

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE PSICOLOGIA

THATIANE RODRIGUES PRAXEDES

SER E FLORESCER:
UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA TEORIA WINNICOTTIANA

Natal/RN
2017

Thatiane Rodrigues Praxedes

SER E FLORESCER:

UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA TEORIA WINNICOTTIANA

Relatório Final de Estágio apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), como requisito de avaliação parcial referente ao estágio supervisionado em Psicologia Clínica nos âmbitos das Clínicas Integradas do UNI-RN.

Orientador(a): Prof.^a NARJARA MEDEIROS DE MACÊDO, CRP17/0855

NATAL/RN

2017

THATIANE RODRIGUES PRAXEDES

SER E FLORESCER:
UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA TEORIA WINNICOTTIANA

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Narjara Medeiros de Macêdo
Orientador(a)

Professor(a) Examinador(a)

Coordenador(a) do Curso

“É necessário criar um ambiente favorável e acolhedor, livre de julgamentos e pensamentos. É preciso adubar essa flor para que ela vença o tempo desfavorável e volte a florescer exalando o perfume das mais belas rosas.”

(Autor desconhecido)

RESUMO

Diante da diversidade de demandas acerca do universo infantil na atualidade, o presente trabalho objetiva expor um estudo de caso vivenciado no contexto clínico, conduzido e analisado a partir da ótica de D. W. Winnicott. Neste trabalho, a princípio, é realizado um breve percurso pelos pressupostos da psicanálise infantil, apontando as contribuições basilares dos principais psicanalistas colaboradores dessa proposta de atendimento, desde Freud, com a psicanálise tradicional e sua visão acerca da sexualidade infantil, passando por Hug-Hellmuth, Anna Freud, Melanie Klein, até Winnicott, adentrando em sua teoria. Em seguida, é apresentado o caso referente ao presente estudo, que diz respeito a uma criança de cinco anos, sexo feminino, trazida pelos pais com a demanda de dispersividade e imaturidade. No processo terapêutico, é possível identificar que essa criança não recebe, na fase de dependência absoluta e relativa, os cuidados básicos necessários para se constituir um ser integrado e separado, avançando, dessa forma, para a independência relativa com recursos fragilizados. Diante disso, se apresenta o manejo da terapeuta e de que maneira o *setting* terapêutico mostra-se como espaço de confiabilidade, previsibilidade e *holding* para a retomada das descontinuidades no processo de amadurecimento da criança.

Palavras-chaves: Psicanálise infantil. Teoria winnicottiana. Prática clínica. Teoria do amadurecimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1	PRESSUPOSTOS DA PSICANÁLISE INFANTIL.....	8
2.2	D. W. WINNICOTT: OS PRINCIPAIS CONCEITOS E A TEORIA DO AMADURECIMENTO.....	10
2.3	A PRÁTICA CLÍNICA SEGUNDO D. W. WINNICOTT.....	19
3	CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	21
4	METODOLOGIA.....	22
4.1	ERA UMA VEZ... UMA FLOR.....	22
4.2	A BELEZA DA FLOR: AS PRIMEIRAS SESSÕES.....	27
4.3	DO LODO À SUPERFÍCIE: O PROCESSO TERAPÊUTICO.....	33
4.4	DESABROCHAR: SER E FLORESCER.....	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS.....	44
	ANEXOS.....	47

1. INTRODUÇÃO

Em consideração à rica experiência vivenciada no estágio supervisionado no contexto clínico sob a luz da perspectiva Winnicottiana, o presente trabalho pretende explanar um estudo de caso conduzido nos âmbitos das clínicas integradas do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). Considerando o contexto clínico com crianças e adolescentes, a escolha da psicanálise de Winnicott como linha teórica e prática, justifica-se pela riqueza desse espaço diante de um sujeito adoecido, com necessidades singulares e subjetivas, bem como pela forma com que o autor constrói sua visão de homem e a maneira com que propõe a atuação do analista, respeitando a individualidade de cada sujeito.

Entendendo a psicanálise winnicottiana como uma possibilidade de visão e orientação ampliada a respeito do caso clínico, os pressupostos da psicanálise infantil serão revisitados, expondo brevemente o seu percurso e as principais contribuições dos psicanalistas que colaboram com a compreensão acerca do universo infantil. Dessa forma, transitaremos desde o modelo tradicional, desenvolvido por Freud no século XIX, percorrendo os teóricos pós freudianos como Hug-Hellmuth, Ana Freud e Melanie Klein, até D. W. Winnicott, apresentando seus principais conceitos, a teoria do amadurecimento e os preceitos básicos que norteiam a sua prática clínica.

O relato de caso exposto no presente estudo diz respeito a uma criança de cinco anos, sexo feminino, trazida pelos pais com a demanda de dispersividade e imaturidade. Ao longo do processo, é possível identificar falhas na adaptação da mãe às necessidades da criança e, portanto, na maternagem, bem como as consequências dessa não identificação da mãe na organização biopsíquica da filha. Dessa forma, é exposto como a terapeuta e o *setting* terapêutico mostram-se à disposição das necessidades da paciente, através da confiabilidade, previsibilidade e *holding* possibilitando o retorno ao rumo natural e saudável do seu desenvolvimento.

Considerando que este estudo abordará a psicoterapia na perspectiva da psicanálise winnicottiana, é importante compreender a importância da atuação clínica e do lugar em que acontece. Nesse sentido, o contexto clínico diz respeito a

um espaço disponibilizado pelo terapeuta ou analista visando atender o sujeito em sua singularidade a partir de uma escuta qualificada e ampliada. Todavia, na clínica infantil, em especial, considerando as dificuldades pertinentes a idade de corresponder à fala, é acrescido o uso dos brinquedos e do brincar como instrumento mediador no atendimento às crianças.

Em concordância a isso, na perspectiva winnicottiana, o encontro analítico infantil acontece a partir do brincar que, segundo Winnicott (1975), é por si mesmo uma terapia e simultaneamente uma possibilidade de comunicação na psicoterapia. O autor propõe ainda que a atuação do analista esteja em consonância com as necessidades do paciente, considerando suas particularidades. Ademais, aponta que é preciso estar atento a teoria do amadurecimento humano para compreender a origem dos distúrbios psíquicos que o paciente apresenta e, conseqüentemente, suas necessidades.

D. W. Winnicott (1965) afirma que cada pessoa possui uma tendência inata a desenvolver-se, mas também considera a dependência do sujeito em relação ao ambiente, destacando a influência do meio no desenvolvimento psíquico primitivo. No início da vida, esse ambiente é representado pelos cuidados maternos, que devem ser oferecidos por uma mãe suficientemente boa, ou substituta, que esteja atenta às necessidades da criança. Dessa forma, é possível perceber a relevância da proposta de Winnicott à prática clínica infantil, uma vez que no processo terapêutico, é preciso que o analista assuma um posicionamento semelhante ao da mãe suficientemente boa, favorecendo e colocando-se à disposição do amadurecimento da criança.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. PRESSUPOSTOS DA PSICANÁLISE INFANTIL

A psicanálise, desenvolvida por Sigmund Freud (1856-1939), tem início no século XIX e origina-se a partir da medicina. Através de seus estudos, o autor define a estruturação psíquica em três níveis: ego, superego e id. Elabora também as fases do desenvolvimento psicosssexuais: a fase oral (do nascimento até os 18 meses), anal (18 meses aos 3 anos), fálico-genital (4 à 6 anos), latência (6 anos) e genital (puberdade ao fim da vida). O pai da psicanálise traz ainda como grande contribuição suas teorias a respeito da sexualidade infantil. Dessa forma, “Freud apresenta ao mundo uma nova criança, dotada de uma sexualidade perverso-polimorfa. Com o conceito de pulsão Freud vai nos mostrar que o corpo da criança é um corpo pulsional, corpo de desejo” (COSTA, 2010, p. 15). Nesse sentido, a criança está pronta para demonstrar qualquer tipo de comportamento sexual sem qualquer restrição, procurando formas de prazer derivadas de qualquer área ou órgão do corpo.

Na época do seu surgimento, a psicanálise é direcionada à pacientes adultos e ocorre através da transferência e das associações livres. A partir da escuta em seu consultório, Freud percebe que há fixações dos seus analisandos em estágios anteriores, ainda na infância, observando que as primeiras causas dos transtornos se localizavam nesse período. Em concordância a isso,

Na transferência se constata o que o adulto tem de criança, ou seja, sua organização mais estrutural, sua neurose infantil. Assim, por meio da clínica com os adultos se chega então à criança; mas esta criança da psicanálise ainda está por ser teorizada (BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2014, p. 9).

É depois do caso “O Pequeno Hans”, publicado em 1909, que a psicanálise inclina-se à prática com o universo infantil. Sob a supervisão de Freud, esse caso é analisado pelo próprio pai da criança de cinco anos. O trabalho que atinge seu objetivo com a comprovação dos estudos do autor acerca da sexualidade infantil, aponta o potencial do tratamento psicanalítico com crianças. Concomitantemente, “articulando as teorias sexuais infantis ao complexo de Édipo, Freud demonstrou que

a realidade psíquica da criança se assemelha à do adulto em suas angústias, fantasias e desejos” (COSTA, 2010, p. 17).

Entretanto, Freud reconhece que para atender ao público infantil é preciso de adaptações à técnica. Diante da dificuldade da criança em cumprir com a associação livre, regra fundamental da análise, é proposto o brincar como via natural de expressão (COSTA, *op.cit.*).

Em 1915, a partir dessa constatação, Hermine von Hug-Hellmuth, discípula de Freud e pioneira na análise infantil, inicia seus atendimentos com crianças e adolescentes de forma sistemática. Costa (*op.cit.*) mostra que em sua atuação, Hug-Hellmuth utiliza a interpretação associada a uma proposta pedagógica e desacredita na análise com crianças muito pequenas, que ainda não vivenciaram o Complexo de Édipo. Isso pois, afirmava que em razão da mobilização do recalque, fortalecer as ideias impulsivas da criança, possibilitaria prejuízos. A autora ainda “sugere, entre outras coisas, que as primeiras sessões são fundamentais: é necessário certificar-se de conquistar a confiança da criança, evitar a sugestão, interpretar a transferência negativa e deixar que ela brinque” (BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2014, p.12).

Posteriormente, em 1927, Anna Freud publica sua principal obra “O tratamento psicanalítico com crianças” e influenciada por Hug-Hellmuth, retoma algumas de suas teorias. Dessa forma, a autora concorda com o papel pedagógico do analista e com a ideia de que crianças muito pequenas não devem ser analisadas. À vista disso, “Anna Freud associava medidas pedagógicas aos meios analíticos, numa tentativa de conquistar a confiança da criança, facilitando seu engajamento no processo psicanalítico, ou seja, trabalhar sempre em transferência positiva” (COSTA, 2010, p. 25). Segundo ela, a criança não tem consciência da sua doença e, portanto, não apresenta desejo pela cura. Daí a importância do caráter pedagógico e da transferência positiva dentro da sua perspectiva.

Melanie Klein, contrária às ideias de que as crianças pequenas não são analisáveis e de que o analista deve assumir uma postura pedagógica, surge trazendo novos conceitos e colaborações à psicanálise da criança. Klein institui a técnica da análise através do lúdico. Para ela, o brincar possibilita a expressão e a tradução simbólica das fantasias inconscientes, dos desejos e das experiências vividas (COSTA, *op.cit.*). Além disso,

Quanto às novas contribuições teóricas que fazem referência à análise de crianças, é importante destacar o descobrimento do Superego Arcaico, do Édipo Precoce, o descobrimento da posição depressiva e da posição esquizo-paranoide, a demonstração da importância do símbolo no desenvolvimento do ego, a relação objeto, o objeto bom e o objeto mau, a inveja e a identificação projetiva (BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2014, p. 13).

