

ed. ac. 120910
R14032489
28/9/2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

YZY MARIA RABELO CÂMARA

PERCEPÇÃO, VIVÊNCIA E ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO
PSÍQUICO EM CRIANÇAS USUÁRIAS DE CAPS INFANTIL

CARO USUÁRIO

QUANDO VOCÊ VEIO A ESTA BIBLIOTECA E ACHOU QUE EU SERIA ÚTIL ÀS SUAS NECESSIDADES, TORNEI-ME "SEU COMPANHEIRO DE APRENDIZAGEM".
QUANDO TIVER A TENTACÃO DE ME MUTILAR, LEMBRE-SE QUE MUITOS OUTROS TAMBÉM PRECISAM DE MIM.

" SEU DIREITO TERMINA QUANDO COMEÇA O DO OUTRO".

BCS/UFC

D
155.418
C173p
4.1

FORTALEZA

2011

YZY MARIA RABELO CÂMARA

**PERCEPÇÃO, VIVÊNCIA E ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO
EM CRIANÇAS USUÁRIAS DE CAPS INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Pública, do Centro de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Dr. João Joaquim Freitas do Amaral

FORTALEZA

2011

C174p Câmara, Yzy Maria Rabelo

Percepção, vivência e enfrentamento do sofrimento psíquico em crianças usuárias de CAPS infantil/ Yzy Maria Rabelo Câmara. – Fortaleza, 2011.

122 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.
Programa de Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, Ceará.

1. Criança. 2. Estresse Psicológico. 3. Teoria Psicanalítica.
4. Narração I. Amaral, João Joaquim Freitas do (orient.) II.
Título.

CDD:155.418



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ATA DA SESSÃO DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE **YZY MARIA RABELO CÂMARA**, REALIZADA NO DIA TRINTA E UM DE MARÇO DE DOIS MIL E ONZE.

1 Às **treze horas** do dia **trinta e um de março de dois mil e onze**, no Auditório Sullivan Mota, da
2 Universidade Federal do Ceará, realizou-se a 214ª. Sessão de Defesa da Dissertação de Mestrado
3 de autoria de **YZY MARIA RABELO CÂMARA**. O trabalho tinha como título: "PERCEPÇÃO,
4 VIVÊNCIA E ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CRIANÇAS
5 USUÁRIAS DE CAPS INFANTIL". Compunham a Banca Examinadora os professores doutores:
6 **CLARA VIRGINIA DE QUEIROZ PINHEIRO, MARIA ISOLDA CASTELO BRANCO**
7 **BEZERRA DE MENEZES, ÁLVARO JORGE MADEIRO LEITE e JOÃO JOAQUIM**
8 **FREITAS DO AMARAL(ORIENTADOR)**. A sessão foi aberta pelo Vice-Coordenador do
9 Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública professor doutor **FRANCISCO HERLÂNIO**
0 **COSTA CARVALHO**, que apresentou a Banca Examinadora e passou a palavra ao orientador
1 afim de que apresentasse a candidata. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição da
2 mestranda. O primeiro examinador foi a professora doutora **CLARA VIRGINIA DE QUEIROZ**
3 **PINHEIRO** logo após procederam à arguição os professores doutores **MARIA ISOLDA**
4 **CASTELO BRANCO BEZERRA DE MENEZES, ÁLVARO JORGE MADEIRO LEITE e**
5 **JOÃO JOAQUIM FREITAS DO AMARAL** Em seguida a Banca Examinadora se reuniu
6 reservadamente a fim de avaliar o desempenho da candidata. Por unanimidade a Banca
7 Examinadora considerou aprovado o trabalho da mestranda. Nada mais havendo a
8 relatar a sessão foi encerrada às 17:00 horas.

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral
(Orientador)

Prof. Dra. Clara Virginia de Queiroz Pinheiro
(Universidade de Fortaleza)

Maria Isolda Castelo Branco Bezerra de Menezes
(CETRA/IVB)

Prof. Dr. Alvaro Jorge Madeiro Leite
(UFC)

À Maria Iléuda Verçosa (*in memoriam*), a menina-moça-mulher que passou uma vida inteira de privações e contenções devido ao intenso sofrimento psíquico (grande inspiração para a elaboração desta dissertação) e a Rodolpho Teóphilo (*in memoriam*), farmacêutico e grande sanitarista brasileiro, que por iniciativa própria, sem nenhum apoio político ou financeiro e pelo amor à preservação da vida, produziu, imunizou a população cearense e treinou multiplicadores no combate à varíola, fazendo do Ceará um escudo de proteção contra a disseminação desta doença para os estados do Piauí, Maranhão, Pará, Amazonas, Roraima, Rondônia e Acre.

AGRADECIMENTOS

À minha amada família: por toda a pilastra emocional e material da minha vida, toda a experiência sublime de amor verdadeiro, a paz nos momentos de inquietude, a força, a compreensão, os conselhos amigos e sábios, a prontidão nas entregas pessoais e por todo o incentivo e sintonia a mim destinados do começo ao fim deste Mestrado.

Ao Dr. João Joaquim Freitas do Amaral (meu orientador), pela confiança que demonstrou em mim desde o princípio, mesmo nos instantes em que eu precisava me isolar para produzir e pelas palavras generosas que me aliviaram tantas angústias.

Às Dras. Clara Pinheiro e Isolda Castelo Branco, pela oportunidade a mim concedida de moldarem-me na pesquisa científica; por todo o crescimento obtido e vivência de afeto.

À Dra. Márcia Machado, que tão solicitamente participou da minha Qualificação e pela aceitação e gentileza do Dr. Álvaro Madeiro em participar da minha Defesa.

Às amigas que me inspiraram no período preparatório e mostraram que o esforço valeria a pena: Adriana Melo (minha comadre) e Patrícia Moura, que com toda disponibilidade, paciência e gentileza, elucidaram dúvidas e amainaram inquietações.

Às amigas Luzimar Castro (*in memoriam*), por toda a crença profissional em mim depositada; Conceição Nogueira, pelas provas infindáveis de amizade, motivação e bons votos; Teté (Antônia Rodrigues), por toda calma, alegria e cuidados dispensados a mim e aos meus; Dra. Rejane Pitombeira, pela grata oportunidade a mim possibilitada de vivenciar a realidade da prática em saúde mental; Ré Campos, pela força amiga e iluminação que lhe é inerente; Eveline Mourão, pela contribuição através de elucidações e empréstimos de materiais.

À Dominik Fontes e Zenaide Queiroz (por toda a paciência, doçura, auxílio e carinho no decurso do Mestrado), Fabrícia Salvador e André Moura, pela ajuda necessária no momento exato.

Às Dras. Cristina Kichler, Fátima Araújo e Célia Monroe, por toda a amizade e paciência nas minhas ausências laborais, nos momentos finais deste trabalho.

À Dra. Lílian Alves, que me permitiu compartilhar momentos terapêuticos com as crianças do NAIA e ao corpo profissional do CAPSi Maria Ileuda Verçosa, que me acolheu de forma tão calorosa e disponível.

Às crianças colaboradoras e suas cuidadoras, pela confiança em expor fragmentos de subjetividade permeados de dor e esperança.

À Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa (FUNCAP), por todo o apoio científico e financeiro necessários à execução desta dissertação.

À Rosane Costa, pela gentileza e disponibilidade de corrigir o texto segundo a padronização da ABNT.

Ao computador: tão amigo, tão paciente, tão generoso.

À Deus, sobretudo. A gratidão pelo dom da vida, pela benção da saúde, pela força de vontade e pelo obséquio de me conceder a oportunidade de conhecer, conviver e ser presenteada por todos aqui mencionados.

" É engraçado a força que as coisas parecem ter quando elas precisam acontecer".

(Cactano Velloso)

RESUMO

Esta pesquisa visou à compreensão da percepção, vivência e enfrentamento de crianças portadoras de sofrimento psíquico usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) Maria Ileuda Verçosa. O sofrimento psíquico foi analisado à luz da teoria Winnicottiana, através da teoria do amadurecimento humano, onde foi discutida a importância do suporte familiar e do meio saudável para um desenvolvimento emocional que tenda à integração do indivíduo, sendo o sofrimento psíquico da criança gerado pela falha desta estrutura. Os sujeitos foram dez crianças de 7 a 11 anos. Foi feito um levantamento de dados com as respectivas cuidadoras apenas como uma maneira de complementação das informações coletadas. O local escolhido corresponde ao primeiro CAPS infantil do estado do Ceará e atende ao público infanto-juvenil de 67 bairros do município de Fortaleza. Para tanto, foi feito um levantamento documental dos prontuários e das anotações dos diários de campo, assim como entrevistas semi-estruturadas com as crianças colaboradoras e suas cuidadoras, no período de agosto a dezembro de 2010. Os resultados encontrados apontam para a propriedade que as crianças têm de reconhecer e expressar suas formas diversas de vivenciarem o sofrimento psíquico: agressividade, mudanças de humor, queixas de ansiedade, dificuldades escolares, dificuldade de aceitação da realidade, estigma, violência doméstica e sexual. Por fim, a relevância deste trabalho encontra-se na compreensão do sofrimento psíquico pela ótica de quem o vivencia e na contribuição para com pesquisas futuras, pois há na literatura pouco material sobre o sofrimento psíquico da criança respeitando o discurso da mesma. A importância também é dada como um conhecimento que pode facilitar a reorientação de melhores práticas profissionais e de políticas públicas voltadas para a saúde mental infantil.

Palavras-chave: Criança. Sofrimento Psíquico. Psicanálise. Teoria Winnicottiana. Narrativas.

ABSTRACT

This research aimed at the understanding of the perception, existence and confrontation of children bearing psychological suffering, who attend the Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) Maria Ileuda Verçosa. The psychological suffering was analyzed based on Winnicott's theory, through the theory of human development, where the importance of the familiar support and the healthy environment was discussed, towards an emotional development which leads to the individual's integration: being the child's psychological suffering produced by a failure of this structure. There were 10 subjects who were children from seven up to eleven years old. A data survey was made with their respective caretakers only as a means by which to supply the collected information. The chosen place corresponds to the first CAPS Infantil do Estado do Ceará and attends children and adolescents of 67 districts of Fortaleza county. This way, a documental survey of the medical records and the notes of the area diaries was made, as well as semi-structured interviews with the collaborator children and their caretakers from August to December, in 2010. The results which were found point to the property that children have to recognize and express their several ways to experience psychological suffering: aggressiveness, changes of humor, complaints about anxiety, school difficulties, difficulty for accepting reality, stigma, domestic and sexual violence. Finally, the relevance of this work lies on the understanding of the psychological suffering through the view of those who experience it and the contribution this research paper may give to further investigation, since there is not so much literature on children's psychological suffering respecting their own discourse. Its importance is also given as a piece of knowledge that can facilitate the reorientation of the best professional practices and public policy towards childish mental health.

