentir e furtar geralmente associados), ou a ruptura com atmosferas ambientais saturadas de experiencias estressoras (cabular aulas e fugir de casa).

Quanto ao tratamento na instituição, destacamos a importância do manejo, que podemos dividir em dois tipos: o manejo do ambiente e o manejo do *setting* terapêutico.

O manejo do ambiente caracterizou-se, em nossa pesquisa, como a elaboração de um projeto terapêutico individual em que variadas modalidades de atendimento foram disponibilizadas às adolescentes e a inclusão dos familiares no tratamento (no caso Erica), além da abordagem intersetorial, faceta da clínica ampliada, que possibilitou o encaminhamento para locais de inserção sócio-comunitária diferenciados do ambiente de tratamento (no caso Gabriela). Tais intervenções parecem ter sido decisivas para o alcance dos resultados obtidos no tratamento, os

quais não seriam tão eficazes caso se restringisse a uma psicoterapia individual, em acordo com os pressupostos de Winnicott (1956a/1995) para o tratamento da tendencia antissocial.

O manejo do *setting* terapêutico correspondeu à adaptação da terapeuta às demandas específicas de cada adolescente, em outras palavras, a terapeuta pôde criar uma atitude de disponibilidade e abertura que favoreceu o encontro com as necessidades das pacientes e, na medida do possivel, o atendimento destas. Importante ressaltar que o trabalho em instituição com pacientes graves exige que o profissional repense a questão do *setting* terapêutico e sua equivocada equivalência com o ambiente físico, pois naquele local faz-se psicoterapia nas mais variadas situações, afinal, "*o 'setting' é primordialmente configurado pela situação emocional oferecida pelo psicoterapeuta e, sendo parte integrante deste, pode ser levado a todos os lugares"* (Frasson, 2005, p.211).

E quando pensamos em lugares lembramos a importância do conceito de *placement,* desenvolvido na atualidade por Safra (2006a,2006b), que contribuiu para a compreensão da instituição como um lugar de pertencimento, fundamental para a evolução clínica das adolescentes participantes desta pesquisa, além de configurar-se como uma modalidade terapeutica capaz de auxiliar na fundação de um lugar psíquico, por meio das experiencias transferenciais e contratransferenciais experimentadas na situação terapeutica.

Destacamos que, no tratamento da tendencia antissocial na instituição, os fenômenos contratransferenciais, pela sua característica primitiva e, portanto, rude (Winnicott, 1947b/2000) requer o preparo e amadurecimento do terapeuta. Um fator que pode favorecer a evolução positiva dos casos atendidos pode ser a dissolução do impacto contratransferencial em outros profissionais da equipe, os quais, no exercício de sua função profissional, podem vir a representar diferentes papéis, como figuras paternas, maternas e fraternas, contribuindo, assim, para que o trabalho especializado do psicoterapeuta torne-se menos árduo.

Finalmente, os resultados alcançados demonstram que nos casos de adolescentes do sexo feminino, ainda que já estejam em idade mais avançada, há esperança.

V – CONCLUSÃO

A análise e discussão dos resultados desta pesquisa, assim como a literatura especializada, sugerem a confirmação de nossa primeira hipótese clínica, de que a manifestação da tendencia antissocial nas meninas seria semelhante à dos meninos em alguns aspectos e diferente em outros.

No que se refere à especificidade de gênero, notamos o aparecimento posterior, na adolescência, possivelmente em decorrencia da reativação edípica e de vivências características do periodo adolescente, as quais tendem a incrementar as experiencias disruptivas, como a passagem ao ato.

Com relação ao funcionamento psíquico, as adolescentes apresentaram falhas no processo de identificação com o feminino, sentimentos de rejeição e abandono por parte da figura materna e vivencias de violencia intrafamiliar, à semelhança de estudos com meninas que cometeram atos infracionais.

A segunda hipótese clínica de nossa pesquisa refere-se à pertinencia do tratamento dessas adolescentes em equipamento de saúde mental com equipe interdisciplinar, por meio de intervenções como manejo e *placement*, que consideramos também confirmada, pelos beneficios alcançados e pela alta do serviço.