D. W. Winnicott, pediatra e pai fundador da psicanálise com crianças, embora tenha sofrido forte influência de Melanie Klein em sua formação, utiliza a sua experiência clínica com bebês e crianças como base para construção dos seus principais conceitos teóricos (COSTA, 2010). O autor respeitando a psicanálise tradicional mantém-se fiel as suas descobertas empíricas, renovando conceitos e renomeando novos processos, mostrando-se, assim, independente em sua teoria de caráter inovador. É sob a luz da sua construção teórica que o presente trabalho será embasado e aprofundado.

2.2. D. W. WINNICOTT: OS PRINCIPAIS CONCEITOS E A TEORIA DO AMADURECIMENTO

D. W. Winnicott preocupa-se e identifica os aspectos emocionais relacionados ao adoecimento físico das crianças. Dessa forma, propõe um novo conceito de saúde, indo de encontro à concepção da psiquiatria e da própria psicanálise. Apresenta então, a saúde com um significado próximo à conquista da maturidade. O novo conceito diz respeito a um estado complexo e corresponde à integração da vida rumo à unidade do *self*, conquistada a partir de um processo de maturação (DIAS, 2008).

Segundo o autor, “no universo psicológico, há uma tendência ao desenvolvimento que é inata e que corresponde ao crescimento do corpo e ao desenvolvimento gradual de certas funções” (WINNICOTT, 1965, p. 5). Em outras palavras, o ser humano possui um potencial específico que o leva ao amadurecimento e, portanto, à integração como unidade.

Em sua teoria, o ambiente tem um papel decisivo sobre o psiquismo. Sendo assim, a conquista da maturidade vai depender de um ambiente facilitador que ofereça condições físicas e psicológicas suficientemente boas para que o indivíduo alcance seu estado de unidade. Quanto mais recursos de provimento e desafio o ambiente oferecer diante das necessidades vitais do sujeito, menor a possibilidade

de adoecimento psíquico, evitando estruturações somáticas. Nos primeiros meses de vida esse ambiente é representado pela mãe, que pode ou não ser suficientemente boa. Nesse sentido, Winnicott define que:

A 'mãe' suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração (Winnicott, 1975, p.25).

O autor (1965) constata ainda que na mãe grávida há uma identificação cada vez maior com o filho. Dessa forma, define como *preocupação materna primária* o estado regressivo e simbiótico vivenciado pela mãe que se identifica com as necessidades do seu filho e com o bebê que ela foi. Esse estado psicológico que se inicia na gestação e se acentua a medida que o parto se aproxima, perdura até as primeiras semanas ou meses após o nascimento do bebê. Após ultrapassar esse período, a recordação dessa vivência é dificilmente acessada e tende a ser reprimida (ESTEVES; ANTON; PICCININI, 2011). Embora pareça patológico, “a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera” (WINNICOTT, 2000, p. 401).

Nesse contexto, o pai entra na vida do filho como uma mãe substituta, duplicada, sendo assim, “o principal “cuidador” da dupla mãe-bebê: ele dá sustentação à mãe, protegendo-a das interferências externas de modo a que ela possa entregar-se à “preocupação materna primária” (ROSA, 2009, p.66). Somente após a criança ter estabelecido sua identidade unitária e ter integrado a instintualidade, o pai entra como uma terceira pessoa, possibilitando o processo de triangulação e o estabelecimento do complexo de Édipo (ROSA, *op.cit.*).

Em seu livro, *O Ambiente e os Processos de Maturação*, Winnicott descreve o desenvolvimento emocional em termos da jornada de dependência que muda gradualmente no sentido da independência. Divide esse processo em três categorias, pensando separadamente em: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência (Winnicott, 1983). Essas três fases serão situadas dentro do processo maturacional descrito a seguir.

Baseando-se em sua visão de sujeito, o autor desenvolve a teoria do amadurecimento como alicerce central do seu trabalho teórico e clínico:

A teoria winnicottiana do amadurecimento conceitua e descreve as diferentes tarefas, conquistas e dificuldades que são inerentes ao processo de amadurecer em cada um dos estágios da vida. Ela serve, portanto, de guia prático para a compreensão dos fenômenos da saúde, assim como para detecção precoce de dificuldades emocionais (DIAS, 2003, p. 13 e 14).

O amadurecimento não acontece de maneira linear. À vista disso, “muito normalmente, um certo grau de independência pode ser diversas vezes conquistado, perdido e novamente conquistado; é bastante frequente que uma criança retorne à dependência, tendo já sido deveras independente com um ano.” (WINNICOTT, 1965, p. 6). A transição de um estágio para o outro, no sentido da conquista da maturidade, depende das aquisições em estágios anteriores que são postas como pré-requisitos para que o sujeito avance no processo maturacional.

Os seis primeiros anos de vida são marcados por transformações significativas e vivências fundamentais. Considerando essas singularidades, Winnicott classifica o amadurecimento em estágios: os estágios primitivos, que comportam o estágio pré-natal até o estágio da primeira mamada teórica; e os estágios de dependência e independência relativas, que englobam desilusão, transicionalidade e continuidade do ser no mundo.

Os estágios primitivos correspondem à fase de dependência absoluta, situando-se por volta dos três ou quatro primeiros meses de vida. Nesse momento, não há possibilidade de sobrevivência do bebê sem os cuidados maternos. À vista disso, é constatado que “nos primórdios há uma dependência absoluta em relação ao ambiente físico e emocional. No primeiríssimo estágio não há vestígios de uma consciência da dependência, e por isto esta é absoluta” (WINNICOTT, 1965, p. 5 e 6). Nesse período, a amamentação possui um lugar de destaque, atribuindo-se maior importância à qualidade do contato humano, da relação mãe-bebê, do que a alimentação propriamente dita. É através do ato de amamentar que a relação com a realidade externa começa a se estabelecer, embora o bebê ainda não a perceba como externa. A mãe mostra-se como a primeira representante dessa realidade, sendo assim, o primeiro “objeto” do bebê (DIAS, 2003).

O nascimento da psiquê infantil tem início na relação com a mãe. É dessa díade que surgem os fundamentos da constituição da pessoa e do desenvolvimento emocional da criança. Desse modo, o *self* está relacionado com a experiência de si, com a possibilidade de se perceber e ser alguém ao longo do tempo. A partir de um

ambiente suficientemente bom, a criança estará apta a constituir um *self* verdadeiro. Todavia,

se a vida do bebê não encontra espaço para se expandir criativamente – e, no início, esse espaço inclui necessariamente a mãe –, essa qualidade do próprio, singular, único que define o ser do bebê, e que mais adiante iria formar um *self* unificado e criador, define-se e se esconde; para protegê-la, produz-se um falso *self* (NAFFAH NETO, 2005, p. 444).

À vista disso, a mãe deve corresponder adequadamente ao gesto espontâneo do bebê, que é um potencial do *self* verdadeiro, para que este torne-se real. Nesse sentido,

Gesto espontâneo foi um termo utilizado por D. W. Winnicott para designar uma das inúmeras maneiras pelas quais o verdadeiro *self* pode se expressar. Estaria relacionado ao cerne, ao centro do ser, representando o que há de mais autêntico, mais genuíno para aquela pessoa em especial (MOTTA, 2005, p. 376).

No estágio da primeira mamada teórica, o bebê está envolvido com três tarefas básicas que correspondem à construção do si-mesmo (*self*): 1) a integração no tempo e no espaço; 2) o alojamento da psique no corpo (personalização); e 3) o início do contato com a realidade (relações objetais).

Para obter sucesso, esses processos precisam estar associados aos cuidados maternos específicos que devem ocorrer simultaneamente e resultam da identificação da mãe que se encontra em estado de preocupação materna primária com o seu bebê. O primeiro é facilitado pelo segurar, sustentar (*holding*); o segundo pelo manejo (*handling*); e o terceiro pela apresentação dos objetos (*object presenting*). Concomitantemente, “à medida que essas tarefas estão sendo realizadas, e as conquistas estão sendo organizadas entre si pelo funcionamento do ego, uma outra está se processando: a constituição do si mesmo como identidade” (DIAS, 2003, p.167).

A mãe por ser o objeto a ser encontrado (mãe-objeto) e ao mesmo tempo o contexto em que o encontro com o objeto pode acontecer (mãe-ambiente), deve proporcionar um ambiente estável para que o bebê crie o objeto que encontra, oportunizando, dessa forma, a ilusão de onipotência (DIAS, *op.cit.*). Tal conceito diz respeito à possibilidade do bebê vivenciar a experiência de onipotência, na qual ele tem a capacidade de criar a realidade externa oferecida por uma mãe

suficientemente boa (GARCIA, 2007). Sendo assim, “para que essa ilusão se dê na mente do bebê, um ser humano precisa dar-se ao trabalho permanente de trazer o mundo para ele num formato compreensível e de um modo limitado, adequado às suas necessidades” (WINNICOTT, 2000, p. 229).

Além de contar com a tendência inata ao amadurecimento, o bebê possui a criatividade primária como suporte para solucionar as tarefas dos estágios iniciais. Contudo, ele precisa de cuidados suficientemente bons para que o seu potencial criativo se torne real (DIAS, 2000). Em outras palavras,

Toda criança tem que recriar o mundo, mas isso só é possível se, pouco a pouco, o mundo for se apresentando nos momentos de atividade criativa da criança. A criança procura algo e encontra o seio, e criou-se o seio. O sucesso dessa operação depende da sensibilidade da adaptação da mãe às necessidades da criança, sobretudo no começo (WINNICOTT, 1965, p. 16).

Em transição para a dependência relativa, o bebê entra no estágio da desilusão, desmame e início das funções mentais. Esse período inicia aos seis meses e vai até os oito meses de vida, aproximadamente. Após vivenciar a criatividade primária e a ilusão de onipotência, inicia-se então um processo de desilusão. É importante nesse momento uma mudança de postura da mãe, que em decorrência do seu cansaço, passa a “falhar”, de forma necessária e suportável, em seus cuidados.

A vivência do desmame é ampliada para todo esse processo de desilusão, que provoca frustração e ira no bebê, diante das falhas ambientais. A mãe deve estar segura para suportar essa reação do filho, permitindo, dessa forma, que o bebê inicie seu processo de independência, relacione-se com a realidade externa e desenvolva seu funcionamento mental e processos intelectuais.

Adentrando na dependência relativa, percebendo-se separada e dependente dos cuidados da mãe, a criança vivencia os fenômenos transicionais. Sendo assim, “a transicionalidade marca o início da desmistura, da quebra da unidade mãe-bebê” (DIAS, 2003, p. 237). Tal processo, em que o bebê passa a se relacionar com a exterioridade através da posse de determinados objetos, acontece por volta dos oito aos dez meses. Esses objetos que não são externos nem internos, são chamados de objetos transicionais, ou a primeira posse não-eu. Sendo, portanto, um espaço transicional, intermediário entre a realidade interna e externa. Nesse sentido, Winnicott ressalta que:

Introduzi os termos 'objetos transicionais' e 'fenômenos transicionais' para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta (Winnicott, 1975, p. 14).

Esse campo intermediário constituído tanto pela realidade interna quanto pela externa, permite a construção de um espaço que se forma entre a mãe e o bebê, chamado por Winnicott de espaço potencial (FRANCO, 2003). Dessa forma, “quando a mãe tem uma relação de sintonia inicial com o bebê, estabelece-se um ambiente de confiança e o bebê brinca com a realidade” (FRANCO, *op.cit.*, p. 47 e 48).