Key Words: Child. Psychological Suffering. Psychoanalysis. Winnicottian Theory. Narratives.

LISTA DE FIGURAS

- | | |
|---|------|
| 1 – Comportamentos Evidenciados | p 78 |
| 2- Atividades do CAPSi | p 96 |
| 3- Atividades preferidas pelas crianças colaboradoras do CAPSi Maria Ileuda Verçosa | p 97 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

HSMM – Hospital de Saúde Mental de Messejana.

NAIA – Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	A CRIANÇA	21
2.1	A criança e seu contexto histórico	21
2.2	A criança enquanto produtora de cultura	26
2.3	A criança e sua fala	27
2.4	A criança como sujeito de pesquisa	28
3	A PSICANÁLISE DE WINNICOTT	31
3.1	O referencial teórico de Winnicott	31
3.1.1	A importância de estudar o desenvolvimento emocional a partir da criança: tendência inata ao desenvolvimento	33
3.1.2	A dependências do bebê: de absoluta à relativa	34
3.1.3	A preocupação materna primária	35
3.1.4	A mãe suficientemente boa	37
3.1.5	Ambiente facilitador	39
3.2	Saúde e doença em Winnicott	40
3.2.1	Uma visão sobre saúde em Winnicott	40
3.2.2	Uma visão sobre patologia em Winnicott	42
4	O SOFRIMENTO PSÍQUICO	47
4.1	Sufrimento psíquico: um mal-estar ontológico	47
4.2	O surgimento do sofrimento psíquico na criança	54
4.3	O impacto do sofrimento psíquico para a criança	57
4.4	O impacto do sofrimento psíquico da criança para os cuidadores	58
4.5	Estratégia de enfrentamento do sofrimento psíquico	61
5	PERCURSO METODOLÓGICO	64
5.1	Desenho do estudo	64
5.2	Local	64
5.3	Período da realização do estudo	64
5.4	População	65
5.5	Critérios de inclusão	66
5.6	Critérios de exclusão	66

5.7	Instrumentos para a coleta de dados	66
5.8	Os procedimentos de coleta dos dados	67
5.9	Método de análise de dados	68
6	ASPECTOS ÉTICOS	70
7	RESULTADOS	71
7.1	Compreendendo a criança portadora de sofrimento psíquico por ela mesma	74
7.2	Percepção do sofrimento psíquico	76
7.2.1	Reconhecimento da doença pela criança	76
7.2.2	Reconhecimento de que não é como as outras crianças	77
7.2.3	Negação do sofrimento psíquico	77
7.3	Vivência do sofrimento psíquico	78
7.3.1	Agressividade	78
7.3.2	Quadros ansiosos	83
7.3.2.1	Inquietude	83
7.3.2.2	Mudanças de Humor	84
7.3.2.3	Dificuldades escolares	86
7.4	Vivência da doença pela criança em casa, na escola e na sociedade	86
7.4.1	Relacionamento familiar comprometido.	87
7.4.2	Não aceitação da realidade familiar	88
7.4.3	Negligência e/ou desamor parental	89
7.4.4	Vivência social do sofrimento psíquico	89
7.4.5	Medo dos sintomas da doença.	90
7.4.6	Comportamentos regredidos	91
7.4.7	Dificuldade de imposição de limites.	92
7.4.8	Vivências traumáticas de violência física e sexual	93
7.4.9	Rotina	95
7.4.10	Vivência no CAPSi Maria Ileuda Verçosa	95
7.5	Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico	97
7.5.1	Sonhos	98
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104

REFERÊNCIA	108
APÊNDICES	115
APÊNDICE A - Maria Iléuda Verçosa: O Resgate de Uma Vida Contida.	116
APÊNDICE B - Plano de aplicação (orçamento do projeto)	119
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido para crianças usuárias do CAPSi Maria Iléuda Verçosa	120
APÊNDICE D - Roteiro de perguntas da entrevista para crianças	121
APÊNDICE E - Perfil das crianças colaboradoras da pesquisa	122

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é o resultado de um desejo antigo da pesquisadora em compreender o sujeito de forma mais integral. Psicóloga clínica há onze anos, dos quais sete foram dedicados à experiência cotidiana de trabalho em hospital psiquiátrico (com mulheres portadoras de transtorno mental), novo desafio foi por ela lançado: compreender os eventos estressores e disparadores de sofrimento psíquico no ser em desenvolvimento e como esses fenômenos impactam na singularidade da percepção, vivência e enfrentamento de realidades emocionalmente dolorosas.

Foi percebido que, por mais que um evento traumático desencadeasse surtos diversos e conflitos existenciais, sempre ou quase sempre havia um comportamento predisponente; uma vulnerabilidade surgida ainda na infância e que o sujeito levava como arcabouço emocional para vivências futuras. Januário e Tafuri (2009) comentam que a infância tem características próprias e que a compreensão destas, gera compreensão sobre o psiquismo do adulto. Segundo Winnicott (1997):

Muita coisa acontece no primeiro ano de vida da criança: o desenvolvimento emocional tem lugar desde o princípio [...] é muitas vezes possível detectar e diagnosticar distúrbios emocionais ainda na infância, até mesmo durante o primeiro ano de vida. É evidente que a época certa para o tratamento de um tal distúrbio é a época mesma de seu início, ou um momento tão próximo desta quanto possível. (WINNICOTT, 1997, p.4).

Entendendo que o estudo do desenvolvimento humano (especificamente o estudo da infância) é a base fundamental para a compreensão do sujeito (independente de sua faixa etária) surgiu a necessidade de focar energia para o estudo da criança. Surgiram então os desafios mencionados no início deste texto: um estudo mais aprofundado da criança sob a perspectiva da Psicanálise (grande arcabouço teórico da criança, quando a atuação clínica da pesquisadora é de base humanista). A vida é um vir a ser de desafios e aprendizados que precisam ser enfrentados, em uma ruptura eterna da zona de conforto. Conforme Tzu *apud* Buzzi (1999, p.173): “Eu posso saber que não sei o que é o Nada. Não posso, porém, não

saber que não sei o que é o Nada. Se sei que não sei o que é o Nada, resta-me sempre ainda o saber do meu não-saber”.

O interesse em estudar o sofrimento psíquico surge do afã de compreender um adoecimento da ordem do subjetivo pela ótica de quem o vivencia e/ou enfrenta, o que ultrapassa conceitos estanques de classificações nosológicas e critérios diagnósticos (técnicos por excelência); desnudando o que está por trás do véu da depressão, da ansiedade, do medo e da agressividade, entre outros tantos estados anímicos que causam dor.

Esta dissertação teve como pergunta de partida: Como é percebido, vivenciado e enfrentado o sofrimento psíquico de crianças? Surgiu então o problema derivado do meu desconhecimento acerca da percepção, vivência e modalidades de enfrentamento do sofrimento psíquico em crianças. Por fim, foi colocado como objeto norteador o sofrimento psíquico de crianças usuárias do CAPSi Maria Ilcuda Verçosa.

Buscar conhecer o sofrimento é reconhecer algo essencialmente ontológico. O sofrimento coloca o sujeito em condições ou na possibilidade de refletir sobre aspectos vários de sua vida, podendo ressignificar situações adversas. Por esta ótica, o sofrimento pode ser um propulsor do crescimento e, neste sentido, algo salutar, possibilitando grande ensinamento por lançá-lo a uma teia de possibilidades.

Todo sujeito está suscetível ao sofrimento. Alguns conseguem ter maior suporte emocional e redimensionam com mais rapidez e sem tantos impactos negativos. Outros absorvem o sofrimento e este passa a ser constituinte do sujeito.

A angústia é uma forma patente desse sofrimento. Caminhando por uma visão filosófica, Buzzi (1999) revela a angústia como o que de mais humano existe no sujeito:

Na angústia, o ser que somos se revela naquilo que ele é em sua originalidade: *nada, pura possibilidade*. [...] A angústia não deixa ninguém se enganar, porque recorda o espantoso nada que somos. [...] Isso equivale a dizer que a existência humana é trágica porque todas as suas possibilidades, além de serem *possibilidades-de-sim*, são também *possibilidades-de-não*. Elas nos envolvem na ameaça do nada. (BUZZI, 1999, p.170).

Um motivo relevante para a escolha da teoria de Donald Winnicott (Pediatra e Psicanalista) para a reflexão desse estudo deve-se ao fato de ele ter analisado com larga experiência tanto crianças ditas saudáveis como pacientes em franco sofrimento mental: psicóticos, fronteiros e esquizóides, que possibilitaram-lhe a formulação de teorias acerca destes adoecimentos psíquicos e o fizeram assumir riscos pela exploração de campos terapêuticos pouco percorridos. Conforme Outeiral Filho (1991, p.19):

Winnicott focou as influências patológicas providas do ambiente em que o sujeito se encontra, ainda que os psicanalistas contemporâneos a ele tivessem como pressuposto o estudo dos processos intra-psíquicos. Winnicott não apenas estudou as patologias como desenvolveu estruturas teóricas para: "... um manejo diferente do *setting* em casos difíceis, como os dos psicóticos, *borderlines*, esquizóides, anti-sociais, graves estruturas de falso-*self* etc." (OUTEIRAL FILHO, 1991, p.19).

Após larga experiência profissional, Winnicott (1994) passa a desenvolver sua teoria que leva em consideração a grande necessidade que um bebê (a princípio completamente dependente) tem de tornar-se autônomo, inteiro. Este precisa de um suporte familiar e de um ambiente externo salutar.

Para tanto, parte-se do pressuposto de que o sofrimento psíquico não é exclusivamente algo subjetivo ou que traga em si o legado da hereditariedade, mas que encontra-se inserido em uma teia social. Além destes fatores concretos, não há como desvinculá-lo do meio onde a criança vive e desenvolve relações e habilidades.

Winnicott (1997) voltou seu foco de investigação para questões ambientais e as interferências decorrentes delas. Torna-se imprescindível que o bebê e o infante estejam inseridos neste meio, para que possa ser exercida a tendência inata do lactente de se desenvolver.