REFERENCIAS[10]

Aberastury, A. & Knobel, M. (1981). *Adolescencia normal*: *um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Aberastury, A., & Salas E. J. (1984). *A paternidade*: *um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Aguirre, A.M.B. (1995). *Aspectos psicodinâmicos de adolescentes grávidas*: *entrevistas clínicas e Rorschach no contexto hospitalar*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Almeida, M. R. (2005). O adolescente em conflito com a lei: um desafio à sociedade contemporânea. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, 4, Recuperado em 06 de fevereiro de 2011, de http://www.revista.inf.br/psicologia04/.

Alvarez, A. (1994). *Companhia viva: Psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

American Psychiatric Association – A.P.A. (1995). *Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Andrade, R.C., Silva, V.A. & Assumpção Jr., F.B. (2004). Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female delinquents*. Brazilian Journal of Medical and Biological Research,* 37 (8), 1155-1160. Recuperado em 06 de fevereiro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100879X2004000800005&lang=pt

André, J. (2001). Feminilidade adolescente. In M.R.Cardoso (org). *Adolescencia: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Faperj/Nau.

[10] De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Assis, S.G. & Constantino, P. (2001). *Filhas do mundo*: *infração juvenil feminina no Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Azevedo, M.A. & Guerra, V.A. (1995). *Violência doméstica na infância e adolescencia*. São Paulo: Robe.

Barbieri, V., Jacquemin, A. & Alves, Z.M.M.B. (2004). Alcances e limites do psicodiagnostico interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. *Paidéia,* 14 (28), 153-167.

Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. 4ª.ed. Lisboa: Edições 70.

Barreto, K. D. (1997). Manejo do enquadre em um caso de mutismo na situação analítica. In I.F.M.Catafesta (org). *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a universidade*. São Paulo: Lemos.

Basaglia, A. E. (2005). *Investigação psicológica de mães de crianças agressivas.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bogomoletz, D.L. (1990) Nota introdutória à tradução. In D.W.Winnicott. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Bordin, I.A.S. & Offord, D.R. (2000). Transtorno de conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (II), 12-25.

Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.

Brasil. Leis. Congresso Nacional. Brasília. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001, de autoria de Paulo Delgado, 2001.

Brasil. Leis. Congresso Nacional. Brasília: Ato Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002.

Calligaris, C. (2000). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha.

Cardoso, M.R. (2001). Adolescencia e violencia: uma questão de ‘fronteiras’? In *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Faperj/Nau.

Cassorla, R.M.S. (2001). Gravidez, prostituição infanto-juvenil, DST e auto-agressão: ações comunitárias. In D.L.Leviski (org). *Adolescencia e violencia*: *conhecendo, articulando, integrando e multiplicando*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Hebraica.

Castro, H.M.L. (1995). Transtorno de conduta em crianças e adolescentes de rua no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 8 (44), 403-409.

Cruzeiro, A.L.S., et al. (2008). Prevalencia e fatores associados ao transtorno de conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24 (9), 2013-2020. Recuperado em 06 de fevereiro de 2011, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000900007&lng=es&nrm=iso>.

Daniels, L. (Director). (2009). *Preciosa: uma história de esperança*. [DVD]. Lionsgate. New York: Push Pictures.

Davis, M. & Wallbridge, D. (1982). *Limite e espaço*: *uma introdução à obra de D.W.Winnicott.*Rio de Janeiro: Imago.

Dell’Aglio, D.D.; Santos, S.S. & Borges (2004). Infração juvenil feminine: uma trajetória de abandonos. *Interação em Psicologia.* 8(2), 191-198.

Dixon, A., Howie, P. & Starling, J. (2004). Psychopathology in female juvenile offenders. *Journal of child psychology and psychiatry*. 45 (6), 1150-1158.

Emler, N. & Reicher, S. (1995). *Adolescence and deliquency*. Oxford, UK: Blackwell Pub.

Emmanuelli, M. & Azoulay, C. (2008). *As técnicas projetivas na adolescencia: abordagem psicanalítica*. São Paulo: Vetor.

Ferrari, D.C.A. & Vecina, T.C.C. (2002). *O fim do silêncio na violência familiar*. São Paulo: Ágora.