Após experienciar esses fenômenos e diminuir sua ilusão de onipotência, por volta dos dez aos doze meses, o bebê entra no estágio do uso do objeto. Nessa fase, a criança adquire, através da ampliação da área intermediária, a capacidade de relacionar-se e fazer uso dos objetos externos que passam de um controle mágico para um controle manipulativo. Essa nova forma de controlar envolve o prazer no manuseio do objeto e da coordenação motora. À vista disso, “na linha do amadurecimento, esta conquista, do mesmo modo que a transicionalidade, dá continuidade àquela, iniciada no estágio da primeira mamada teórica, relativa ao estabelecimento de relações com a realidade externa” (DIAS, 2003, p. 243).

Para perceber essa realidade externa de forma independente da sua criatividade primária e onipotência, o bebê precisa vivenciar a destruição do objeto. Dessa forma, “ele o faz expulsando o objeto (subjetivo) para fora do âmbito da onipotência: algo (alguém) que faz parte do si-mesmo ou do mundo subjetivo é destacado, expulso para fora, para ser examinado e/ou atacado” (DIAS, *op.cit.*, p. 246). Essa destrutividade, que é própria ao amadurecimento, é simbolizada nas investidas de agressividade do bebê, natural do ser humano. A sobrevivência do objeto é importante para a experiência de destruição. Portanto, é fundamental que o objeto seja duradouro, sobrevivendo aos ataques destrutivos do bebê, existindo e sendo amado enquanto objeto externo. Melhor dizendo,

O impulso do bebê de destruir é real, e ele precisa experimentá-lo, mas só poderá fazê-lo se houver segurança, isto é, se não houver o risco de o objeto sucumbir. Caso o objeto sobreviva, o impulso se transforma na capacidade de usar o objeto que sobreviveu. Ao mesmo tempo que libera o

bebê para continuar a exercer o impulso destrutivo, que é real, a sobrevivência do objeto libera-o para destruir objetos na fantasia inconsciente (DIAS, *op.cit.*, p. 248).

O estágio do EU SOU, ainda na dependência relativa, surge por volta do primeiro ano de vida, em continuação ao processo iniciado no estágio anterior. Através da diferenciação total de si e do ambiente, que é expulso do campo de sua onipotência para o campo do não-eu, o bebê adquire uma unidade integrada que pode ser chamada de eu, bem como limites e contornos bem delimitados por um corpo. A criança agora é capaz de deixar de ser o ambiente para fazer parte dele como identidade unitária.

É importante considerar que “o momento em que tem início um sentido de integração é muito difícil e de extrema vulnerabilidade. O bebê passa a ver o mundo e a si mesmo a partir de uma nova posição, o eu” (DIAS, *op.cit.*, p. 256). Dessa forma, tudo aquilo que é (não-eu) pode ser explorado, mas também hostilizado, diante da expectativa de um ataque. A mãe atua nesse contexto como intermediadora, um lugar seguro para que o filho retorne, frente à necessidade de proteção ambiental. Todavia, “a conquista do estágio EU SOU ainda não faz do bebê uma pessoa inteira (*whole person*). Ela é, contudo, a plataforma, a posição a partir da qual a vida pode ser vivida” (DIAS, *op.cit.*, p. 258).

No estágio do concernimento, por volta dos dois anos e meio aos três anos, o bebê entra na fase rumo à independência. Reconhecendo-se como uma pessoa inteira, a criança está apta a integrar seus impulsos e instintos à personalidade total. Nesse período, as cargas destrutivas, os atos agressivos e suas consequências externas, são percebidas como provenientes do EU. Sendo assim, a responsabilização do bebê para com a sua própria agressividade, provoca culpa e necessidade de reparação. Os reparos acontecem através de carinhos e gestos de amor dirigidos à mãe ou de brincadeiras construtivas. É vivenciando a reparação que a criança suporta a culpa pela responsabilidade do ato agressivo. Nesse sentido, Dias (*op.cit.*) nos mostra que a mãe deve permanecer disponível para identificar e acolher o gesto restaurador.

Esse processo de excitação, investida agressiva contra o objeto, culpa pelo dano causado e possibilidade de reparação, diz respeito ao ciclo benigno e só é concluído quando a criança sente que a sua tentativa de reparo foi reconhecida. Nesse momento, a mãe é alvo de amor e ódio, a depender da tranquilidade ou

excitação que o bebê vivencia, respectivamente. Essa ambivalência de sentimentos é importante para que uma vida psíquica habitada por conflitos internos seja estabelecida. Sendo assim, “a criança tem, agora, um dentro e um fora; um mundo interno pessoal e complexo, com fantasias e ansiedades em oposição ao mundo externo” (DIAS, *op.cit.*, p. 263).

Diante da imaturidade do bebê para lidar com esses conflitos, o ódio tende a ser projetado, direcionado para fora. Inicialmente, isso acontece por meio de criações imaginárias sendo comum, nessa fase, episódios de medo. À vista disso, novamente, a mãe deve proporcionar um espaço seguro, assumindo um papel de proteção e intermediação entre a realidade interna e externa. Dessa forma, “o elemento essencial, aqui, é a presença contínua da mãe, a sua sobrevivência, durante todo o período em que o bebê ou a criança está integrando a agressividade que faz parte da sua natureza” (DIAS, *op.cit.*, p. 261).

A partir da vivência do ciclo benigno se estabelece uma moralidade pessoal, que nasce de dentro para fora, oposta à moralidade imposta, de fora para dentro, provocadora de uma culpa artificial, não vivenciada pessoalmente. Concomitantemente, a criança conquista um apuro na noção temporal. A respeito disso,

É durante a conquista da capacidade para o concernimento que a temporalização do bebê se estabelece de forma mais consistente. Sua nova consciência acerca dos estragos que produz nos momentos de excitação, é retroativa além de projetar-se no futuro: ele não apenas sabe que é ele mesmo que, agora, na excitação do momento, suga, devora, gasta, em suma, faz estragos na mãe, como sabe que sempre o fez, e mais, que continuará a fazê-los (DIAS, *op.cit.*, p. 262).

Ainda nessa fase, ocorre a passagem da relação dual mãe-bebê para a relação triangular. A consciência que a criança adquire de ter um pai possibilita alívio para as suas tensões, mas ao mesmo tempo, provoca forte carga de raiva por haver um terceiro interpondo-se na relação. A existência do pai, que agora também pode ser objeto de ódio, libera o bebê da tensão gerada pelos sentimentos de ambivalência antes direcionados apenas à mãe. Diante desse pai forte, que pode proteger a mãe, a tensão de auto-inibição do bebê para com seus instintos também é cedida (DIAS, *op.cit.*).

Estabelecida a triangulação, aproximadamente aos três anos e meio ou quatro anos, a criança entra no estágio edípico que perdura até o início da

puberdade. Nesse período, “quando há saúde, a criança está num estado agudo de atração pelo pai do sexo oposto, com tensões a respeito da figura parental do mesmo sexo, em função da ambivalência – ou seja, do amor e do ódio coexistindo” (DIAS, *op.cit.*, p. 273). Concomitantemente, vivencia o princípio da genitalidade a partir de uma excitação concentrada nos órgãos sexuais, acompanhada por fantasias sexuais e pela diferenciação de uma forma mais clara entre o sexo masculino e o feminino.

Espera-se que nessa fase a criança já seja capaz de cuidar de si mesma, tendo o ambiente internalizado. Sendo assim, há uma relativa identificação com os adultos, os grupos e a sociedade, ao mesmo tempo em que a singularidade e certa carga de impulsos destrutivos da criança são preservadas. Nesse sentido, os fracassos ambientais não serão tão desastrosos do ponto de vista da estrutura de personalidade.

Ao chegar à adolescência, o sujeito resgata dinâmicas características de fases anteriores. Dessa forma, retoma a imaturidade, vivenciando a angústia de ser ou não dependente e eventualmente regredindo. Assim como o bebê, o adolescente é essencialmente isolado. Por sua vez, o isolamento relaciona-se com a possibilidade de que uma relação sentida como real seja estabelecida. Associa-se ainda, a sexualidade no que se refere à indefinição sexual. Nesse sentido, padecendo do sentimento de irrealidade, sua principal busca é sentir-se real (DIAS, *op.cit.*). Ao mesmo tempo, potências ausentes na primeira infância são acrescidas, “uma vez que aquilo que pertencia ao domínio da fantasia pode agora tornar-se realidade concreta: o poder de destruir, e até de matar, a possibilidade de prostituir-se, engravidar, enlouquecer com drogas, suicidar-se” (DIAS, *op.cit.*, p. 293).

A esse respeito, Frota (2006, p. 09) compreende que, “assim como a instalação do si-mesmo marca o nascimento psíquico da criança, a adolescência desentranha um segundo processo de reinstalação do si-mesmo”. Nesse período, o adolescente é cobrado para uma nova adaptação à realidade. Desse modo, “o adolescente parece viver a possibilidade de encenar uma forma diferente de estar e se ver-no-mundo. Algo se reinstalasse no mundo, agora de um modo diferente do da criança” (FROTA, *op.cit.*, p.10). Para obter sucesso, mesmo na adolescência, é preciso tempo e cuidados ambientais adequados. Dessa forma, o ambiente seguro permanece como amparo, atento às suas necessidades, permitindo que o sujeito

seja acolhido em sua dependência.

2.3. A PRÁTICA CLÍNICA SEGUNDO D. W. WINNICOTT

Na perspectiva Winnicottiana, diferente da psicanálise tradicional, a atuação do analista no tratamento é determinada pela necessidade do paciente (DIAS, 2008). Dessa forma, “para Winnicott, a aplicação cega de uma técnica (e conseqüentemente, enquadre) é inútil para o paciente, porque inadequada às suas necessidades, estabelecidas a priori e sem qualquer contato com o mesmo e sua realidade” (LESCOVAR, 2004, p.46). À vista disso, o encontro analítico é singular, resultante da relação e das características do analista e do paciente (LESCOVAR, *op.cit.*).

Segundo o autor, a necessidade do paciente varia de acordo com a natureza do distúrbio psíquico revelado e, para compreendê-la, é preciso identificar sua origem na linha do amadurecimento (DIAS, 2008). Diante disso, a teoria do amadurecimento é apresentada como “fundamento teórico sobre o qual torna-se possível explicar os conceitos relativos aos distúrbios psíquicos em geral” (DIAS, 2003, p. 14). Nesse contexto, o analista possui a “obrigação de favorecer e colocar-se à disposição do amadurecimento da criança, buscando reconhecer suas necessidades e, conseqüentemente, adequar seus cuidados, via compreensão, à luz da teoria do amadurecimento humano” (LESCOVAR, 2004, p. 49). Nesse sentido, mais do que uma análise de conteúdo, a situação clínica organiza-se em torno do acontecer humano no tempo, do gesto espontâneo possível ou descontinuado, do *self* que jamais termina de ser constituído (SAFRA, 1999).

Dessa forma, é fundamental a construção de uma identificação mútua do analista com a criança, assemelhando-se à interpretação da relação inicial da mãe com o bebê nos processos primitivos do desenvolvimento. Sendo assim, para Winnicott, o modelo de condução do trabalho analítico requer que o analista assuma um posicionamento semelhante ao da mãe suficientemente boa (LESCOVAR, 2004). À vista disso, “o analista só pode realizar um bom trabalho se puder favorecer o estabelecimento de um espaço potencial, decorrente da confiabilidade e previsibilidade ambiental fornecida” (LESCOVAR, *op.cit.*, p. 48).

Segundo Lescovar (*op.cit.*), o encontro analítico sob a perspectiva winnicottiana baseia-se numa comunicação significativa entre os participantes do encontro. De acordo com Winnicott (1975), o brincar é por si mesmo uma terapia e, ao mesmo tempo, uma possibilidade de comunicação na psicoterapia. Diante disso,

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é (WINNICOTT, *op.cit.*, p. 59).