É nesse processo de exteriorização de si que ele se atualiza. Mas para que isso aconteça de forma salutar, precisa de todo um suporte emocional forte: "Estudos têm mostrado que a exposição a fatores psicossociais e psicodinâmicos é a regra, e não a exceção na população clínica de psiquiatria da infância e da adolescência" (Lee Fu -I, 2007, p.3). Por fim, a escolha de Winnicott, segundo Castell (2008, p. 35):

[...] deriva do fato de sua obra conferir às experiências afetivas e corporais um lugar central na constituição do sujeito. Para ele, as vivências durante os primeiros meses de vida do lactente são fundamentais para o bebê amadurecer emocionalmente, ou seja, (1) sentir-se uno, (2) presente em seu corpo e (3) capaz de se relacionar com o mundo ao seu redor.

A dissertação foi composta de três capítulos. O primeiro capítulo trabalhou a criança inserida em um contexto de historicidade sócio-cultural. Enfatizou que a compreensão do ser criança foi sendo construída temporalmente e a contemporaneidade está gradativamente valorizando a fala (antes excluída) do ser em desenvolvimento.

O segundo capítulo fundamentou a criança portadora de sofrimento psíquico a partir da Teoria do Amadurecimento Emocional de Winnicott, sem deixar de fazer também referência à família e ao papel fundamental do cuidador, assim como a noção de saúde e patologia na concepção do teórico supracitado.

O terceiro capítulo abordou o sofrimento psíquico enquanto um mal-estar universal, natural e estruturante do sujeito, portanto, ontológico. Trabalhou também o impacto do sofrimento psíquico para a criança e seus cuidadores, assim como estratégias possíveis de enfrentamento.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Este modelo de assistência, segundo Bontempo (2009), faz parte do Sistema Único de Saúde, política nacional que visa garantir a toda a população, o acesso a serviços de saúde; no caso específico, à saúde mental de crianças e adolescentes.

Por fim, a relevância desta dissertação se fez sentida pois, no plano político-institucional, o conhecimento da incidência e prevalência de sofrimento psíquico nas mais diversas esferas (desde o luto simbólico ao transtorno psiquiátrico propriamente dito) permite, segundo Lee Fu-I (2007), a elaboração e implantação de técnicas e políticas de saúde adequadas para a infância, assim como subsidiar e redirecionar políticas públicas em saúde mental. A seguir, será abordada a trajetória histórico-cultural da criança.

2 A CRIANÇA

“Há na vida dias de plantar e de regar, dias de esperar e de colher”
(P. Vasconcelos).

2.1 A criança e seu contexto histórico

A criança, segundo Bee (1984) e Bock (2000), é o sujeito que encontra-se nas fases iniciais do desenvolvimento, sujeito este que existiu desde sempre na história da humanidade e que segundo Del Priore (2000), estão em todos os lugares nas mais diversas condições: desde amadas a negligenciadas e abusadas; desde alunas a trabalhadoras. Não se poderia pensar diferente uma vez que, sem ela, não seria possível a continuação do ciclo evolutivo.

No entanto, o pensar sobre a infância é da ordem da modernidade e, principalmente, da contemporaneidade. A infância não existiu desde sempre. Conforme Müller (2006), as concepções tanto de criança quanto de infância constituíram-se em um processo de construção histórico e cultural, variando de cultura para cultura e de períodos históricos específicos.

Até a Idade Média, a criança era percebida como um adulto em miniatura, diferenciada dos adultos apenas pela estatura e força física: “[...] a duração da infância era reduzida ao seu período mais frágil e [...] mal a criança adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos e partilhava de seus trabalhos e jogos” (ARIÈS, 1981, p.10). Não havia um lugar de destaque e cuidado específico para o ser em desenvolvimento. Müller (2006), afirma que a criança medieval era vista como ser inferiorizado em relação aos adultos (meramente biológico e sem a habilidade e autonomia necessárias para a sobrevivência).

Seguindo a mesma lógica, Ariès (1981) afirma que a criança medieval participava da vida adulta sem restrição alguma, tanto em relação à prática de ofício (visando à

conservação e manutenção dos bens da família), quanto em relação à noção de intimidade (incluindo a observação da prática sexual dos adultos).

A criança não precisava ter conhecimentos aprofundados e gerais como a leitura e a aritmética, para ser destinada ao trabalho; bastava apenas conhecer o ofício dos antepassados e reproduzir as mesmas técnicas laborais. Desta maneira, a transmissão formal de conhecimentos não era acessível às massas, apenas às crianças e jovens de famílias abastadas que delegavam a transmissão do saber a predecessores. Ariès (1981) coloca que a criança, de um modo geral, era educada a partir do convívio com os adultos, pois era criada no espaço público.

Com relação ao campo da afetividade, Ariès (1981) aponta que não havia um anseio social que estabelecesse o sentimento de carinho entre os cônjuges e entre pais e filhos. O sentimento de amor filial, no sentido mais pleno do termo, também é uma criação das eras mais atuais. Mas o sentimento de afetividade existia e, em geral, essas trocas ocorriam fora do contexto familiar: entre amigos, vizinhos e criados.

No que tange à falta de privacidade, conforme Ariès (1981), a própria sexualidade era desprovida de pudores no se refere às restrições (inclusive ao contato físico dos jogos sexuais entre crianças e com adultos). Essa falta de restrição era devida à crença de que a criança era indiferente à sexualidade e que apenas sendo púbere é que a mesma seria sexualmente despertada. Portanto, dentro deste contexto, gestos, insinuações ou qualquer outro ato sexualizado não traria impacto algum para as crianças.

Para Ariès (1981), a criança era considerada como tal até aproximadamente sete anos. A partir de então, deixava de ser criança e passava à condição de homem jovem, capaz de trabalhar e ser independente. Por ser um período muito breve de tempo (apenas 07 anos), a criança não existia de fato; vivia sob a égide de um anonimato permeado por limitações e dependências.

Esse descaso (fundamentado na crença de vulnerabilidade e estágio insignificante do ciclo vital) tomava corpo através das práticas de abuso ou descaso como o infanticídio (que

era socialmente tolerado), falta de referência familiar às crianças ou alusão às suas mortes e ausência, inclusive, de registro sobre sua idade. “A vida da criança era então considerada com a mesma ambiguidade com que hoje se considera a do feto” (ARIÈS, 1981, p. 18). A indiferença que permeava os cuidados com a criança estava relacionada à vulnerabilidade do infante no que tange a doenças infecto-contagiosas e que era muito comum a morte de bebês e crianças pequenas.

No Brasil, principalmente no século XVIII, que coincide com a criação européia do conceito de infância, muito do descaso dado à criança era fruto, segundo Del Priore (2000), de maternidades irregulares (sem proteção de familiares ou sem um companheiro estabelecido ou ênfase nos costumes de moral rígida).

Mulheres escravas ou brancas pobres (em precárias condições sócio-econômicas) sujeitavam suas crianças ao abandono, ao infanticídio e ao uso de abortivos. O Brasil colonial propiciou o crescimento da população livre e pobre e, com isso, muito além do moralismo hegemônico da época para a classe desprovida dos mínimos sociais, o grande motivador do anonimato e descaso para com a criança era o cenário de miséria e desamparo sócio-estrutural, que não oferecia outra possibilidade de escolha para estas mães financeiramente desvalidas.

Com relação aos filhos da mulher branca solteira, o rigor moral era predominante e o abandono assim como o aborto e o infanticídio eram estratégias encontradas para evitar a vergonha familiar perante a sociedade e a Igreja. Conforme Del Priore (2000), o sentimento de desonra da família diante de um filho ilegítimo não atingia as mulheres pobres, mestiças e negras de modo emocionalmente impactante quando comparada à mulher considerada socialmente como sendo de boa família.

Como um ato de desespero ou mesmo de amor contextualizado na época, a alternativa que muitas mulheres tomavam para evitar crimes morais pela prática do infanticídio (já considerado abominável) era a entrega dos bebês nas câmaras e nas Rodas dos Expostos das Santas Casas para futura adoção ou, no caso das mães pobres, era utilizada

também a doação de bebês por parentes, amigos ou quem tivesse melhores recursos materiais para assumirem a criação dos neonatos.

A realidade brasileira também não era distinta, uma vez que, segundo Del Priore (2000), a criança do período colonial (do início da Era Moderna) ao início do século XX também passou a trabalhar em pequenas atividades ou como aprendizes de algum ofício e este fato era não apenas legalizado como socialmente esperado. As crianças índias e escravas começavam suas vidas laborais muito cedo, por volta dos seis anos, auxiliando os pais nos serviços domésticos e na lavoura. Além da exploração da força de trabalho, a estas mesmas crianças era negado o direito de ter acesso ao ensino formal. As crianças brancas também tinham o tempo muito ocupado com assuntos escolares assim como conhecimentos específicos de música e prendas domésticas.

Somente entre os séculos XV a XVII é que começa a surgir um olhar mais atento para a criança, passando a haver gradativamente um respeito e cuidado em garantir-lhe a integridade física e moral. A cristianização dos costumes passa a beneficiar a criança que, ao ser batizada, é reconhecida como um ser que tem alma, ganhando maior atenção de seus responsáveis e/ou cuidadores. Conforme Ariès (1981), tal como a cristianização, a escola passa a representar um espaço apropriado e específico para a aquisição de educação formal em oposição à educação adquirida no convívio com os adultos. Mas essa educação vem imbuída de disciplina e vigilância, conforme Foucault (1984), tornando corpos e almas livres em corpos dóceis para não macular a visão agora criada de criança como sinônimo de inocência.

A modernidade trouxe consigo uma atenção para a criança sob a ótica da infância, fato este nunca antes colocado como foco de cuidado pelos adultos. Saberes sobre os processos de socialização da criança foram sendo elaborados e discutidos em âmbito acadêmico e familiar: “Sabemos também que a idéia contemporânea de infância, como categoria social, emerge com a Modernidade e tem como principal berço a escola e a família” (MÜLLER, 2006, p. 93).

A visão moderna sobre a criança, segundo Kehl (2010), surge a partir da invenção da infância e da família nuclear (que começou a tratar a criança de um modo diferenciado, poupando-a progressivamente dos trabalhos forçados), advinda com a Revolução Industrial. O surgimento do pensamento da criança como sujeito que tem um mundo diferenciado da subjetividade adulta e digno de proteção, efetivou-se a partir dos ideais libertários iluministas.

O século XVIII traz consigo a idéia de inocência infantil e, com ela, toda uma preocupação moral de que a ingenuidade infantil deve ser preservada nos seus pudores com o corpo, com o linguajar e com o comportamento. Segundo Rocha (2002), a modernidade ora percebeu a criança permeada da noção de inocência infantil ora com a violência de não permitir à mesma a possibilidade de se assumir como sujeito de direitos.