Ferreira, A.B.H. (1986). Roubar. In *Novo dicionário da língua portuguesa*. (p.1524). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Formiga, N.S. (2004). A explicação de comportamentos desviantes a partir dos indicadores da relação familiar. *Psicol.argum*., 22 (37), 45-52.

Frasson, L.M.M. & Souza, M. A. (2002). Transgressões no trânsito e personalidade. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 4, 33-37.

Frasson, L.M.M. (2005). Clínica winnicottiana no centro de atenção psicossocial – Caps. In T. Aiello-Vaisberg (org). *Cadernos Ser e Fazer: reflexões éticas na clínica contemporânea*. (pp.205-216). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Frasson, L.M.M., Souza, M.A. & Mota, I.F. (2007). Gerência compartilhada em instituição de saúde mental. In *Resumos Jornada do Espaço Potencial Winnicott: diversidade e interlocução* (p.20). São Paulo: Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

Freud, S. (1905/1976). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, trad., vol. 7, pp. 118-128). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).

_____ (1913/1976). Duas mentiras contadas por crianças. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, trad. Vol. 12, pp.385-389). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).

_____ (1923/1976). O Ego e o Id. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, trad. Vol. 19, pp.13-64). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

_____ (1925/1976). Algumas consequencias psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, trad., Vol. 19, pp.303-322). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).

_____ (1931/1976). Sexualidade feminina. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, trad. Vol. 21, pp.259-286). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931).

_____ (1933/1976). Conferência XXXIII Feminilidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (J. Salomão, trad. Vol. 22, pp.139-165). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933).

Goodman, R. & Scott, S. (2004). *Psiquiatria infantil*. São Paulo: Rocca.

Haapasalo, J. & Tremblay, R.E. (1994). Physicall Agressive Boys from Ages 6 to 12: Family Background, Parenting Behavior and Prediction of Delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (5), 115-128.

Kaës, R. (1998). Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In A. Eiguer (Org.). *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica*. (L.H.S. Barbosa, trad.). São Paulo: Unimarco.

Khan, M.R. (2000). Introdução. In D.W.Winnicott. *Da pediatria à psicanálise:* o*bras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.

Khel, M.R. (1998). *Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (1928/1981). Primeiras fases do complexo de Édipo. In *Contribuições à psicanálise* (pp.252-267). São Paulo: Mestre Jou, 1981. (Trabalho original publicado em 1928).

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1986). *Vocabulário da psicanálise*. 9ª.ed. São Paulo: Martins Fontes.

Levisky, D.L. (1998). *Adolescencia, pelos caminhos da violencia*: *a psicanálise na prática social.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Loeber, R. & Dishion,T. (1983). Early predictors of male delinquency: a review. *Psychol. Bulletin*, 94, 68-99.

Loper, A.B., Hoffschmidt, A.E. & Ash, E. (2001) Personality features and characteristics of violent events committed by juvenile offenders. *Behavioral Sciences and the Law,* 19, 81-96.

MacDougall, J. (1987). Repensando Eva: dos componentes homossexuais da sexualidade feminina. In *Conferências brasileiras*. Rio de Janeiro: Xenon.

Maia, M.V.C.M. (2003). Quando mentir é cobrir um espaço vazio: reflexões sobre a mentira infantil em Winnicott. *Revista científica eletrônica de Psicologia*. 1,. Recuperado em 12 de julho de 2010, de www.revista.inf.br/psicologia01/pages/artigos/artigo07.htm

Maia, M.V.C.M. (2007). *Rios sem discurso*: *reflexões sobre a agressividade da infancia na contemporaneidade.* São Paulo: Vetor.

Marcelli,D. & Braconnier, A. (2007). *Adolescencia e psicopatologia*. 6ª.ed. Porto Alegre: Artmed.

Minayo, M.C.S. & Souza, E.R. (1998). Violencia e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 4(3), 513-531.

Ministério da Saúde (2004). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 05 de fevereiro de 2011, de http://www.saude.gov.br/editora.

Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.* Brasília, DF. Recuperado em 05 de fevereiro de 2011, de http://www.saude.gov.br/editora.