Dessa forma, “o analista compreenderá que seu trabalho tem a ver com a sustentação deste brincar do paciente, que se dá em um espaço e tempo construído transferencialmente” (FRANCO, 2003, p. 48). Diante dessa experiência projetiva que a criança vivencia, a interpretação assume um lugar importante. Todavia, de acordo com Winnicott (1975), a interpretação acontece, levando adiante o trabalho terapêutico, quando existe um brincar mútuo e espontâneo entre o analista e o paciente. Nesse contexto,

Para Winnicott, interpretar é tão importante quanto não interpretar; isso porque as interpretações devem estar submetidas à criatividade originária do paciente e ao brincar. A interpretação fora da área comum construída a partir do espaço potencial é doutrinação ou produz traumas ao paciente, obrigando-o a submeter-se ou a reagir à invasão (LESCOVAR, 2004, p. 54).

Consoante a isso, para que a prática clínica aconteça, é necessário considerar a dependência do bebê com relação aos cuidados ambientais como fundamentalmente constituintes de seu psiquismo, como também a importância do próprio ambiente na saúde psíquica dos indivíduos. Dessa forma, a avaliação ambiental torna-se obrigatória para que haja um diagnóstico completo em saúde mental (LESCOVAR, *op.cit.*). Sendo esse, o “eixo fundamental do modelo investigativo de Winnicott – jamais compreender qualquer acontecimento clínico despregado de seu contexto originário. Jamais compreender o homem desprovido de seu meio ambiente” (LESCOVAR, *op.cit.*, p. 52).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O presente estudo refere-se ao estágio supervisionado de conclusão de curso com ênfase em psicologia clínica. Dessa forma, é desenvolvido nas Clínicas Integradas do UNI-RN sob a supervisão da professora Narjara Macêdo, à luz da teoria de D. W. Winnicott.

Esse espaço disponibiliza atendimento interdisciplinar em prevenção, reabilitação e tratamento à população geral, oferecendo os serviços dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. O setor de psicologia conta com sete salas para atendimento individual, duas salas de supervisão, uma sala de multiuso, duas salas de ludoterapia e uma área com espelhos entre uma sala de ludoterapia e a sala de multiuso para observação em comum dos dois espaços. Nesse contexto, a psicologia oferece psicoterapias individuais para crianças, adolescentes, adultos e idosos, plantão psicológico e atendimentos em grupos. O local funciona de segunda à sexta-feira, das 7h às 21h.

Diante da diversidade de demandas na atualidade e da riqueza que o contexto clínico dispõe, a explanação de um relato de caso justifica-se como possibilidade de ilustrar a prática winnicottiana e perceber, dessa forma, o sujeito de maneira singular, considerando suas potencialidades, e inserido em um ambiente do qual depende para desenvolver-se. Sendo assim, a aplicação de técnicas e enquadres deve estar adequada às necessidades do paciente e o acontecimento clínico deve ser consoante ao contexto em que se origina.

4. METODOLOGIA

A construção e o embasamento teórico e prático deste estudo são guiados pela abordagem winnicottiana, sob orientação e supervisão da professora Narjara Macêdo. Baseado nisso, a revisão bibliográfica é realizada visando compreender de maneira ampliada a teoria escolhida, possibilitando também a fundamentação da prática. Concomitantemente, a atuação da terapeuta acontece nas Clínicas Integradas do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), atendendo a um público restrito dentro da infância e adolescência em decorrência da especificidade da faixa etária. Dessa forma, neste trabalho é exposto a construção do referencial teórico e a descrição de um atendimento clínico individual desenvolvido nesse contexto, usufruindo de sessões semanais com duração média de cinquenta minutos, na sala de ludoterapia.

No decorrer do estágio, por meio de supervisões e discussões em grupo voltadas para a teoria winnicottiana e o universo da infância e adolescência, é possível compartilhar experiências e ampliar o conhecimento acerca dessa abordagem. Em consequência desse aprendizado teórico associado às vivências práticas no estágio, o crescimento pessoal e profissional é oportunizado, possibilitando a construção do ser terapeuta.

A partir dessa organização do saber, o relato de caso descrito neste estudo, é estruturado por entrevista inicial com os pais, hora do jogo com a criança e entrevistas devolutivas com os genitores ao longo do processo. Nesse percurso, acontecem as análises e interpretações do que é apresentado, expondo ainda o manejo da terapeuta e como a criança responde ao que lhe é proposto no acompanhamento psicológico. Dessa forma, o caso em questão será relatado nos subtópicos seguintes.

4.1. ERA UMA VEZ... UMA FLOR

“É no lodo que o lótus finca raízes, é nas águas turvas e pútridas que ele medra, irresistivelmente atraído por essa luz que ele desconhece, mas pressente, e que o estica, o atrai, o levanta e o obriga a elevar-se e que, de repente, ele encontra quando, ao chegar à superfície, supera. Agora, glorioso, ele se abre, desabrocha; e cego, ofusca a todos com seu indizível esplendor.” (Leboyer, 1989)

O Lótus é uma planta aquática cujas raízes estão fundamentadas em meio ao lodo de lagoas e lagos. Florescendo sobre a água, a Flor desabrocha em busca de luz. A Flor, cujas pétalas se fecham ao anoitecer para mergulhar sob a água, ergue-se e desabrocha novamente ao amanhecer. Em virtude da história de vida da criança, que, ao nascer, depara-se com um ambiente que apresenta limitações na correspondência de suas necessidades básicas, mas, apesar das rupturas e descontinuidades, alcança conquistas no desenvolvimento em relação ao seu potencial, a Flor de Lótus é escolhida como símbolo para nomear a criança em questão.

Associado a isso, pensando no processo terapêutico da criança como uma oportunidade de transformação e amadurecimento, a terapeuta relaciona esse percurso ao desabrochar de uma Flor. Em duas de suas produções gráficas espontâneas, a paciente desenha uma casa e duas flores, interpretadas pela terapeuta como projeções de si mesma junto à irmã (Anexo A e B). Em outro desenho feito para sua mãe, a criança produz um coração seguido de uma flor, sugerindo novamente a mesma interpretação a seu respeito (Anexo C). À vista disso e em alusão a Flor de Lótus, a criança referente a este estudo será chamada de Flor.

Em maio de 2017, os pais de Flor, criança de cinco anos, são recebidos nas Clínicas Integradas do UNI-RN para a primeira entrevista. Na oportunidade, o casal apresenta a demanda da filha que, a partir das suas observações e pontuações de outras pessoas da família, percebem a filha dispersa e com dificuldade para ouvir, absorver e cumprir pedidos e ordens. Com frequência, diante da televisão, não ouve a mãe chamá-la e já chegou a urinar na roupa em alusão à desatenção. Quando é ordenada a fazer algo, a criança esquece no caminho o que foi solicitado e volta para perguntar. A mãe compartilha a sensação de não ser ouvida pela filha. Nesse momento, os pais trazem também as qualidades da filha mais nova, com dois anos de idade, mais extrovertida e autônoma que Flor, comparando-as nesses aspectos. No relato de acompanhamentos médicos não há dados relevantes, tendo uma prima materna, com formação em psicologia, orientado à família a busca de assistência psicológica para a criança.

Enquanto fala sobre as dificuldades da criança, a mãe afirma ser rígida “tipo um general” (sic), considerando-se uma mãe falha: “não sou daquelas mães que

ficam em cima o tempo inteiro”, “por exemplo, minhas filhas só vão ao médico quando estão doentes” (sic), justificando com a sua necessidade: “às vezes eu preciso de um momento para mim” (sic). Compartilha ainda a sua não identificação e impaciência com a maternidade. Nesse momento, a terapeuta pergunta se ela percebe alguma relação de suas condutas diante da filha com a queixa apresentada. Pensativa, responde que talvez.

No que diz respeito aos dados anamnésicos, os pais contam que planejaram ter um primeiro filho ao longo dos três primeiros meses de casamento, partindo do desejo do pai. Logo, a mãe confessa “nunca planejei ser mãe, não costumo planejar as coisas na minha vida. As oportunidades aparecem e eu agarro” (...) “Quando decidimos ter um filho, comecei a curtir a ideia” (sic). Com dois meses de gravidez, a genitora precisa ficar em repouso absoluto em decorrência de um descolamento de placenta, o que evocou angústia e afetações durante o processo de gestação, relatando sentir-se sensível demais. Nesse período, a gestante sentia-se só, pois o casal morava em outro estado e o esposo trabalhava muito. Dessa forma, a mãe revezava estadia entre a casa que morava com o companheiro e a da sua família, viajando com frequência.

Ao falar sobre essa fase, a mãe lembra de uma situação vivenciada com o seu próprio pai. Conta que em uma dessas viagens, enquanto o seu pai dirigia em alta velocidade pela estrada, ela chorava e sentia-se magoada, embora não conseguisse explicar o que acontecia. Nesse momento, acessa a emoção e é acolhida pela terapeuta que lhe oferece *holding*. Diante disso, na sessão, consegue compreender que o choro dizia de uma sensação de ser negligenciada pelo seu pai, tendo em vista que, na sua percepção, ele não estava preocupado com a sua gravidez nessa situação.

Na companhia da cunhada, a mãe tem o seu bebê a termo. O parto é cesáreo, haja visto que a criança estava enlaçada duas vezes pelo cordão umbilical. Nesse momento, a genitora relata sentir-se ansiosa. Com o nascimento, sente alívio diante da nova etapa e ciúmes quando se dá conta que a atenção de todos está voltada para a criança. Nesse relato, é possível supor que há questões relativas a insuficiências na maternagem vivenciada pela própria mãe enquanto bebê.

A amamentação acontece duas horas após o nascimento, emergindo os sentimentos de dor e estranhamento, embora a adaptação venha em seguida junto

ao apoio familiar. Nos três primeiros anos da criança, o pai é mais presente, sendo responsável pelos cuidados com a filha, tendo em vista que na época estava desempregado e a esposa trabalhava como cabeleireira em casa. Nesse período, a amamentação acontecia nos intervalos de trabalho mãe. À vista disso, propõe o desmame diante do tempo e das suas atribuições, embora o pai seja resistente acreditando ser importante a continuação. Gradualmente, a criança desapega do seio e aos dezoito meses rejeita-o com nojo.

A mãe qualifica o desenvolvimento da filha como lento e imaturo. A criança começa a andar com um ano e vinte dias. Inicia a fala com timidez, chama papai com um ano e três meses e mamãe aos dois anos. Apenas com três anos, quando é introduzida na escola, a fala é desenvolvida de maneira mais rápida. Na escola apresenta bom desenvolvimento, persistente até os dias atuais, sem queixa escolar, embora seja reservada - calada e tímida. Executa bem todas as tarefas, lembrando com facilidade as orientações da professora sobre as atividades de casa. A criança chora pouco com a separação do primeiro dia de aula; a mãe traz angústia nesse momento do relato, indicando relação com os padrões de apego e despedida entre as duas.

O controle dos esfíncteres parece difícil para Flor, fazendo uso da fralda até os dois anos, período em que inicia o treino ao toalete. Todavia, urina e defeca na roupa até os quatro anos, quando, por fim, aprende, apanhando da mãe. Por volta dos dois anos e seis meses até os quatro anos, a criança manipula seu órgão genital. Nesse período, a mãe intervém novamente através das palmadas, embora só consiga cessar quando passa a vestir a calcinha na filha. Ao falar sobre o assunto, a mãe lembra que a pele da criança é sensível e costumava surgir assaduras, levantando na terapeuta o questionamento sobre as marcas da violência materna. Atualmente, Flor apresenta como hábitos chupar o dedo e/ou colocá-lo no olho, possível indicativo de ansiedade frente ao processo maturacional que partiria do asseguramento do suporte cuidador para seguir rumo à capacidade de espera e suportabilidade da solidão constitutiva da individuação.