A doutrina moral foi tirando progressivamente a criança e a família do espaço público para o espaço privado. Já no século XIX, segundo Cavalcante (2001), a criança está completamente inserida na vida privada e passa a ganhar importância na dimensão afetiva do núcleo familiar.

Com isso, a família foi gradativamente tirando a criança do anonimato e da exclusão em que se encontrava, dando a ela um lugar de afeição, importância e valorização no seio familiar. Conforme Cavalcante (2001); de excluída e marginalizada socialmente, a criança passou a ser percebida como frágil e necessitada de cuidados mais diretivos para a preservação de sua vida.

O trabalho infantil foi socialmente aceito na sociedade medieval européia e ao longo dos séculos de colonização, monarquia e início do regime republicano brasileiro. No entanto, para Del Priore (2000), essa realidade começou a mudar apenas na segunda metade do século 20, quando vários fenômenos foram surgindo, tais como: a legitimação do trabalho feminino no espaço público, a quebra do tabu da virgindade e do casamento indissolúvel, o divórcio, mulheres como arrimo de família, pais ausentes, mães solteiras por opção pessoal ou força da circunstância, famílias homossexuais e famílias com poucos filhos, dentre outros aspectos, tais fenômenos fizeram com que as regras morais fossem ficando progressivamente mais elásticas e, com isso, a criança foi adquirindo um espaço de ser criança como membro

valorizado na família; em parte pelo excesso de culpa e falta de tempo dos pais, em parte pelo reduzido número de filhos que fez com que a atenção paternal não fosse diluída entre tantas crianças. À criança contemporânea ficou como legado do trabalho, o compromisso com os estudos e como premiação pelo compromisso, o brincar.

A criança, ao adentrar no espaço privado, passa a apresentar uma debilidade que precisará, conforme Foucault (1984), de disciplina e controle para dissipá-la, pautada no castigo moral e corporal. Progressivamente, de acordo com Müller (2006), a criança assume a posição da posição de inocente e cândida, criada pela modernidade, para a posição contemporânea de agente de sua própria cultura, no instante em que vai tendo acesso à cultura popular e onde o excesso e disponibilidade de informações vão gradativamente ruindo as pilstras das concepções tradicionais de infância. O próximo item abordará o quanto a criança é capaz de produzir uma cultura da infância.

2.2 A criança enquanto produtora de cultura

Segundo Corsaro (1992), a criança produz sua realidade de forma muito peculiar e contribui para a produção do mundo adulto no instante em que é agente de construção de sua cultura infantil. Dessa maneira, se é capaz de construir sua realidade, é merecedora também do direito de ser ouvida e tratada como criança.

Portanto, não existe infância, mas infâncias (no sentido mais heterogêneo do termo). A infância não é uma característica nem universal e nem natural mas, conforme Foucault (1996), uma construção humana, sujeita a transformações temporais e culturais. Existe um amplo espectro do que se pode conceber como infância que se contrapõe à noção de fenômeno único. Rocha (2002) aponta que a autonomia da criança produtora de culturas infantis depende e é derivada da noção de infância heterogênea.

Delgado e Müller (2006) afirmam que a criança é plenamente capaz de interpretar e dar sentido à realidade, derivada não apenas da vivência no meio que a cerca, como das trocas e aquisições das relações interpessoais. Dessa forma, deve ser reconhecida como agente de construção de sua própria vida social.

A compreensão sobre a criança a partir do olhar e da interpretação adulta, para Rocha (2002), só ratifica a violência muitas vezes mostrada de modo sutil, negando à criança a autonomia de ser agente de si mesma e de sua cultura. O entendimento acontecerá no instante em que se privilegiar a observação da criança, o modo pelo qual esta lida com aspectos do cotidiano como o brincar, a resolução de conflitos e o lidar com a fantasia e a realidade.

A fala da criança, conforme Solon (2008), traz consigo significados importantes por ela construídos. Longe de ser passiva neste processo, a criança constrói sua subjetividade a partir da família, do meio e de si mesma. O item que segue abordará a importância da criança ser percebida como sujeito que tem fala própria e experiência válida.

2.3 A criança e sua fala

Para Cavalcante (2001), a subjetividade vai sendo constituída na linguagem (e pela linguagem) pelo fato desta fundamentar o conceito de ego (a partir do sistema de crenças, interpretações e ressignificações da realidade e seus fenômenos). Conforme Bock (2000), a linguagem passa então por um processo gradativo e contínuo de desenvolvimento e isto favorece interações sociais e alterações afetivas e intelectuais, como o surgimento do pensamento e exteriorização da sua vida interior.

Alderson (2005) entende a criança como agente de sua vida e de sua construção social, capaz de verbalizar sobre si mesma melhor do que qualquer outra pessoa, incluindo aí seus responsáveis. A fala da criança traz consigo significados importantes por ela construídos onde: “[...] a criança, de um modo geral, fala, é capaz de descrever experiências anteriores e produzir narrativas sobre suas vivências” (SOLON, 2008, p. 41-42).

Sendo assim, nesses jogos de papéis que levam a uma negociação e construção constantes dos significados, não só os “outros”, mas também as crianças têm um papel ativo. A família se constitui e se define pela criança e pela própria família, ao mesmo tempo em que a criança se constitui e é definida *com* e pela família, em contextos sócio-culturais específicos. (SOLON, 2008, p.42)

A criança constrói sua identidade através de interações verbais e não verbais. Para se apropriar de seu passado, conhecer-se no presente e se preparar para o futuro, ela “[...] precisa ter várias oportunidades de explorar sua história através de conversas, jogos, narrativas e, a cada momento, mudam tanto as situações como suas competências para lidar com elas, exigindo novas elaborações, onde o outro – adulto, criança, presente ou virtual – pode ser um parceiro importante” (SOLON, 2008, p. 20).

A criança foi descartada por longo período de tempo, colocada à margem do discurso do adulto, ainda que tal discurso se referisse à mesma. Conforme Solon (2008, p.42): “Durante muito tempo, as crianças estiveram presentes em processos de pesquisas. Porém, geralmente consideradas como *objeto* de estudo. Hoje, já se considera a criança como colaboradora de pesquisa, sendo *sujeito* com direito à voz”. O tópico a seguir abordará a criança enquanto sujeito e colaborador ativo do processo de pesquisa, onde sua narrativa não apenas tem valor significativo mas também dá conta da percepção de sua própria realidade.

2.4 A criança como sujeito de pesquisa

O reconhecimento da criança enquanto sujeito portador de voz, cultura e história própria é recente (conforme já exposto anteriormente), mais ainda no que se refere ao campo da pesquisa. Era esperado e socialmente naturalizado que a criança não tivesse opinião própria sobre si mesma. A respeito da criança, quem deveria opinar seria seu responsável, reforçando assim uma dominância e falta de autonomia da criança sobre seus processos internos de subjetivação. De acordo com Solon (2008, p. 21): “[...] Sempre eram submetidas de maneira impotente às decisões dos adultos, sem serem avisadas ou explicadas a respeito do que estava acontecendo e da possível evolução do processo”.

A criança vai construindo a sua cultura a partir dos valores identificatórios dos adultos. Delgado e Müller (2006) defendem que existe uma singularidade no discurso e na ação de cada criança. Isto impõe ao pesquisador a necessidade de rejeitar as interpretações óbvias e significados que os adultos atribuem, tanto para as crianças quanto para as culturas infantis pois, conforme Del Priore (2000), a história da criança é singular e existe uma

realidade distinta entre o que é falado sobre a criança em organizações científicas e o universo infantil.

Possibilitar a escuta da fala ou silêncio eloquente da criança promove na mesma um patamar de saída da exclusão e passividade, conforme Alderson (2005) expôs: reconhecê-la não como objeto, mas como sujeito de pesquisa, que pode falar em seu próprio direito e relatar vivências.

Para efetivar uma pesquisa com criança, Kramer (2002) enfatiza que para inserir-se no universo da mesma é preciso despojar-se da lógica adulta, se desvinculando, segundo Alderson (1993), o máximo possível de conhecimentos prévios e que não necessariamente dizem respeito à realidade da criança.

O interesse de se estudar o universo infantil deve estar desprovido de pré-noções e obviedades para que, dessa maneira, conforme Delgado e Müller (2006), seja possível compreender os significados que os adultos dão tanto à criança quanto à sua cultura, dando a condição de percebê-la de forma mais singular e plena a partir da ótica do sujeito estudado. “Não se trata, pois, de um único momento e não se trata de revelar, e sim de conversar com a criança sobre eventos de sua vida, sempre levando em consideração sua capacidade de compreensão e interesse nos diferentes momentos de desenvolvimento” (SOLON, 2008, p. 36-37).

Segundo Delgado e Müller (2005), é imprescindível o consentimento dos responsáveis, mas a fala do adulto, em uma pesquisa voltada para crianças, não deve, em absoluto, ter supremacia sobre o que a criança pensa sobre si mesma e sobre a realidade que a cerca.

A dimensão ética (diferente do modo de fazer pesquisas em outros momentos passados) tem como preceito a livre aceitação do sujeito em participar ou não do estudo. Como defende Alderson (1993), para entrar no universo infantil é preciso, sobretudo, que o pesquisador seja aceito pelo sujeito (inclusive, no caso específico da criança, sua vontade prevalecerá apesar do consentimento expresso do responsável).

Sarmiento (2004) enfatiza a importância do estabelecimento das dimensões relacionais no processo da interação das crianças com os adultos como estratégias de aproximação, extração e compreensão da fala e ação da criança. Pelo fato da criança, segundo Punch (2002), compreender a realidade que a cerca de uma maneira muito particular e distinta da percepção adulta, para o pesquisador atingir essa cultura infantil, terá que fazer uso do lúdico e imergir no universo simbólico da fantasia do real.

No entanto, segundo Alderson (2005), alguns obstáculos se interpõem no processo de entrevistas com crianças como: uma linguagem infantilizada (usando palavras e conceitos simples demais, restringindo-as a dar apenas respostas superficiais), linguagem por demais complexa, a crença de que a criança não tem o direito de escolher se quer ser colaboradora ou não (quando já existe a autorização dos responsáveis). Para Punch (2002), a abordagem inapropriada torna-se um grande entrave no processo de coleta de informações de maneira mais precisa, uma vez que minimiza o potencial de desenvolvimento cognitivo e emocional do infante.