Muszkat, M. (2005). Violencia intrafamiliar: novas formas de intervenção. In D.L. Levisky (org). *Adolescencia e violencia*: *conhecendo, articulando, integrando e multiplicando.* (pp.167-173). São Paulo: Casa do Psicólogo/Hebraica.

Organização Mundial de Saúde - O.M.S. (2003). *CID-10 - Classificação de Doenças em português***.** 9ª.ed (Centro Colaborador da OMS, trad.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Pacheco, J.; Alvarenga, P.; Reppold, C. ; Piccinini, C.A.; & Simon, C. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infancia para a adolescencia: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia reflexão e crítica,* 18 (1), 55-61.

Paiva, M.L.S.C. & Gomes, I.C. (2008). Violencia familiar: transgeracionalidade e pacto denegativo. In J.T. Rosa & I.F. Motta (Orgs). *Violencia e sofrimento de crianças e adolescentes: na perspectiva winnicottiana* (pp.97-110). São Paulo: Idéias e Letras/Fapesp.

Parisotto, L.; Guaragna, K.B.A.; Vasconcelos, M.C.; Strassburger, M.; Zunta, M.H., & Melo, W.V. (2003). Diferenças de gênero no desenvolvimento sexual: integração dos paradigmas biológico, psicanalítico e evolucionista. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 25, 75-87.

Passos, M.C. & Polak, P.M. (2004). A identificação como dispositivo da constituição do sujeito na familia. *Mental,* 3, 39-50.

Patterson, G.; DeBaryshe, D. & Ransey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*., 44, 329-335.

Pezo, M.A.D.P. (2009). *Do squiggle da consulta terapeutica ao desenho coletivo na intervenção institucional*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Prazeres, H. & Alves, F. (1933). Mulher de malandro. [gravado por Francisco Alves]. Rio de Janeiro: EMI Odeon.

Quintana, M. (1998). *Nova antologia poética*. São Paulo: Globo.

Racker, H. (1986). *Estudos sobre Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Reis, A.O.A. & Zioni, F. (1993). O lugar do feminino na construção do conceito de adolescencia. *Revista de Saúde Pública*, 27 (6), 472-477.

Robins, L.N. (1986). The consequences of conduct disorder in girls. In Olweus, D.; Block, J., Radle-yarrow (Eds.). *The development of antisocial and prosocial behavior*: *research, theories and issues.* New York: Academic Press.

Rodrigues, R.B., Rossetto, S. & Rovinski, S.L.R. (2001). O adolescente infrator e o uso de substâncias psicoativas. *Aletheia*, 13, 43-51.

Rutter, M. (1992). Adolescence as a transition period: continuities and discontinuities in conduct disorder. *J. Adolesc Health*., 13, 451-460.

Safra, G. (1995). *Momentos mutativos em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____.(2000). Psicoterapia breve: uma reflexão. *Psychê*, 4 (5), 133-139.

_____ (2006a) Placement: modelo clinico para o acompanhamento terapêutico. *Psychê*, 10 (18), 13-20.

_____ (2006b). (Locutor). *Placement: a importância do lugar*. Situação clínica e mal estar contemporâneo: da técnica à ética. Profoco. [DVD]. São Paulo: Sobornost.

Sandri, A.M. (2005). *Angustia e tendencia anti-social*: *estudo com meninos com queixa de agressividade.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Santos, P. L. (2003). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo,*11 (2), 315-321.

Silveira, B.M. (2008). *Agressividade na ludoterapia: impacto na contratransferência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Soldatelli, M.I.S. (2007). *Adolescentes em risco social*: *a expressão dos processos de identificação no Método de Rorschach*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Souza, M.A. (1995) *A compreensão psicológica do drogadicto através do Rorschach e entrevista (EDAO).* Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Souza, M.A. ; Soldatelli, M.I. & Lopes, A.R.C. (1997). Psicodinamismo familiar de crianças agressivas. In *Anais do I Congresso de Psicologia Clínica do Mackenzie.* (p.61-64). São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Souza, M.A. ; Soldatelli, M.I. & Lopes, A.R.C. (1999) . Abordagem intelectual de meninos agressivos através do Rorschach. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais,* 7(11), 11-26.