Até o nascimento da sua irmã, Flor dormia em sua cama. Desde então as irmãs dormem com a mãe e o pai dorme na rede. A genitora diz não se sentir confortável com a situação, justificando que gostaria de dormir com o esposo. Porém, este prefere dessa forma, assegurando assim que a filha mais nova não

acorde chorando, alegando também o seu medo de que ela possa asfixiar com o choro caso aconteça. A mãe mostra-se incomodada com o excesso de zelo do esposo com a criança e a falta de lugar conjugal, comentando “isso é vergonhoso” (sic).

Ao longo da sessão, o genitor mantém sua postura passiva e fala pouco diante de uma esposa, que se mostra controladora, embora a terapeuta tenha investido na interação, buscando sua participação por meio de perguntas e direcionando-lhe o olhar. A esposa também o provoca a falar, entretanto, logo em seguida, o interrompe para falar em seu lugar. Nesse primeiro momento, a terapeuta acessa a insegurança diante da postura autoritária dessa mãe e o medo de não saber lidar e conduzir suas tentativas de controle no processo terapêutico, como por exemplo, solicitar alteração de horário da sessão nas três primeiras semanas iniciais. Entretanto, a situação é oportuna para que a terapeuta trabalhe essa questão em sua própria terapia, organizando-se e empoderando-se de um enquadre.

Nessa anamnese, os dados apresentados sugerem que não foi possível para essa mãe entrar em estado regressivo e simbiótico com as necessidades básicas da filha, deixando lacunas na maternagem e, conseqüentemente, na organização biopsíquica da criança. Isso pois, “essa possível falha levaria em alguns casos a repercussões que comprometeriam seriamente a saúde somática e a saúde psíquica da pessoa, já que uma depende e interfere na outra” (MENDONÇA, 2008, p. 92).

Dessa forma, é oportuno compreender que a provável inviabilidade dessa mãe em adaptar-se às necessidades da filha possivelmente decorre da forma com que foi cuidada quando bebê. A teoria winnicottiana considera que a qualidade dos cuidados que os pais dispõem aos bebês perpassam suas experiências pessoais. A mãe, que já foi bebê um dia, possui essas recordações ou acessa ainda que inconsciente, de como foi cuidada e acolhida. Dessa forma, a qualidade da função materna diz respeito a qualidade das experiências vivenciadas na sua própria primeira infância (MONTEIRO, 2003).

Nesse sentido, proteger as crianças pequenas para que cresçam e se desenvolvam plenamente significa assegurar para a mãe um ambiente no qual ela

possa, estando pessoalmente bem, desempenhar com disponibilidade suas funções maternas (WINNICOTT, 2000). Dessa forma,

Essa é a função da família. Marido, companheiro, filhos irmãos, tios, pais, avós, padrinhos, agregados, amigos íntimos. As possibilidades de famílias são quase infinitas. Dos laços de intimidade nasce o desejo de cuidar e de proteção (...) Para que a família cumpra sua missão de estabelecer um lugar seguro para a mulher e a criança, cria-se, para ela também, um estado de necessidades especiais de proteção e cuidado – o sistema médico, na assistência à saúde; a previdência na licença maternidade, salário família ou seguro desemprego; as instituições religiosas, no alívio das dores espirituais, na promoção da esperança; os partidos políticos, na possibilidade de transformações mais radicais estruturais e redistributivas. Cada grupo social depende, para ser o que é, de um relacionamento com um grupo social mais vasto (OLIVEIRA; MINAYO, 2002, p. 42).

Nesse primeiro momento, é preciso ainda considerar a influência dos fatores hereditários e ocorrências ambientais gestacionais que podem não ter sido expostos na anamnese. A esse respeito, é importante considerar não só a presença de dados significativos, como também sua própria ausência:

A resposta que nos dá a mãe sobre a gravidez indica qual foi o início da vida do filho. Não espero que a resposta seja um reflexo fiel da verdade, mas o que os pais nos dizem, confrontando com o material oferecido pela criança, será de grande utilidade na investigação. Em alguns casos, houve, a princípio, ocultamento consciente de fatos importantes. Apesar disso, na maioria das vezes, trata-se de esquecimento, omissões ou deformações de memória por conflitos inconscientes (ABERASTURY, 2004, p. 83).

4.2. A BELEZA DA FLOR: AS PRIMEIRAS SESSÕES

“A beleza existe porque é contemplada. Que beleza teria a flor sem o olhar que a admira?” (Catarina Poeta)

No primeiro encontro com a terapeuta, a criança vem trazida pelos pais na companhia da irmã mais nova. Não apresenta dificuldade para separar-se dos genitores, mas demonstra conflito ao deixar a irmã que se mostra animada para acompanhá-la. A terapeuta explica que o momento e o espaço são dela, então ela compreende e segue até à sala de ludoterapia sem resistência. Parece empolgada quando se depara com o espaço regado de brinquedos.

Ao longo das primeiras sessões, a criança utiliza o túnel como transição para sua chegada, sendo esse, o primeiro movimento da criança ao entrar na sala. Ao realizar a travessia, experimenta uma diversidade de brinquedos e brincadeiras,

passando curto período de tempo em cada. Entre elas, algumas se destacam por sinalizarem possíveis temáticas relevantes na vida da criança.

A frustração aparece nas primeiras brincadeiras, junto aos sinais de tônus deficiente. No dardo, parece não haver firmeza ao lançar a flecha, aproxima-se buscando facilitar, porém desiste dizendo: “esse é muito difícil, vamos brincar de outra coisa” (sic), tenta a brincadeira por duas vezes em outros momentos reproduzindo esse mesmo desfecho. Em consonância a isso, no jogo da memória e na brincadeira com bilocas demonstra ansiedade e resistência para sustentar as regras. Em resposta, burla para vencer. No futebol surgem conteúdos semelhantes, demonstra dificuldade de chutar e acertar o gol, sugerindo deficiência no tônus muscular e questões na organização do esquema corporal.

Diante disso, e na ausência provisória de maiores dados, é possível sugerir que em decorrência da ausência de um grau suficientemente bom de adaptação materna às necessidades da criança, houve uma deficiência no manejo (*handling*) necessário para que o processo de alojamento da psique no corpo (personalização) pudesse obter sucesso. Haja visto que:

O processo decorrente do ‘lidar’, também chamado de personalização, está relacionado com a boa coordenação, com o tônus muscular satisfatório e com o uso da pele como continente de uma personalidade psicossomática. Uma manipulação deficiente contribui para que a criança não desfrute da experiência do funcionamento corporal (MENDONÇA, 2008, p. 92).

Tais brincadeiras, junto aos dados anamnésicos, indicam ainda a dificuldade e o medo da criança diante da perda e do erro, tendo em vista que na sua história existem lacunas do manejo materno do ritmo maturacional infantil e uma postura rígida dessa mãe que responde com agressão às necessidades e agressividade da criança, que necessita ser sustentada. Em consequência, no brincar surge também o sentimento de culpa diante de uma impossibilidade de reparação. A exemplo dessa questão, no jogo ‘cai não cai’, em determinado momento as bilocas caem quando a criança puxa o palito. Flor mostra-se ansiosa diante da situação e logo tenta re-encaixar os palitos para recolocar as bilocas, demonstrando receio de uma possível punição. Dessa forma,

note-se que a culpa não sobrevém, na teoria winnicottiana, pura e simplesmente da satisfação pulsional, ou de uma lei externa ou interna, mas da impossibilidade, por falha ambiental, de a criança poder reparar o dano

causado ao objeto amado. A moralidade da criança se origina dela mesma, nos casos de uma maternagem bem-sucedida (BARRETTA, 2012, p. 121).

Em outro momento, a criança derruba a casa que acabara de construir no jogo 'brincando de engenheiro'. Diante disso, finaliza a brincadeira e começa a guardar as peças no recipiente com certa força, mostrando-se chateada. Na oportunidade, a terapeuta pontua que o espaço é dela e ela pode escolher o que fazer com a situação. Flor absorve a informação e decide arrumar uma parte e deixar a outra no chão. Ao fim dessa mesma sessão, a criança demonstra angústia ao perceber a sala desarrumada. Novamente, a terapeuta disponibiliza a oportunidade de escolha e, embora resistente, decide: "eu arrumo outro dia" (sic). Nessas situações, é possível sugerir que a organização do espaço pode provocar em Flor ansiedade e culpa, podendo também refletir tanto as consignas invasivas maternas frente ao esquema desorganizativo da criança, quanto sua própria desorganização corporal.

Ainda na primeira sessão, entrando na temática da maternagem e do cuidado, através do brincar de boneca, Flor demonstra pouca dedicação ao brinquedo e permanece pouco tempo na brincadeira, lavando a boneca rapidamente. De acordo com os dados anamnésicos e com análise já realizada acerca da maternagem que Flor recebeu, é possível interpretar essa vivência como repetição da relação da criança com a mãe, que afirma a sua não identificação com a maternagem e demonstra disponibilizar pouco tempo e tolerância para o cuidado.

Na semana seguinte, associando as panelinhas a esse brincar, Flor alimenta, dá banho e coloca a boneca para dormir, demonstrando maior envolvimento na brincadeira. Na entrevista devolutiva, que será descrita mais adiante, a mãe da criança confessa ter sido afetada na primeira entrevista com a reflexão da terapeuta a respeito da sua postura com a filha e começou a investir na sua relação com Flor, disponibilizando mais tempo e cuidado. É oportuno ainda considerar que o *holding* que a mãe recebe da terapeuta no contato inicial pôde se desdobrar, inicialmente, na sua relação de cuidado com a filha, revelada no brincar. Dessa forma, é possível compreender a mudança de conduta da criança nessa brincadeira.

Em outra sessão, Flor escolhe uma Barbie e duas bonecas representando, respectivamente, a mãe e as filhas. As bonecas recebem comida, banho e uma

delas é colocada para dormir. A mãe (Barbie) fica distante inicialmente, mas aproxima-se no momento da alimentação e afasta-se em seguida. Nessa brincadeira, a terapeuta recorda que no período de amamentação de Flor, a criança estava sendo cuidada pelo pai e a mãe surgia somente para alimentá-la, relaciona novamente aos dados anamnésicos e interpreta como repetição e necessidade de elaboração dessa vivência.

Nesse contexto, é importante compreender que a amamentação precisa acontecer dentro do *holding*, a partir dos cuidados de uma mãe suficientemente boa, para assumir sua função nutritiva. O leite por si só não sustenta e não preenche, considerando que o afeto é necessário dentro do processo nutritivo. Em seu livro, *Os bebês e suas mães*, Winnicott ressalta que:

Enquanto evidência dos cuidados prestados ao bebê, podemos dizer, por exemplo, que o ato de segurá-lo e manipulá-lo é mais importante, em termos vitais, do que a experiência concreta da amamentação. É também um fato bem conhecido que muitos bebês passam pelo que parece ser uma experiência bem-sucedida de amamentação e, no entanto, são insatisfatório, no sentido de que se apresenta uma deficiência observável em seu processo de desenvolvimento, bem como em sua capacidade de relacionamento com as pessoas e utilização de objetos – uma deficiência resultante do fato de terem sido segurados e manipulados de forma insatisfatória (Winnicott, 1999, p. 21).

A contenção também surge como temática da criança em suas brincadeiras. No futebol, Flor faz alguns gols, apresentando uma comemoração refreada, gritando “go...!” no qual o som vai diminuindo e a emoção parece interrompida. Na brincadeira com espadas, apresenta movimentos presos, sugerindo uma agressividade contida. É possível ainda identificar contenção também na sua fala de baixo tom e associado a isso, há falta de clareza em sua pronúncia. Diante dessa última demanda, percebe-se a necessidade de encaminhar Flor ao fonoaudiólogo para avaliação.