De acordo com Delgado e Müller (2005), a criança é plenamente capaz de ser co-produtora das informações que ela cede para pesquisas uma vez que a criança, percebida como sujeito e não como objeto de coleta de dados, tem voz e experiências válidas e dignas de serem consideradas na produção de conhecimento científico (que não deve ser pautado em discursos universalistas e generalizantes que reduzem à pluralidade e pretensão de se obter verdades absolutas).

Solon (2008) e Grover (2004) expõem que a criança é agente do seu próprio processo interno e construtora da sua história; história esta entrelaçada pela cultura familiar e pelo meio que a cercam. Sarmiento (2004) levanta o questionamento de que precisamos conhecer quem são as crianças no que elas têm de particular e de comum em termos subjetivos e culturais como uma forma imprescindível de rompimento de uma lógica hegemônica. No próximo capítulo será abordada a Teoria do Amadurecimento de Winnicott no referente aos elementos fundamentais como: mãe suficientemente boa, *holding* e ambiente facilitador, entre outros.

3 A PSICANÁLISE DE WINNICOTT

Não somos amados porque somos bons. Somos bons porque somos amados.
(Desmond Tutu).

3.1 O referencial teórico de Winnicott

A fundamentação teórica escolhida para trabalhar a criança tem por base os estudos de Donald Wood Winnicott. Pediatra e psicanalista inglês, Winnicott desenvolveu vários temas de extrema relevância para a compreensão da criança, onde sua grande contribuição foi para com a Teoria do Amadurecimento Humano. Esta construção teórica estruturou um conhecimento sobre a criança, partindo do referencial psicanalítico. Segundo Santos (1999), a teoria winnicottiana compreende (a partir do reconhecimento da importância de uma base emocional precoce) o fenômeno psíquico de modo integral: dos fatores naturais de amadurecimento às condições que desencadeiam quadros patológicos.

Esta teoria psicanalítica, segundo Outeiral Filho (1991, p.18), além de ser sua mais rica e elaborada abordagem, teve todo “[...] um estudo pormenorizado da relação mãe-filho, das influências da família e do ambiente [...]”, fazendo com que esta interação possibilitasse ao bebê a saída do estágio de dependência absoluta e seu gradativo amadurecimento rumo à independência.

Segundo Araújo (2005), Winnicott teve o primeiro contato com a Psicanálise através do livro *A Interpretação dos Sonhos*, de Sigmund Freud, quando era ainda acadêmico de Medicina. Já sendo Pediatra e atendendo crianças nos ambientes hospitalar e clínico, começou a publicar, entre 1931 a 1935, uma importante contribuição literária voltada para médicos, enfocando a importância de se perceber a vida emocional dos pacientes.

Winnicott construiu uma Psicanálise original. Conforme Zeljko (2007) e Tommasi (1997) afirmam, Winnicott desenvolveu uma Psicanálise distinta da metapsicanálise freudiana. (pautada no biologismo de que o psiquismo humano é algo da ordem do natural).

De acordo com Bock (2000), há, na obra freudiana um determinismo psíquico onde nada ocorre por mera obra do acaso, muito menos a descontinuidade na vida mental. Segundo Tommasi (1997), pela teoria winnicottiana, o sujeito é percebido através da integração, da unidade e do amadurecimento de toda a potencialidade humana:

Este potencial é aquilo que o indivíduo é antes de ser qualquer coisa. Estes processos de maturação vão se dar num intervalo entre os dois estados de não-vida. Diferentemente de Freud, para o autor, o indivíduo é uma continuidade de ser irreduzível ao orgânico, não havendo oposição entre o orgânico e o inorgânico. [...] Nesse círculo, o ser humano vai da não-vida para um estágio de solidão essencial, seguido por um estágio de dupla dependência, por um estágio transicional (afastamento entre o si mesmo bebê e o ambiente), seguindo-se uma fase de separação sujeito objeto e um estágio de preocupação primária. (TOMMASI, 1997, p.73)

Winnicott (1962) teve como foco e idéia central, a preocupação com a manutenção da segurança afetiva, compreendendo que a saúde emocional do sujeito é sedimentada a partir da família e a interferência que a família e o meio têm na constituição do sujeito.

Segundo Santos (1999), Winnicott formulou seu arcabouço teórico a partir da relação primária da mãe com seu bebê e a interação do bebê com o meio no qual está inserido. Nessa lógica, segundo Winnicott (1994), o meio ambiente é fator crucial para o desenvolvimento emocional humano e a tendência inata em se desenvolver (que existe em todo lactente) só se realizará se este for cuidado por uma mãe suficientemente boa, que naturalmente se coloque no lugar do infante e que seja capaz de estabelecer uma relação tônica harmoniosa com o bebê: “[...] postulando a interação de processos inatos de maturação com a presença de um ambiente facilitador, desde uma fase de dependência absoluta à aquisição da independência humana”. (OUTEIRAL FILHO, 1991, p.18).

No decurso dos muitos anos de sua prática clínica, Winnicott também foi desenvolvendo e explorando conforme Outeiral Filho (1991, p. 36), Tommasi (2007), Dias (1999) e Araújo (2005), a Psicanálise de crianças, incluindo também um olhar e teorização sobre as patologias graves sedimentadas nos adoecimentos psíquicos de pacientes em franco sofrimento interno: psicóticos, fronteirios, esquizóides e quadros psicossomáticos.

Outeiral Filho (1991, p. 7-9) sistematiza a obra e contribuições de Winnicott em três grandes momentos: 1 – que passa da dependência absoluta, seguindo pela dependência relativa até chegar à independência que, no entanto, nunca será plenamente absoluta; 2 – quando elabora e fundamenta o conceito de não-integração e integração; 3 – quando desenvolve o conceito de personalização; 4 – quando Winnicott faz referência aos conceitos de mãe suficientemente boa e 5 – noção de imposição e de trauma. Estes tópicos serão doravante trabalhados.

3.1.1 A importância de estudar o desenvolvimento emocional a partir da criança: tendência inata ao desenvolvimento

Winnicott (1993) acreditava que era fundamental o estudo e observação da criança, desde a mais tenra idade, uma vez que o próprio desenvolvimento emocional começa ainda no primeiro ano de vida, ano este onde muitos estímulos e progressos acontecem. Daí, a grande importância de se estudar o sujeito neste momento da vida, uma vez que, dessa forma, é mais fácil a detecção e diagnóstico de distúrbios de natureza emocional: “É evidente que a época certa para o tratamento de um tal distúrbio é a época mesma de seu início, ou um momento tão próximo desta quanto possível” (WINNICOTT, 1997, p. 4).

A teoria de Winnicott (1994) está muito centrada no conceito de que cada sujeito tende naturalmente e de modo inato ao amadurecimento e ao processo de integração. Inserido em um ambiente favorável, estimulante e salutar, o bebê será cercado de cuidados que suprirão suas demandas internas e singulares. Para Winnicott (1997) o desenvolvimento é resultante de um processo de maturação advinda com as experiências pessoais e que supõe pré-condições de suporte familiar e um meio saudável para que a tendência inata ao desenvolvimento possa acontecer a contento:

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. [...] Todavia, esse crescimento natural não se constata na ausência de condições suficientemente boas, e nossa dificuldade consiste em parte, em estabelecer quais são estas condições [...] (WINNICOTT, 1997, p. 5).

3.1.2 A dependências do bebê: de absoluta à relativa

Conforme o exposto em Bock (2000), quando a criança nasce, para ela o mundo todo é um pedaço de si e, aos poucos, vai fazendo uma diferenciação progressiva, deixando o mundo de ser uma extensão da mesma. Começa, portanto, a interagir com o meio e deixa de lado uma postura passiva para adotar uma conduta ativa em relação ao que a cerca, na interação com pessoas e com animais.

Ao nascer, o bebê traz consigo os repertórios comportamentais do choro, do saber respirar e mamar (correspondente a uma capacidade inata) que o encaminham para o amadurecimento e que são fundamentais para a manutenção da sua sobrevivência nos primeiros instantes de vida. Ocorre, neste período, conforme Winnicott (1994), um grande marco do processo evolutivo do bebê, pois no primeiro ano de vida ele sai da condição de totalmente passivo e dependente para ir em busca de autonomia: “A independência é algo que se realiza a partir da dependência”. (WINNICOTT, 1997, p.5). É preciso todo um processo de tempo, vivência e amadurecimento interno para que a dependência vá cedendo espaço à integração do sujeito.

A princípio, conforme Winnicott (1962), o bebê assume um caráter de dependência absoluta (física e emocional) do meio que o cerca, que faz com que a mãe identifique-se com suas necessidades por meio de uma regressão parcial para conhecer as demandas do mesmo, sem perder-se na sua função de adulta. Aos poucos, o bebê sai do estágio de dependência absoluta e vai experimentando estágios de independência: “A grande mudança que se testemunha no primeiro ano de vida refere-se à aquisição de independência. A independência é algo que se realiza a partir da dependência, mas é necessário acrescentar que a dependência realiza-se a partir de algo a que se poderia chamar de dupla dependência” (WINNICOTT, 1997, p. 5).

Com o crescimento, o bebê vai amadurecendo gradativamente, passando a ter uma dependência relativa, tornando-se cada vez mais integrado em uma unidade, deixando, por sua vez, de depender inteiramente dos cuidados maternos. “Muito normalmente, um certo grau de

independência pode ser diversas vezes conquistado, perdido e novamente conquistado; é bastante freqüente que uma criança retorne à dependência, tendo já sido deveras independente com um ano” (WINNICOTT, 1997, p. 6).

A tendência inata para o crescimento leva a criança a ultrapassar os estágios de dependência para o de independência, mas isso nunca será plenamente atingível, assim como também só é possível, segundo Winnicott (1997), se houver uma adaptação de outro indivíduo aos anseios e demandas do bebê, onde quase sempre essa função é assumida pela mãe. Por volta de um ano, a criança pode atingir um estágio de inteireza e, segundo Winnicott (1997), esse patamar só será atingido se as condições externas familiares e sociais forem suficientemente boas.

3.1.3 A preocupação materna primária

Segundo Winnicott (1993) e Böing e Crepaldi (2004), ao nascer, o bebê é um ser indefeso e incapaz de sobreviver por meio de seus próprios recursos. A limitação é tão absoluta, que necessita de todo um suporte afetivo e material fornecido por um adulto que assuma a função de cuidador (geralmente assumida pela mãe).