Souza, M.A. (2001). Intervenção psicoterapeutica em meninos agressivos escolares como prevenção de comportamento transgressor futuro. *Psicol. Teor. Prática*, 3 (2), 21-35.

Souza, M.A. (2006). *O Rorschach e as expressões da tendencia anti-social*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Souza, M.A. (2007). Les garçons agressifs: l´angoisse et ses defenses. *Pratiques pssychologiques*. 13, 107-115.

Souza, M.A.; Castro, R.E.F.(2008). Agressividade infantil no ambiente escolar: concepções e atitudes do professor. *Psicologia em estudo*, 13 (4), 837-845.

Spitz, R.A. (1987). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais.* São Paulo: Martins Fontes.

Toledo, R.P. (2004). O ambiente terapêutico, o grupo e a equipe num CAPSi. *Vínculo*. 1 (1), 1-6.

Turato, E.R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa-definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática.* 2 (1), 93-108.

_____ (2010). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*: *construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas areas da saúde e humanas*. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Vozes.

Vaisberg, T.M.J.A. (2004). *Ser e fazer*: *enquadres diferenciados na clínica winnicottiana.* Aparecida, SP: Idéias e letras.

Vicentin, M.C.G. (2006). Infancia e adolescencia: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista Terapia Ocupacional Univ.São Paulo*, São Paulo, 17 (1),10-17.

Vilhena, J. & Maia, M.V.C.M. (2002). Agressividade e violencia: reflexões acerca do comportamento anti-social e sua inscrição na cultura contemporânea. *Mal-estar e subjetividade*, 2 (2), 27-58.

Vinet, E. & Banares, P.A. (2009). Caracterización de personalidad de mujeres adolescentes infractoras de ley: un estudio comparativo. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 19 (43),143-152.

Wagner, A. et. al.(2005). Estrategias de comunicação familiar: a perspectiva dos filhos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica,* 18 (2), 277-282.

Winnicott, D.W. (1947a/1995). Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1947).

_____ (1947b/2000). O odio na contratransferência. In *Da pediatria à psicanálise:* o*bras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1947).

_____ (1948/1995). Alojamentos para crianças em tempo de guerra e em tempo de paz. In *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1948).

_____ (1950/1988). Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1950).

_____ (1953/1975). Objetos transicionais e fenomenos transicionais. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953).

_____ (1954a/1988). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954).

_____ (1956a/1995). A tendencia anti-social. In *Privação e delinquencia.*São Paulo, Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1956).

_____ (1956b/2000) A preocupação materna primária. In *Da pediatria à psicanálise*. o*bras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).

_____ (1962/1990). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1962).

_____ (1963/1995). A psicoterapia dos disturbios de carater.In *Privação e delinquencia*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1963).

_____ (1965/1997). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: *A familia e o desenvolvimento individual*.São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965).

_____ (1966/1989). A criança no grupo familiar. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989. (Trabalho original publicado em 1966).

_____ (1967/1989). A delinquencia como sinal de esperança. In: *Tudo começa em casa*. (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967).

_____ (1967a/1975) O papel de espelho da mãe e da familia no desenvolvimento infantil. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).

_____ (1968a/1994). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In Winnicott, C., Shepherd, R & Davis, M. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968).

_____ (1968b/1994). O Jogo do rabisco. In: Winnicott, C., Shepherd, R e Davis, M. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968).

_____ (1970/1989). Vivendo de modo criativo. In *Tudo começa em casa.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1970).

_____ (1982). Roubar e dizer mentiras. In *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Zalcberg, M.(2003). *A relação mãe e filha*. Rio de Janeiro: Campus.

Zimermann, D.E. (2001). A contribuição da dinâmica grupal na prevenção da violencia na adolescencia e nas comunidades. In D.L. Leviski (org). *Adolescencia e violencia*: *conhecendo, articulando, integrando e multiplicando*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Hebraica, 2001.

_____ (2004). Grupoterapia psicanalítica. In *Manual de técnica psicanalítica*: *uma revisão*. (pp.383-392). Porto Alegre: Artmed.