Isso exposto, considerando que a maternagem vivenciada por Flor foi permeada por insuficiências e sem desconsiderar a possibilidade de existência de reparos relativos, é relevante retomar o conceito de preocupação materna primária, estado psicológico da mãe que a torna sensível às necessidades básicas do seu filho, realizando um ajustamento adaptativo e que estabelece graduais falhas em conformidade com a crescente capacidade da criança de suportar as falhas relativas por meio de sua atividade mental. Winnicott aponta esse processo como eixo de organização biopsíquica do bebê que interfere nos padrões motores, fonatórios e

atencionais por trazer um *continuum* relacional de estímulos necessários. Tal questão aparece no estudo de caso de Flor através da presença marcante da agressividade e irritabilidade materna diante do cuidado ressonante com o ritmo das necessidades da criança, na impaciência em acelerar-lhe aquisições através de palmadas.

É preciso relevar, por outro lado, a complexidade da relação entre estrutura biológica e ambiente cuidador, para não recair em uma leitura simplificada de causalidade linear. Winnicott reconhece que o ambiente interfere no psicossoma, assim como este último interfere nas respostas ambientais, quando afirma que “(...) as mães são liberadas lentamente por bebês nos quais será encontrado um baixo QI, e por outro lado os bebês possuidores de um tecido cerebral excepcionalmente bom, que eventualmente dará um alto QI, liberam sua mãe mais cedo” (Winnicott, 2000, p. 335). Por outro lado, diante da ameaça de insuficiência, imprevisibilidade ou intrusão dos cuidados, pode-se desenvolver defensivamente uma hiperatividade ou deficiência do funcionamento mental.

Na ausência de dados anamnésicos médicos relativos aos elementos hereditários ou ocorrências fisiológicas concretas que possam concorrer nas dificuldades apresentadas, a situação discutida parece relacionar a falta de clareza na fala da criança, a desatenção e o baixo tônus muscular. Nas palavras de Winnicott, “o esquema corporal com seus aspectos temporal e espacial fornece uma descrição valiosa do diagrama que o indivíduo tem de si próprio (...)” (*op. cit.*, p. 332). Nesse sentido, processos de desenvolvimento disfuncionais podem ser indicativos das questões do alojamento do psiquismo no soma:

Aqui, no crescimento excessivo da função mental em reação a uma maternagem errática, percebemos que surge uma oposição entre a mente e o psicossoma (...) o pensamento do indivíduo assume o poder e passa a cuidar do psicossoma, enquanto na saúde é o ambiente que se encarrega de fazê-lo (...) Avançando mais um degrau, podemos nos perguntar o que acontece quando as tensões exercidas sobre um funcionamento mental organizado defensivamente contra um ambiente inicial tantalizante aumentam mais e mais. Uma das consequências é o estado confusional e (num grau máximo) a deficiência mental que não deriva dos defeitos no tecido cerebral (WINNICOTT, *op. cit.*, p. 336).

A primeira devolutiva é realizada com a mãe enquanto o pai cuida das duas filhas na recepção da clínica. Na oportunidade, a genitora fala o quanto a sua relação com Flor tem melhorado, reconhecendo a criança mais compreensiva e

madura. Diante disso, a terapeuta supõe que Flor começa a ser vista pela mãe em seu ritmo e enquadre. Como foi mencionado anteriormente, a mãe afirma ainda a importância da reflexão com a terapeuta a respeito do seu cuidado com a filha, enfatizando o quanto isso a colocou em movimento, fazendo com que ela buscasse identificar nela novas formas de cuidado. Desde então, busca ser mais compreensiva, presente e cuidadosa com as filhas em situações simbólicas como andar de mãos dadas na rua e organizar café na cama a pedido da criança, reconhecendo o quanto isso tem sido positivo na relação.

A queixa da dispersividade permanece no discurso materno, enquanto relembra que esta foi percebida desde os 3 anos e 6 meses. Entretanto, cita pequenos avanços e iniciativas atuais em Flor, exemplificando com uma situação em que a criança ajuda a irmã a concluir uma tarefa que a mãe havia orientado. Antes só o contrário acontecia, afirmando ficar surpresa com a atitude ativa da criança. Ainda assim, a mãe preocupa-se com a possibilidade de que a dispersividade seja algo patológico. Nesse sentido, é oportuno considerar o imaginário dos pais no que diz respeito à procura do acompanhamento psicológico para o filho, tendo em vista a crença cultural que relaciona o que é psicológico à loucura, bem como a relação com a ferida narcísica que representa reconhecer que algo não funciona bem com o filho (BLINDER; KNOBEL; SIQUIER, 2014).

Diante disso, a terapeuta investiga essa fantasia de patologia junto à mãe, buscando também compreender que sentido essa patologia teria em sua fantasia e se a sua rigidez é potencializada em decorrência dessa possibilidade. A genitora relata que busca a prevenção com o acompanhamento psicológico, reconhecendo que a sua postura com a criança poderia atenuar os sintomas da filha e confirmando que sua rigidez pode ser potencializada diante do desejo de estimulá-la.

Nesse momento, a ansiedade da mãe frente à filha é trabalhada a partir de um olhar para o gênese e lugar da queixa na relação entre pais e filhos, criança e ambiente, expectativas e provisão ambiental. A terapeuta pontua a importância de avaliar e perceber como a criança reage aos apoios, estímulos e oportunidades que estão sendo postos, antes de pensar na patologia e levanta a questão do que poderia haver no ambiente externo do controle educativo ou do diagnóstico que poderia estar relacionado aos medos e angústias internos à própria mãe e ao casal. As pontuações da terapeuta são bem acolhidas pela mãe que, apesar da resistência

em acessar as questões postas, mostra-se aberta para o processo terapêutico da filha. A partir daí, é realizado o encaminhamento ao fonoaudiólogo como provisão ambiental adicional.

Em virtude do que foi exposto, é possível sugerir que essa criança que não recebe, na fase de dependência absoluta e relativa, os cuidados básicos necessários para se constituir um ser integrado e separado, avança para a independência relativa com recursos fragilizados. Dessa forma, é necessário que ocorra uma regressão à dependência absoluta e relativa dentro do *setting* terapêutico e que tanto o contexto quanto o processo analítico sejam usados para que o falso *self* seja desconstruído e o verdadeiro *self* assuma o seu lugar (BRUM, 2004). A respeito disso,

O analista, enquanto sujeito presente, mas não intrusivo, que espera e que respeita as defesas do paciente, acena como esperança de um novo começo, de um “ser e continuar sendo”. A regressão traz a possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada à necessidade do paciente na sua infância precoce. O ambiente procura atender à necessidade do paciente expressa na transferência na situação analítica de retorno à situação inicial de fracasso ambiental e de uma possível experiência de provisão ambiental adequada (JANUARIO, 2011, p. 265).

Nesse sentido, “a qualidade da interação estabelecida (transferência e contratransferência) está diretamente vinculada ao clima de confiabilidade e previsibilidade que o terapeuta pode oferecer e que a criança ansiosamente espera encontrar” (LESCOVAR, 2004). Diante disso, é pertinente apontar a contratransferência que surge no presente estudo, em que a terapeuta acessa a identificação, o desejo de cuidar e disponibilizar o manejo adequado e um ambiente saudável para que a paciente possa retomar o curso natural e saudável do seu processo de amadurecimento. Dessa forma, é importante ainda considerar a contratransferência, que diz respeito ao conjunto de emoções e sentimento que o paciente provoca no analista, como favorável à compreensão do paciente (LEITAO, 2003).

4.3. DO LODO À SUPERFÍCIE: O PROCESSO TERAPÊUTICO

A Flor de Lótus, ao enfrentar as águas turvas e chegar a superfície, enxerga a luz e encontra a esperança. Em alusão a isso, é pertinente considerar que “esse

setting, que inclui o analista, é um ambiente que evoca estabilidade, confiança e esperança para que o paciente possa vir a se constituir como sujeito” (JANUARIO; TAFURI, 2011, p. 264).

Ao longo do processo terapêutico, através do brincar, as temáticas apresentadas nas primeiras sessões vão sendo retomadas e novas questões emergem. Nesse percurso, o túnel se mantém como um espaço de transição para a chegada de Flor. Por meio do lúdico e do manejo da terapeuta, é possível que a criança avance elaborando seus conflitos de acordo com o seu próprio ritmo. Dessa forma, o brincar se revela na elaboração de conflitos situacionais atuais e na atualização dos conflitos originais. A esse respeito, Winnicott destaca que “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)” (Winnicott, 1975, p. 80).

Nas brincadeiras que envolvem cuidado, Flor mostra-se cada vez mais envolvida. Em determinada sessão, ao convidar a terapeuta para a brincadeira de boneca, nomeia o brincar: “vamos brincar de mãe e filha” (sic). Nessa situação, escolhe três bonecas, as panelinhas simulando os alimentos com massinha, prepara a comida, alimenta as bonecas e dá banho. A terapeuta faz parte dessa brincadeira, mas respeita seu espaço, permitindo que a criança atue de maneira autônoma.

Ainda nessa temática, Flor traz atitudes invasivas ao brincar de médica. Na brincadeira em que ela é a médica e a terapeuta é a paciente, aplica injeções e faz cirurgias, como abrir o abdômen e transplantar o coração. À vista disso, a terapeuta interpreta essa invasão como possível agressividade, associando com a postura rígida e autoritária da mãe. Na entrevista devolutiva é possível reforçar essa hipótese quando a mãe revela a sua impaciência, através de punições verbais e físicas impulsivas dirigidas à filha.

No decorrer das sessões, a frustração vai sendo atenuada e elaborada pela paciente que se apropria da possibilidade de lidar com a perda sem se desorganizar tanto. Ao jogar o jogo “Quem é você?” pela primeira vez, Flor questiona a terapeuta sobre o que acontece quando se perde nesse jogo. A terapeuta devolve a pergunta e sem obter resposta sugere “podemos tentar mais uma vez” (sic). Embora tenha perdido a partida, Flor não se deixa dominar pela frustração e sustenta a animação para jogar novamente.

Em outro momento, no jogo de equilíbrio, mostra-se ansiosa e derruba os bonecos algumas vezes – o objetivo do jogo é adicionar um boneco de cada vez sem que os outros caiam, mantendo o equilíbrio. Na oportunidade em que a criança perde, a terapeuta pergunta "e agora? O que acontece?" (sic), Flor responde com naturalidade "É a sua vez" (sic). Em outras brincadeiras, a criança ainda demonstra ansiedade e angústia diante do fracasso, entretanto em menor intensidade e com maiores recursos reparatórios do que nas primeiras sessões.

No que diz respeito à organização do espaço, Flor mostra-se mais desprendida, permitindo que o espaço permaneça do jeito que estiver, ainda que desarrumado "Ah, deixa bagunçado mesmo" (sic). Dessa forma, a terapeuta supõe que a culpa e o medo de punição, bem como o lugar da desorganização externa e interna foram, de algum modo, acessados. A culpa surge novamente no "pula-pirata", quando demonstra apreensão no momento de colocar a espada, mostrando-se frustrada ao perder, embora sustentando a frustração, e expressando alegria ao ganhar. Consoante a isso, é possível perceber em outras brincadeiras a criança mais espontânea em expressar suas emoções, tendo em vista que na maioria delas, Flor comemora com entusiasmo e expressividade as suas vitórias e confirmações da possibilidade de novas aquisições.

A temática do espaço surge no processo terapêutico com a inquietação da criança por sua irmã não ter um espaço lúdico. Ao término de uma sessão, Flor pergunta se há uma sala para a irmã, porém a terapeuta não consegue compreender e ela não consegue explicar. Quando saem da sala, a mãe conta que a criança tem demonstrado incômodo por sua irmã não ter o espaço dela "é como se a irmã estivesse sendo injustiçada" (sic).