Albornoz e Nunes (2004) colocam que ao nascer e nos primeiros meses de vida, o bebê, este é completamente dependente da mãe e do ambiente. Para Winnicott (1997), a mãe torna-se uma especialista em cuidar do seu bebê, buscando suprir-lhe em todas as suas necessidades e identificando-se com ele de tal maneira e de modo tão devotado que acaba identificando-se plenamente com as carências do seu bebê.

Essa função materna não se aplica necessariamente à mãe biológica ou a quem está cuidando do bebê, mas a qualquer pessoa sensível e interessada o bastante em compreender e suprir as demandas do mesmo; o que só é alcançável pela mãe (ou mãe substituta, na ausência da genitora biológica), que conseguir adotar a mesma capacidade de cuidado e devoção, no instante em que o bebê é completamente dependente (não conseguindo adaptar-se a contento às suas necessidades):

No que toca ao estabelecimento de uma relação emocional entre a mãe e o bebê (o que inclui o início da amamentação), a mãe normal não é somente a especialista; ela é, na verdade, a única pessoa que sabe o que fazer em relação àquele bebê. E há uma razão para isso: sua *devoção*, que é, neste caso, a única motivação efetiva. (WINNICOTT, 1997, p. 34).

A mãe começa a desenvolver a sensibilidade para compreender as sutilezas do bebê à medida que o feto vai crescendo no seu ventre. No decurso dos meses do período gestacional, ela vai desenvolvendo a construção do tornar-se mãe. Nesse processo, vai aprendendo a identificar-se com seu bebê de modo tão sensível que acaba compreendendo e satisfazendo as necessidades do mesmo. Winnicott (1997, p. 21) chamou esta identificação de preocupação materna primária.

Este ser mãe, (que não apenas gerou uma nova vida, mas, conforme Arruda, Andrieto (2009), é capaz de compreender as necessidades mais intrínsecas do ser gerado), só é possível através da adoção de uma postura devotada, como foi citada por Winnicott (1994) em vários momentos de sua elaboração teórica:

Só uma mãe devotada (ou mãe substituta dotada do mesmo sentimento) pode acompanhar as necessidades de uma criança. [...] inicialmente a criança carece de um grau de *adaptação* ativa a suas necessidades que só pode ser provida se uma pessoa devotada estiver cuidando de tudo. (WINNICOTT, 1997, p. 33).

Segundo Bowlby (1989), a mãe assume papel de fundamental importância no instante em que consegue compreender as demandas do bebê ao mesmo tempo em que busca supri-las. Winnicott (1997, p. 24) definiu esse suporte como sendo a mãe suficientemente boa e: “Só na presença dessa mãe suficientemente boa, a criança pode iniciar um processo de desenvolvimento pessoal e real [...]”. Spitz (1979) afirma que mesmo o bebê sendo completamente dependente do meio que o cerca em termos de higienização e alimentação entre outros aspectos, a necessidade de um contato afetivo contínuo é superior à qualquer outra necessidade e estabelecerá as bases para o desenvolvimento bio-psico-afetivo:

[...] são os sentimentos maternos que criam esse clima emocional que confere ao bebê uma variedade de experiências vitais muito importantes por estarem interligadas, enriquecidas e caracterizadas pelo afeto materno (Spitz, 1979, p.99).

3.1.4 A mãe suficientemente boa

Para a mãe ser suficientemente boa, segundo Albornoz e Nunes (2004), precisa ter uma relação maternal desenvolvida com base na presença, continuidade e consistência do cuidado, na identificação mesmo da mãe com as necessidades do filho e precisa, com o decurso do tempo de convivência, distinguir entre o que é inerente à mãe e o que já é constituinte do bebê. “Estão em jogo dois tipos distintos de identificação: a identificação da mãe com seu filho e o estado de identificação do filho com a mãe” (WINNICOTT, 1997, p. 21).

Essa distinção é fundamental para que o bebê saia de um estágio de dependência absoluta e tenda à integração, à autonomia. O corte da relação simbiótica mãe-bebê, que acontece de modo intenso nos primeiros meses de vida não afetará negativamente o mesmo se ele tiver um suporte egóico salutar, onde existam cuidados necessários que atendam às suas demandas internas de proteção e adaptação das necessidades de alimentação, acalanto e higienização.

Esta mãe suficientemente boa em absoluto é uma mãe infalível. É, na verdade, alguém dotada de uma identificação tão primária que vai tornando-se mãe à medida que seu bebê vai também se integrando enquanto sujeito. Ao invés do caráter de infalibilidade, esta mãe possibilita gradativamente a diminuição de sua adaptação ativa às necessidades do bebê para que este possa ter suas próprias vivências e frustrações através do contato com a realidade e que possa amadurecer com elas, sem que venha a tolher-lhe o crescimento por meio de um cuidado excessivo:

[...] aquela que efetua adaptação ativa às necessidades do bebê, adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação em tolerar os resultados da frustração. A mãe suficientemente boa, como afirmei, começa com adaptação quase completa às necessidades do bebê, à medida que o tempo passa, adapta-se cada vez menos completamente, de modo gradativo, segundo a crescente capacidade do bebê em lidar com o fracasso dela. (WINNICOTT, 1990.)

Winnicott (1997, p. 36) aponta que um bom cuidado não é privar a criança de suas experiências, mas possibilitá-la condições adequadas para que a criança possa construir-se a

partir de suas próprias experiências e elaborações. Segundo Outeiral Filho (1991, p. 65), a mãe suficientemente boa:

[...] sustenta o processo de ilusão, mas também o de desilusão. É a que provê experiências de presença, a que deve tolerar o amor cruel da criança, mas também a que tem de exercer diferentes graus de oposição, a que sustenta a satisfação da criança mas também a não satisfação completa do bebê, a que falha e deve saber falhar.

A mãe suficientemente boa tem, segundo Winnicott (1997), funções imprescindíveis para propiciar condições adequadas que promovam a integração de seu bebê: *holding*, manipular e apresentar objetos.

O *holding*, para Winnicott (1997), é a capacidade que a mãe tem de identificar-se plenamente com o bebê, suprindo-o em suas necessidades fisiológicas mais básicas, protegendo-o do meio enquanto o bebê encontrar-se vulnerabilizado por um estágio de dependência absoluta. O *holding* enquanto suporte emocional é fundamental para o bebê desde o instante em que este se encontra dependente até sua autonomia, quando já consegue fazer a distinção dos espaços psíquicos seus e de sua mãe.

Para Winnicott (1994), o *holding* assume função egóica fundamental (que acontece devido à identificação da mãe com o bebê) ao promover a oportunidade do bebê experimentar-se a si mesmo, desde a dependência absoluta. A diferenciação progressiva vivenciada, segundo Bock (2000), vai possibilitando que o mesmo vá constituindo o seu *self*, o seu eu diferenciado da mãe e de quem o cerca, inclusive do próprio meio. O *holding* enquanto função acalentadora e cuidadora, vai fazendo emergir progressivamente o bebê como ser único e diferenciado de todos os demais.

A mãe acaba assumindo funções importantes para que o bebê atinja mais rápido o estado de inteireza, entre estas funções está o *holding*, isto é, segundo Winnicott (1997), a capacidade de identificação da mãe com o bebê, além da proteção da agressão fisiológica. Essa identificação primária inclui também a rotina completa de cuidados diários, que satisfaz as demandas do bebê, principalmente por fornecer-lhe apoio egóico. O *holding* vai além do contato físico com o bebê mas possibilita suporte também ao meio, uma vez que este contato vai aos poucos distinguindo os espaços psíquicos do bebê e os de sua mãe.

Albornoz e Nunes (2004) ressaltam que o cuidado materno no instante em que o bebê encontra-se fragilizado o bastante para prover condições mínimas necessárias para sua própria sobrevivência é fator imprescindível para a estruturação e desenvolvimento da subjetividade do sujeito.

3.1.5 Ambiente facilitador

A função materna e, conseqüentemente, familiar, não é suficiente para a constituição do amadurecimento do bebê. Ele também necessita de um ambiente que também responda às suas necessidades adaptativas, espaço este que Winnicott (1997) considerou como ambiente facilitador, que atualiza a tendência inata para o desenvolvimento e para a auto-criação do bebê: “[...] postulando a interação de processos inatos de maturação com a presença de um ambiente facilitador, desde uma fase de dependência absoluta à aquisição da independência humana. (OUTEIRAL FILHO,1991, p.18).

Para Winnicott (1997), a necessidade de condições ambientais adequadas é fundamental para que a criança tenda realmente para o processo de integração, o que independe de questões apenas neurofisiológicas. Sem embargo, para o supra citado autor, quem melhor provê um ambiente com boas condições para o desenvolvimento é a mãe: “A natureza do bom cuidado consiste sobretudo, em oferecer a cada criança um conjunto de condições consistentes para que ela possa elaborar o que lhe é específico” (WINNICOTT, 1997, p. 36).

Por fim, ratificando a base da Teoria do Amadurecimento para Winnicott:

Inserido em um ambiente favorável, estimulante e salutar, o bebê será cercado de cuidados que suprirão suas demandas internas e singulares. Todavia, esse crescimento natural não se constata na ausência de condições suficientemente boas, e nossa dificuldade consiste, em parte, em estabelecer quais são estas condições... (WINNICOTT, 1997, p.5).

Partindo dos conceitos fundamentais da teoria winnicottiana, serão abordadas agora as condições promotoras de saúde e de doença na mesma..

3.2 Saúde e doença em Winnicott

3.2.1 Uma visão sobre saúde em Winnicott

Araújo (2005) coloca que com a integração o bebê passa a ter a noção de corpo próprio. Zeljko (2007) menciona que o processo de desenvolvimento da personalidade humana perpassa por um desenvolvimento que vai além dos limites do crescimento físico, mas que existe uma parceria psicossomática para o desenvolvimento da parte psíquica.

Zeljko (2007) aponta um novo olhar dado para a Psicanálise por Winnicott, quando este último compreende o bebê (antes completamente dependente, no colo da mãe) para o ser em franco crescimento e que necessita integrar-se em uma unidade como forma essencial de preservação de sua existência.

O modelo ontológico estabelecido por Winnicott, segundo Zeljko (2007), é fundamentado no conceito central de tendência para a integração, assim como para o relacionamento interpessoal e para a parceria entre soma e *psique*. O processo de construção do sujeito que Winnicott (1997) chamou de processo de personalização, passa pela união entre funções corporais e psique. A partir do funcionamento adequado do modelo ontológico exposto pode se atingir o estado de saúde emocional.