Na semana seguinte, Flor vem acompanhada por um amigo que fica na recepção. A criança questiona sobre a possibilidade do colega acompanhá-lo na sessão, a terapeuta retoma a explicação inicial de que aquele lugar é um espaço de cuidado disponibilizado para ela, e sugere como alternativa que no final da sessão ela o convide para conhecer a sala, sendo essa forma aceita pela criança. Ao final, apresenta a sala para o amigo demonstrando autonomia e assertividade em sua postura, embora quando o colega entra na sala, rapidamente o convida para sair "Agora vamos para casa" (sic).

Ainda na mesma sessão, a criança escolhe o “Brince Color”, brinquedo que dispõe de um painel com furos e um conjunto de pinos que, ao serem encaixados no painel, formarão uma figura. Na brincadeira, Flor elege o desenho da casa como modelo para reproduzir no painel, porém acha difícil “eu não consigo” (sic). A terapeuta propõe criar de maneira livre, visando oportunizar o gesto espontâneo e a possibilidade do verdadeiro *self* se expressar, considerando que “é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruam sua liberdade de criação” (WINNICOTT, 1975, p.79). Diante da proposta, Flor aceita a ideia e constrói a sua própria casa, qualificando-a como linda ao final. Na produção, percebe que não há espaço para um pino em determinado lugar do desenho e questiona: “Não tem nada se ele não tiver o espaço dele, não é?” (sic), a que a terapeuta sugere: “Ele pode encontrar outros espaços” (sic). Demonstrando satisfação com a possibilidade, logo procura outro lugar para o pino sem espaço. Nessa situação, a criança retoma a sua angústia por não haver uma sala de ludoterapia para a irmã, entretanto, dessa vez, associando a sugestão da terapeuta, sinaliza compreender que aquele espaço é dela.

Sobre essa temática, é importante considerar o espaço de cuidado dessa criança que não recebeu cuidados suficientemente bons, como já foi dito anteriormente e, portanto, não vivencia plenamente a experiência de morar dentro do seu corpo. Nessa ausência, emerge a necessidade de um espaço em que possa existir e se confirmar, de um lugar para crescer. Na situação em que apresenta o *setting* terapêutico ao amigo, um espaço de *holding*, Flor nomeia o lugar “é o meu espaço” (sic). Como uma criança regredida em estágios anteriores, demonstra o seu egocentrismo. Mostra ao colega, mas não permite que ele permaneça na sala muito tempo, talvez para não desvirtuar aquilo que começa ou retoma o contorno do seu si-mesmo.

No desenrolar das sessões, Flor traz questionamentos que sugerem uma busca por confirmações do que foi construído ao longo do processo terapêutico e que confirmam a presença do falso *self* como eixo de existência. Na pintura com tinta guache, lança perguntas “Eu posso pintar o que eu quiser né?”, “Não tem nada se eu pintar a folha toda né?” e “Não tem nada se for muito preto né?” (sic), a terapeuta responde de maneira a deixá-la livre na atividade. Nesse momento, é importante considerar que a criança não faz muitos movimentos em direção ao lápis

e papel para desenho, mesmo sob apresentação dos objetos no *setting*. Sua movimentação no espaço indica busca de experimentação na movimentação ampla e do corpo no espaço.

Em outra oportunidade, na brincadeira com as bolhas de sabão, enquanto a terapeuta assopra as bolhas, a criança tenta estourar e solicita que as bolhas sejam feitas mais rápido. A terapeuta explica que as vezes não consegue assoprar tão rápido e ela responde “você consegue, lembra que você já conseguiu?” (sic). Quando é a sua vez de assoprar as bolhas, derruba acidentalmente a água no chão e reage “Não tem nada né?” (sic), a terapeuta responde “Não, podemos limpar juntas, o que você acha?” (sic). Dessa forma, a possibilidade de suportar o imprevisível vai ganhando espaço, uma vez que o rígido controle das expectativas de acerto pode ser mais desorganizador do que a própria inclusão dos erros e retomadas maturacionais.

Na entrevista devolutiva relativa às sessões supracitas, a mãe vai sem a companhia do esposo, alegando que este não pôde comparecer novamente. Inicia apontando avanços e reconhecendo mudanças, nela e na filha. Percebe a criança mais assertiva, comunicativa e aberta. Sente-se mais próxima das filhas em decorrência de um maior investimento de sua parte. Diante disso, confessa perceber sua baixa tolerância à desobediência e opta por ameaças e palmadas em detrimento do diálogo na maioria das vezes. Justifica esse fato com a queixa trazida na primeira entrevista quando “parece que ela não me ouve” (sic). Qualifica o brincar espontâneo da criança como “sem limites”, insistindo mesmo que o outro não queira, interrompendo apenas quando machuca ou é machucada, com pouca noção da própria intensidade. Relata recordação de que quando Flor era bebê, tinha as “juntas moles” (sic) e atualmente não tem firmeza no andar, caindo com frequência. A terapeuta levanta a questão da organização da intensidade e dos graduais contornos que o bebê encontra nas relações com seus cuidadores, assim como a criança retoma tais cenas nas suas brincadeiras e construção de habilidades.

Diante disso, a mãe traz ainda a relação da criança com o pai, identificando-o como atencioso e presente, qualificando essa presença como “momentos de qualidade” (sic). Na oportunidade, a terapeuta questiona à mãe sobre a sua relação com a filha. A genitora relata que tem buscado estar mais presente e disponível para

as filhas e embora confesse ser um sacrifício, julga a recompensa gratificante “elas ficam felizes” (sic). A respeito dessas relações,

O que importa, portanto, para Winnicott, no que se refere ao pai (como também à mãe), é a participação efetiva deste na vida da criança, a qualidade de sua presença e de suas ações, tendo todo o posterior desenvolvimento da relação com o pai uma base nestas experiências iniciais (ROSA, 2009, p.59).

Ao final da sessão, já com o tempo ultrapassado, a mãe retoma os questionamentos, dessa vez em nome do esposo ausente, acerca da possibilidade da filha ter alguma patologia e da duração do processo terapêutico. Diante do tempo limitado, a terapeuta retoma a perspectiva colaborativa da família na descoberta do ritmo, dos limites, dos recursos e das provisões possíveis, indicando que o fim do acompanhamento terapêutico é relativo às conquistas de autonomia da criança na relação com a família no processo. Aproveita ainda o momento para falar brevemente sobre a importância da presença dos pais no processo terapêutico, solicitando que o pai esteja presente no próximo encontro.

O vínculo da criança com a terapeuta, que se revela já nas primeiras sessões, é consolidado no decorrer do processo terapêutico. Em uma brincadeira com bilocas amarelas que pulam, Flor sugere que ela e a terapeuta juntem os pés para que o brincar com essas bilocas aconteça no espaço criado. Nesse contexto, a terapeuta pensa nesse espaço como potencial tendo em vista que:

O espaço que o brincar ocupa não fica dentro nem tampouco fora da subjetividade, fica na fronteira. O brincar não está no espaço repudiado pelo bebê que constitui o não-eu, nem está inteiramente dentro de sua subjetividade e corpo. Este espaço de brincar Winnicott chamou de espaço potencial e é de início pensado como um espaço que se forma entre a mãe e o bebê (FRANCO, 2003, p.47).

Em outro momento, na brincadeira de construção, Flor afirma com segurança “você me ajuda quando eu precisar” (sic) e a terapeuta confirma que estará lá para ajudá-la. Em outras duas situações, solicita levar elementos da sala com ela. Na primeira, pede para que a terapeuta desenhe a sua própria casa e na segunda sugere que cada uma encha uma bexiga e leve para casa consigo.

Nesse contexto transferencial, é importante considerar que a terapeuta olha, dá *holding*, nomeia, sustenta o vínculo e faz a extensão da mãe suficientemente

boa, auxiliando na organização do espaço potencial da criança, do espaço interno e externo. Dessa forma, é possível apontar que o *setting* terapêutico se mostra como um lugar de confiabilidade, previsibilidade e *holding*. Diante disso, Flor demonstra estar sensível a esses estímulos e receber os benefícios disponíveis.

4.4. DESABROCHAR: SER E FLORESCER

Nas últimas sessões a criança não utiliza mais o túnel para mediar sua chegada. Nesse momento do processo, Flor mostra-se cada vez mais autônoma no brincar. O quebra-cabeça, monta rápido e sozinha, demonstrando sua boa capacidade cognitiva – revelada também em outros jogos, seguindo a própria linha de raciocínio. Na oportunidade, a terapeuta nomeia os animais e valida o seu desempenho.

A frustração permanece surgindo como tema nas últimas sessões, sendo elaborada através do brincar. O tema aparece com frequência no jogo da memória. Em uma determinada partida, Flor vence com habilidade e satisfação “Esse está ficando fácil para mim” (sic). Perdendo, a terapeuta comenta e pergunta “Estou perdendo! E agora, o que acontece?” (sic), a criança responde “Nada, não tem nada se perder” (sic). Em outra partida, fala sobre o seu desejo de ganhar o jogo “tomara que eu ganhe” (sic), a terapeuta pontua que também gostaria de ganhar, mas que se perder, não tem problema pois pode ganhar outras vezes. Em seguida, a criança perde o jogo demonstrando aceitação desse dado de realidade.

Em uma das sessões, Flor produz o desenho de um coração com manchas pretas que simbolizam a heroína *LadyBug* e uma Flor acima do coração. Avisa que a produção é destinada à mãe. A terapeuta tenta compreender mais sobre a personagem, mas ela é resistente e fala apenas que é uma heroína e um dos seus poderes é a força. Diante da construção, a terapeuta supõe que o vínculo mãe e filha esteja sendo consolidado.

Na última entrevista devolutiva, o pai da criança não aparece novamente. A mãe alega que o esposo fazia planos de ir, mas que não foi possível. Dessa forma, a terapeuta propõe marcar uma sessão individual com ele em horário extra na semana seguinte, a proposta é bem recebida pela mãe que fica de combinar com o companheiro. A genitora inicia retomando os avanços de Flor, conta que as pessoas

comentam perceber a criança mais comunicativa e aberta para interagir, embora abaixe o tom de voz ao falar com desconhecidos. Antes do processo, ficava recuada. A criança inicia o acompanhamento fonoaudiológico em agosto, por volta de um mês após o encaminhamento, período em que aguarda na lista de espera. Nesse processo, realiza exame auditivo acusando audição preservada, trabalha o “som” da letra “R” e é encaminhada ao otorrinolaringologista por dormir com a boca aberta.

Retomando a fantasia de patologia, a mãe fala sobre o seu medo inicial do que iria encontrar ao buscar o acompanhamento psicológico para a filha. Relata que teve medo de descobrir alguma doença na criança e/ou se deparar com um profissional que a enxergasse como uma doente e a medicasse de maneira negligente. Nesse momento, emocionada, agradece a terapeuta por olhar a sua filha como uma criança saudável e capaz, fazendo com que ela também passasse a enxergá-la dessa forma. Ainda em agradecimento, fala sobre a importância do processo terapêutico para a evolução de Flor e para suas próprias mudanças, enfatizando o quanto esteve atenta as pontuações da terapeuta e o desejo de seguir buscando ser cada dia melhor. Refere-se ainda à importância do cuidado (*holding*) que recebeu da terapeuta ao longo do processo, afirmando “é um tratamento para mim também” (sic). Nesse momento, traz questões de sua vida pessoal que divergem da sua relação com Flor. Acolhendo a demanda, a terapeuta sugere que a mãe busque um espaço que seja seu para cuidar das suas demandas, apontando a importância do seu próprio auto-cuidado para o processo da filha, realizando, dessa forma, o seu encaminhamento ao psicólogo. Diante disso, a genitora mostra-se aberta para essa possibilidade, afirmando “acho que vai ser muito bom” (sic).