É pela Teoria do Amadurecimento Pessoal que o bebê vai gradativamente ganhando autonomia, deixando de se perceber na dualidade psicofísica para se integrar como ser uno, singular por essência:

A criança de um ano vive firmemente estabelecida no corpo. A psique e o soma já aprenderam a conviver. [...] A existência de um grau razoável de adaptação às necessidades da criança é o que melhor possibilita o rápido estabelecimento de uma relação forte entre psique e soma. [...] A mente é algo muito distinto da psique. A psique está ligada ao soma e ao funcionamento corporal, ao passo que a mente depende da existência e do funcionamento daquelas partes do cérebro que se desenvolvem depois (na filogênese) das partes relacionadas à psique primitiva (WINNICOTT, 1997, p. 8-9).

De modo sintético, Winnicott (1990) compreendia saúde psíquica como sendo o resultado de um suporte emocional e ambiental acolhedor das demandas do bebê e estimulante o bastante para prover-lhe condições de desenvolver sua autonomia, estabelecidos ainda nos primeiros meses de existência.

Para Böing e Crepaldi (2004), a experiência de suporte emocional adequado é fundamental na infância, justamente por ser esta etapa do ciclo vital mais vulnerável, uma vez que os aparelhos sensorio e perceptivo estão ainda em processo de amadurecimento. Uma experiência não afetivamente satisfatória conferirá qualidade ruim às experiências posteriores.

Arruda, Andrieto (2009) e Spitz (1979) enfatizam o afeto na relação mãe-bebê, uma vez que bem estruturada e fortalecida esta relação, o bebê passa a adquirir um clima emocional favorável que propicia seu amadurecimento psicológico e a resolução futura de conflitos internos.

Para Winnicott (1997), o suporte egóico da mãe faz com que o bebê tenha condições de tornar-se independente o mais rápido possível e que pode constituir o seu próprio *self*. O cuidado começa a ser desenvolvido ainda no período gestacional, quando a mãe vai intuitivamente desenvolvendo uma preocupação primária capaz de identificar-se plenamente com as demandas do bebê, desde as mais básicas.

Essa identificação que a torna a grande especialista em cuidar do bebê, suprir carências e protegê-lo no período em que estiver vulnerável, a princípio é geradora de saúde (por dar ao bebê a segurança necessária para desenvolver gradativamente suas estruturas psíquicas e possibilitar-lhe a distinção entre soma e *psiquê*, entre o eu e os outros).

Mas permanecer nesta co-dependência é limitante por não dar ao bebê a oportunidade de vivenciar suas próprias experiências. Com o passar dos meses, segundo Bock (2000), ao atingir gradativamente amadurecimento neuro-ósteo-muscular, o bebê terá maior necessidade de interagir com o meio que o cerca.

De supridora de todas as necessidades do bebê, a mãe, para ser suficientemente boa, precisa prover condições geradoras de autonomia para o filho. A autonomia só se efetivará com sua diminuição do estado simbiótico e da intensa adaptação ativa às carências do bebê, de modo que ele vá entrando em contato com a realidade (assumindo riscos, apreciando ganhos e lidando também com frustrações advindas do contato com a realidade como ela é). É nesta troca entre o eu interno e o eu externo que o bebê vai amadurecendo.

O afastamento progressivo da mãe é saudável, esperado e natural: do conhecimento intuitivo adquirido à medida que a gravidez avança e permanecido nos primeiros meses após o parto, torna-se necessário uma cisão progressiva para o bebê (apenas) ser pessoa e não algo vinculado à mãe. Conforme Winnicott (1997, p. 21): “Num exame do relacionamento existente entre uma mãe e seu filho, é necessário distinguir aquilo que pertence à sua mãe daquilo que já começa a desenvolver-se na criança”. Havendo uma relação salutar entre mãe e bebê, o impacto desta relação resultará no estabelecimento de um desenvolvimento afetivo-emocional forte e duradouro o bastante para suprir os próximos estágios do ciclo vital. Abaixo será abordado o tópico sobre patologia para Winnicott.

3.2.2 Uma visão sobre patologia em Winnicott

Com toda a importância da mãe e do ambiente para o bebê tão explicitado neste texto, nem sempre esse suporte egóico acontece, pelos mais diversos motivos: negligência materna, transtornos e impedimentos emocionais. Haver uma falha materna na fase em que o bebê é dependente por completo traz consigo conseqüências deletérias o bastante para poder interferir na constituição do sujeito para o resto de sua existência. Winnicott (1997) coloca que este estado de sintonia da mãe com o ser em desenvolvimento, exatamente nos primeiros instantes de vida, principalmente de vida intuitiva, faz com que o bebê não consiga emergir do seu estado originário.

A mãe tem função fundamental no processo de desenvolvimento da criança no que diz respeito ao estabelecimento do seu *self* que tanto pode vir a ser frágil como forte e, o que ditará esta condição será o suporte egóico vindo da mãe. Dar ao bebê a oportunidade de criar suas próprias vivências na medida que lhe for possível é criar condições para que o bebê

vá quebrando a relação simbiótica de absoluta dependência em que se encontra ou se encontrava em busca da integração de si mesmo, a conquista da totalidade. Nesse sentido, conforme exposto por Winnicott (1997, p. 24): “Quando o par mãe-filho funciona bem, o ego da criança é de fato muito forte, pois é apoiado em todos os aspectos [...] capaz de organizar defesas e desenvolver padrões pessoais fortemente marcados por tendências hereditárias”. Mesmo tendo uma identificação saudável com a mãe e um suporte emocional que contemple suas carências, um bebê tem seu ego forte e frágil ao mesmo tempo. “Tudo depende da capacidade da mãe de dar apoio ao ego. O ego da mãe está em harmonia com o ego do filho e ela só é capaz de dar apoio se for capaz de orientar-se para a criança [...]” (WINNICOTT, 1997, p. 24).

É nesse estágio que surgem sérias repressões, impactantes o bastante para limitar ou paralisar o processo de aquisição de integração e de autonomia. Na melhor das hipóteses, pode desenvolver um falso *self* que esconde todo vestígio que possa haver do *self* verdadeiro” (WINNICOTT, 1997, p. 27). Outeiral Filho (1991, p. 23) coloca que um falso *self*, por natureza não espontâneo, é uma estratégia que o bebê encontra para adaptar-se às falhas maternas em não reconhecer suas demandas: “Desse modo, o lactente cede e se concilia com a mãe, adotando o comportamento que ela espera dele”. Em outras palavras:

Se o apoio do ego da mãe não existe, ou é fraco, ou intermitente, a criança não consegue desenvolver-se numa trilha pessoal; o desenvolvimento passa [...] a estar mais relacionado com uma sucessão de reações a colapsos ambientais que com as urgências internas e fatores genéticos (WINNICOTT, 1997, p. 24).

Winnicott (1997, p. 24) reconhece que a função materna é fundamental para que o bebê torne-se saudável. Conforme o teórico, “ [...] se a maternagem não for boa o suficiente, a criança torna-se um acumulado de reações à violação; o *self* verdadeiro da criança não consegue formar-se ou permanece oculto por trás de um falso *self* [...]” (WINNICOTT, 1997, p. 24).

Para Winnicott (1990), algumas patologias que podem até mesmo desencadear transtornos mentais podem ter origem no desenvolvimento emocional primitivo do sujeito, falhas estas no processo de construção da personalidade que inviabilizam o movimento inato

do lactente de buscar autonomia e, conseqüentemente, o impede de atingir a integração, a personalização e o relacionamento com o meio que o cerca.

Privações emocionais na mais tenra infância, conforme Winnicott (1994), em um estágio importante do amadurecimento emocional, podem gerar comprometimentos perenes e até mesmo irreversíveis para o sujeito, advindo da pela descontinuidade da relação de suporte emocional. O surgimento de um ajustamento de características defeituosas ocorre principalmente pelo fato do bebê encontrar-se em um instante onde a privação passa despercebida pois, conforme Bock (2000), ainda pode não ter atingido o estágio de diferenciação progressiva.

Conforme Winnicott (1997), a maturidade do adulto não surge por acaso, mas de todo um processo anterior, complexo e contínuo que vai desde a mais tenra infância até a última fase do ciclo vital, resultando em um processo de desenvolvimento emocional. O sujeito não nasce autônomo: torna-se inteiro, integrado. Para que a maturidade desejada seja alcançada, dois fatores vão ser fundamentais: a mãe como suporte familiar e o meio salutar. Neste sentido, tanto a mãe quanto o meio acabam assumindo funções de extrema importância para que o bebê torne-se sujeito e atinja, o mais rápido possível, seu estado integrado.

Winnicott (1997) afirma que o desenvolvimento cognitivo do bebê envolverá funções psicomotoras e emocionais e que o desenvolvimento afetivo passará paulatinamente por etapas que tenderão à autonomia do ego, unidade da personalidade, sentimento de integração, identificação do próprio corpo e continuidade do ser, mas reforça que o processo de desenvolvimento só acontecerá efetivamente quando houver um suporte emocional forte o bastante para dar conta das demandas do bebê.

A tendência inata à integração vai surgindo gradativamente, no instante em que o *self* começa a se estabelecer e, neste processo, o cuidado materno é fundamental para que o bebê possa atingir progressos ao ponto de tornar-se singular. Esse processo de integração da personalidade é, sem sombra de dúvidas, algo que envolve muita energia do bebê, em um movimento ativo, que o predispõe à maturidade emocional. Conforme Outeiral Filho (1991, p.19):

[...] nas várias ocasiões em que Winnicott descreveu um bebê, este era participante e cheio de vitalidade, embora estivesse na fase da dependência absoluta em relação à mãe. Era o bebê espontâneo expressando o funcionamento do seu verdadeiro *self*, ou o bebê que ativamente buscava o seio na experiência que Winnicott chamou de *criatividade primária*.

Quando o suporte materno é precário não promove nem o suprimento de carências e nem a identificação que o bebê precisa para constituir-se pessoa singular. O *holding* (estrutura de cuidado) estando deficiente "... produz extrema aflição na criança, sendo fonte de despedaçamento, da sensação de estar caindo num poço sem fundo, de um sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para reconforto interno e de outras ansiedades..." (WINNICOTT, 1997, p. 27).

Winnicott (1997) coloca que o bebê, ao receber um apoio egóico precário ou mesmo patológico, tenderá a desenvolver comportamentos não salutares como inibição, inquietação, estranhamento, resignação (podendo beirar a subserviência), comportamento de indiferença afetiva.