Em virtude das demandas das filhas, decide reduzir sua carga horária de trabalho pela metade e junto com o esposo tiram um dia na semana para se dedicar exclusivamente à família. Ao final da sessão, relembra ter dito na primeira entrevista não se sentir apropriada do sentimento materno, afirmando que no momento se apropria da maternidade, reforçando o vínculo a partir de seus cuidados e esforço.

Diante do desenrolar dessa história, que permeia do início ao fim a relação de Flor com a sua mãe, é oportuno fechar este estudo com interpretações acerca dos três desenhos produzidos pela criança e já mencionados anteriormente (Anexos

A, B e C), uma vez que, elaborados em momentos diferentes, revelam a evolução dessa relação mãe e filha ao longo do processo terapêutico.

No primeiro desenho (Anexo A), as flores, representantes das duas irmãs, estão fora da casa, que está fechada, sem chão e isoladas, distantes uma da outra. No segundo (Anexo B), há um chão ainda que frágil e as flores permanecem sozinhas, porém mais próximas uma da outra. No terceiro desenho (Anexo C), não são mais duas flores, tampouco representam ela e a irmã, mas sim a Flor sozinha, maior e mais viva que nos primeiros desenhos. Agora a Flor tem um chão mais firme, embora ainda instável e que a separa do coração que é feito para a mãe. A cor vermelha que é comum nas duas figuras, suscita na terapeuta impressão de identificação. As manchas do coração, embora sejam colocadas em referência a personagem *LadyBug*, passam a impressão de serem furos, é um coração vivo, porém machucado, perfurado. Dessa forma, é possível supor que o desenho revela desejo e identificação e ao mesmo tempo dor e cisão, tendo em vista que, embora a mãe tenha buscado investir nesse cuidado, há questões que ainda precisam ser trabalhadas.

Nesse sentido, é importante considerar que é terapêutico acessar as dores, identificar e reconhecer o que sente e o que necessita para poder comunicar a necessidade. O presente relatório é fechado no mês de outubro, antes do processo de acompanhamento encerrar-se, tendo continuidade até o mês de novembro. Apesar disso e do contínuo aprofundamento que o processo indica, Flor já acessa diversas das suas necessidades, solicita apoio, se posiciona, reclama e regula suas bordas em diversas situações. Esse é um processo de contato com o que há de necessidades legítimas, já é um rumo que leva ao caminho mais próximo do verdadeiro *self*. A clínica baseada na visão winnicottiana se sustenta nas comunicações surgidas e nos encontros entre dois humanos, onde o psicoterapeuta passa a estar disponível para o paciente como pessoa que ele é, de forma que o paciente possa usar dessa relação para manifestar suas necessidades. Isto é, cada consulta tem um fechamento próprio, permeado inclusive pelas próprias limitações e capacidade do terapeuta (LESCOVAR, 2004, vol.21).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a vivência do estágio supervisionado no contexto clínico, é oportuno ampliar o conhecimento teórico adquirido ao longo do curso de psicologia, bem como consolidar a atuação profissional, adquirindo segurança e propriedade diante do fazer clínico. Concomitante à isso, faz-se necessário também estudar e pesquisar enquadres clínicos diferenciados a partir da teoria de base, visando ampliar a aprendizagem para além da clínica, e alcançando a diversidade de contextos em que essas demandas estão inseridas na atualidade.

A partir do breve percurso pelos pressupostos da psicanálise infantil e do mergulho na teoria de D. W. Winnicott, apontando seus principais conceitos, a teoria do amadurecimento e os preceitos básicos que norteiam a sua prática clínica, é possível compreender a psicanálise winnicottina como ferramenta importante para atender as demandas do sujeito em sua totalidade e subjetividade, em especial o público infantil e adolescente. Dessa forma, a atuação segundo a prática clínica de D. W. Winnicott coloca-se a serviço do que o paciente necessita, considerando seu potencial para o amadurecimento e tornando o ambiente favorável para que o sujeito avance nesse processo, rumo à unidade do *self* (si-mesmo).

No que diz respeito ao relato de caso apresentado, apesar dos avanços da criança identificados ao longo do processo terapêutico, é pertinente a continuidade do acompanhamento psicológico haja visto que há questões nucleares, especialmente, relacionadas ao manejo materno que ainda precisam ser olhadas e cuidadas. Junto a isso é importante a manutenção da assistência do fonoaudiólogo considerando que, embora mostre-se mais articulada, ainda há falta de clareza na fala da criança, bem como a existência das questões pontuadas e já trabalhadas pelo próprio fonoaudiólogo.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança: teoria e técnica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 289p.

COSTA, Teresinha. **Psicanálise com crianças**. Rio de Janeiro:Zahar, 2010.

BARRETTA, João Paulo F.A **origem da moralidade em Freud e Winnicott**. *Winnicott e-prints*[online]. 2012, vol.7, n.1, pp. 114-125. ISSN 1679-432X.

BLINDER, Carlos; KNOBEL,Joseph; SIQUIER, Maria Luiza. **Clínica Psicanalítica com Crianças**. São Paulo: Idéias& Letras, 2011.

BRUM, Evanisa Helena. **Patologias do vazio: um desafio à prática clínica contemporânea**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2004, vol.24, n.2, pp. 48-53. ISSN 1414-9893

DIAS. Elsa Oliveira. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIAS. Elsa Oliveira. **A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica**. *Natureza Humana* 10(1), p. 29-46, janeiro/junho 2008.

ESTEVES, Carolina Marocco; ANTON, Márcia Camaratta e PICCININI, Cesar Augusto. **Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram partopré-termo**. *Psicol. clin.*[online]. 2011, vol.23, n.2, pp. 75-99. ISSN 1980-5438.

FRANCO. Sérgio de Gouvêa. **O brincar e a experiência analítica**. *Ágora*, v. 4,n. 1, p. 45-59, janeiro/junho 2003.

FROTA, Ana Maria. **A reinstalação do si-mesmo: uma compreensão fenomenológica da adolescência à luz da teoria do amadurecimento de Winnicott**. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672006000200006>. Acesso em: 28 maio 2017.

GARCIA. Claudia Amorim. **O conceito de ilusão em psicanálise: estado ideal ou espaço potencial?**. *Estudos de Psicologia* 2007, 12(2), 169-175.

JANUARIO, Livia Milhomem and TAFURI, Maria Izabel. **A relação transferencial para além da interpretação**: reflexões a partir da teoria de Winnicott. *Ágora (Rio J.)* [online]. 2011, v.14, n.2, p.259-274. ISSN 1809-4414. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982011000200007>.

LEITAO, Leopoldo Gonçalves. **Contratransferência: uma revisão na literatura do conceito**. *Aná. Psicológica* [online]. 2003, vol.21, n.2, pp.175-183. ISSN 0870-8231.

LESCOVAR. Gabriel Zaia. **As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott**. *Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*, v. 21, n. 2, p. 43-61, maio/agosto 2004.

MENDONÇA, Maria Emília. **A teoria do amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott e a fisioterapia**. *Winnicott e-prints* [online]. 2008, v.3, n.1e 2, p. 1-30. ISSN 1679-432X.

MONTEIRO, Mayla Cosmo. **Um coração para dois**: a relação mãe-bebê cardiopata. 2013. 99 f. Tese (Mestrado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, PUC - Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2013.

MOTTA. Ivonise Fernandes da. **O gesto espontâneo e a interpretação criativa**. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 13 (2), p. 271-471, jul-dez 2005.

NAFFAH NETO, Alfredo. **Winnicott**: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. *Nat. hum.* [online]. 2005, v.7, n.2, p. 433-454. ISSN 1517-2430.

OLIVEIRA, H.; MINAYO, M. C. S. Complexidade e mortalidade infantil. In. MINAYO, M. C. S. DERLANDES, S. F. (Orgs.) **Caminhos de pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

ROSA. Claudia Dias. **O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott**. *Natureza Humana*, 11(2), p. 55-96, julho/dezembro 2009.

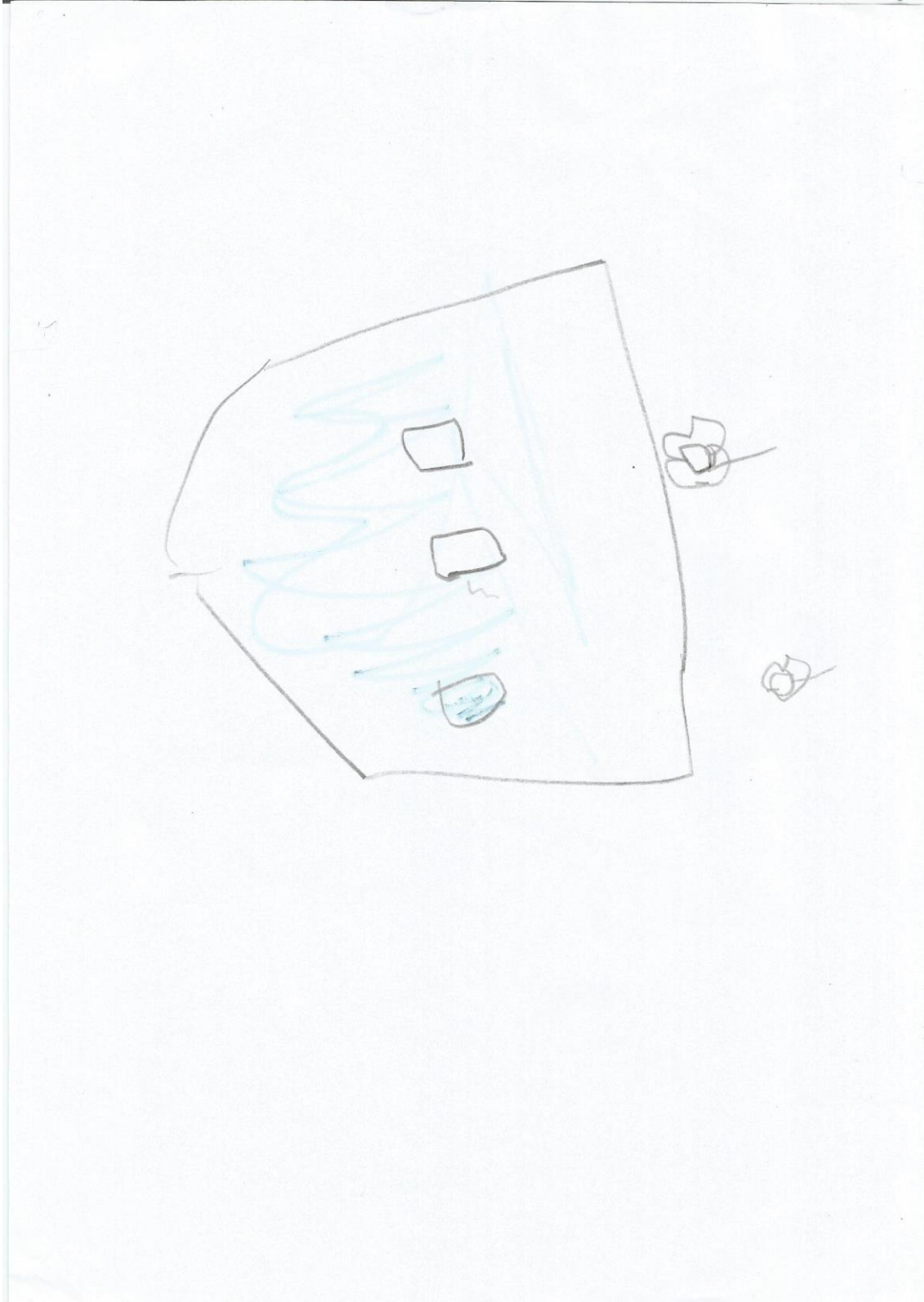
WINNICOTT. D. W. (1965) **A família e o desenvolvimento individual**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. **Da pediatria a psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. **O Ambiente e os Processos de Maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ANEXOS**ANEXO A**

ANEXO B



ANEXO C