A preocupação materna primária, que é para Winnicott (1994) um processo natural e salutar de identificação da mãe com as necessidades do bebê no momento de maior vulnerabilidade deste diante do meio, pode enveredar para a patologia através de um descuido ou cuidado maternos excessivos:

Num extremo temos a mãe, cujos interesses próprios têm caráter tão compulsivo que não podem ser abandonados e ela é incapaz de mergulhar nesta extraordinária condição que quase se assemelha a uma doença, embora, na verdade, seja bastante indicativo de boa saúde. No outro extremo temos a mãe que tende a estar sempre preocupada e, nesse caso, o bebê torna-se sua preocupação *patológica*. Essa mãe pode ter uma capacidade especial de abdicar do próprio *self* em favor da criança, mas qual o resultado final disso? É normal que a mãe vá recuperando seus interesses próprios à medida que a criança lhe permite fazê-lo (WINNICOTT, 1997, p. 22).

Para Winnicott (1994), a psicose tem sua origem em um ambiente insuficiente, quando o bebê encontra-se no estágio inicial do seu desenvolvimento emocional e seu ego (ainda muito frágil), não encontrará meios adequados de desenvolver-se saudavelmente e integrar-se, gerando sentimentos de desrealização, perda de contato com a realidade e

desintegração da personalidade. Para este autor, a patologia é uma deficiência ambiental (mãe e meio).

Por fim, é importante enfatizar que para Winnicott (2005), o transtorno da criança a ela pertence unicamente. Ratificando o que já foi exposto, a saúde mental depende de um suporte materno eficiente e de um ambiente facilitador, mas isso não é absoluto. Crianças saudáveis podem conviver em meios patológicos (pela grande capacidade de superação via ludicidade e criatividade), assim como crianças psicologicamente comprometidas podem vir de ambientes salubres. O próximo capítulo irá trabalhar o sofrimento psíquico vivenciado por crianças e seus respectivos cuidadores.

4 O SOFRIMENTO PSÍQUICO

4.1 Sofrimento psíquico: um mal-estar ontológico

Quem passou pela vida em branca nuvem,
E em plácido repouso adormeceu;
Quem não sentiu o frio da desgraça,
Quem passou pela vida e não sofreu;
Foi espectro de homem, não foi homem,
Só passou pela vida, não viveu!
(Francisco Otaviano *apud* Sampaio, 1955, p. 246)

O sofrimento psíquico é um fenômeno inerente à condição humana, sendo essencialmente ontológico. Conforme Dantas e Tobler (2003), questionar-lhe o sentido é, acima de tudo, evidenciar a condição que o mesmo possibilita ao sujeito de se humanizar, pelo fato de possibilitar a imersão do ser em si mesmo, quando algo de muito desagradável ocorre: “O sofrimento advém, sobretudo, quando não se tem os meios para agir sobre as causas e diante das quais a fuga é impossível”. (DANTAS; TOBLER, 2003, p. 07).

Para Augsburger (2004), o sofrimento humano não se limita às esferas biológica e patológica, mas a um mal-estar que desencadeia profunda dor anímica e que pode ser constituído inclusive no meio familiar, além do sócio-histórico-cultural.

Para Chagas (2009), sofrimento psíquico implica em um conjunto de condições psicológicas que, apesar de não caracterizar uma doença, gera determinados sinais e sintomas que indicam sofrimento. Segundo Lyra (2009), sofrimento psíquico é definido como sendo um mal-estar multifacetado e inespecífico, que afeta quem o experimenta, a partir de reações fisiológicas e/ou emocionais singulares, chegando a afetar também indiretamente às pessoas que convivem diretamente com este sujeito.

A afetação indireta é colocada no sentido de potencializar preocupação, ansiedade, raiva, culpa e tristeza em familiares, cuidadores e amigos mais próximos. Quando em maior intensidade e prevalência, pode vir a tornar-se um comprometimento psiquiátrico (também chamado de transtorno psiquiátrico menor), principalmente se já houver alguma

predisposição genética que favoreça frustrações, medos e raivas, ao ponto de torná-las patológicas e:

[...] acarretar limitações severas no dia-a-dia e pode se transformar em doença pela sua intensidade e cronicidade. São problemas que não necessariamente originam a procura imediata por intervenção médica, mas que podem interferir nas relações e observações cotidianas do indivíduo (LYRA *et al. apud* COUTINHO, p. 234, 2009).

Vale (2007) menciona que alguns indivíduos o vivenciam de modo extremado, ou frequente, nas mais diversas situações ou eventos estressantes, ao passo que outros criam estratégias de convivência e enfrentamento do mesmo; mas cada sujeito o vivencia de modo único. O sofrimento é um sentimento universal ao mesmo tempo que individual.

Para Torralba (2007), existem graus variados de sofrimento, mas a vivência do mesmo é única. A autora afirma ainda que a dor humaniza, no instante em que a finitude existencial e as imperfeições diversas são percebidas. Mesmo diante de limitações, existem objetivos a serem alcançados e é isso que move o sujeito à saída de sua zona de conforto. É inerente ao ser humano a rejeição do sofrimento, mas é ele que configura o movimento e a dinamicidade da vida pela busca de suprir o que é faltoso ou imperfeito.

Porta (2010) entende que a dor é uma das experiências humanas onde é difícil a expressão exata da mesma por ser essencialmente intransferível e singularmente vivenciada. O ser humano é provido de um modo de subjetivação, de tornar-se pessoa que lhe é intrínseco e, por sua vez, intransferível. Para Gabel (1997), a ferida narcísica advinda com o sofrimento por vezes é difícil de ser exteriorizada, o que gera conflitos de sentimentos e a canalização dessa energia ora para a agressividade, ora para a *pseudo* autopreservação do embotamento emocional, ou, quando existe saúde no sofrimento, o escoamento dessa energia se efetivará pela fala e/ou sublimação. De igual maneira, Ceccarelli (2005) aponta que a organização psíquica é única do indivíduo e só dessa forma pode-lhe garantir sobrevivência subjetiva.

De acordo com Vale (2007, p. 19), os gregos foram os pioneiros em definir (a partir do termo *phérein*, posteriormente traduzido como *sufferre* em latim) o sentimento de tolerância, de suportar, de permitir. A princípio, o sofrimento não estava diretamente

associado a algo necessariamente ruim. A partir do século XVI, os franceses passaram a identificar o termo através do significado da experiência da dor.

Para Silva (2004) e ratificando o já exposto, uma vez vivenciado um sofrimento, este é singular e, embora causando dor ao sujeito, possibilita-lhe (re)construção e criação de novas tessituras de subjetividade. Por lidarmos com o sujeito e seu discurso, precisamos abdicar do ideal de neutralidade ao analisarmos, visto que este constrói o meio em que vive e é por ele construído e atualizado contínua e subjetivamente.

A este sofrimento (da parte mais intrínseca do sujeito) deu-se a denominação de sofrimento psíquico. Apesar de não caracterizar-se necessariamente como uma doença, este conjunto de condições psicológicas aqui definidas como sofrimento psíquico geram determinados sinais e sintomas que indicam desconforto anímico. Segundo Dalmolin e Vasconcelos (2008), a partir do discurso psiquiátrico, o sofrimento psíquico é marcado na doença mental por meio de forte vivência. Esta, por sua vez, é multifacetada e constituída de fatores diversos de ordem neuro-fisio-sócio-religiosa-econômica-cultural, impactando direta ou indiretamente na vida do sujeito.

Dessa forma, para as autoras supracitadas, Dalmolin e Vasconcelos (2008, p. 42): “[...] o sofrimento psíquico está sempre acompanhado da possibilidade de produções subjetivas que podem constituir recursos para o enfrentamento das adversidades oriundas do processo de adoecimento”. O sofrimento deixa o sujeito vulnerável diante da realidade que se interpõe ao mesmo e é por meio desse desconforto que ele pode recuar, avançar, vivenciar novas experiências ou simplesmente estagnar.

A psicopatologia vem ampliando muito o seu campo de intervenção terapêutica no que tange ao sofrimento psíquico. Conforme Pinheiro *et al.* (2008, p. 300):

A intervenção terapêutica que caracteriza a atividade em saúde mental aplica-se a uma gama heterogênea de fenômenos que vão, desde quadros clínicos classicamente definidos como as neuroses, a histeria, a neurose obsessiva e as psicoses, até os problemas sempre crescentes de toxomanias, depressões, pânico e, também, aos estados indefinidos de mal-estar não patológico, relativos à condição de infância, adolescência, velhice, vítimas de doenças orgânicas entre outras.

Pinheiro *et al.* (2008), trabalham o sofrimento psíquico na perspectiva de Ehrenberg, teórico que considera que todo e qualquer sofrimento necessita de um olhar terapêutico atencioso, e isso este teórico aponta como o acolhimento do sofrimento, além do que, há um amplo espectro de intervenção para acolher e dar conta dos variados graus de infelicidade nas suas mais diversas formas.

Dentro desta perspectiva, o sofrimento psíquico não se resume exclusivamente a diagnósticos psicopatológicos, mas amplia-se em um contexto muito maior:

Trata-se, então, da tomada do sofrimento psíquico em geral como critério dos cuidados clínicos, ou seja, o objeto clínico não é exclusivamente a patologia, mas qualquer sofrimento psíquico [...]; esse agrupamento polimorfo do sofrimento psíquico está estreitamente relacionado à ideia de limitações das vivências pessoais (PINHEIRO, 2008, p. 300).

O sofrimento psíquico deixa de ser então essencialmente patológico e passa a assumir toda e qualquer expressão patente ou latente de infelicidade existencial. Dessa forma, o que antes distinguia o normal do patológico, conforme Pinheiro *et al.* (2008, p. 300): “[...] promove-se uma redefinição das relações entre o normal e o patológico, antes definidas pela oposição e diferenciação, fazendo com que o fenômeno patológico perca sua especificidade em relação ao sofrimento humano”. O patológico passa então, segundo estas autoras, a não mais ser oposição do saudável, do normal: “[...] mas que adota o sofrimento psíquico como medida de qualificação da saúde mental” (PINHEIRO *et al.*, 2008, p. 300).

O olhar científico para o sofrimento psíquico é contemporâneo, uma vez que, conforme Ceccarelli (2005), a investigação sobre a alienação mental e o conhecimento da mesma, até o final do século XIX, restringia-se à classificação de sinais e sintomas e o agrupamento destes em doenças específicas.

Finalizando a compreensão sobre sofrimento psíquico, faz-se mister acrescentar que Winnicott (1962) acreditava na manutenção da segurança afetiva do sujeito proveniente de um ambiente familiar facilitador e de um meio saudável para criar as condições psíquicas do sujeito de modo mais saudável e natural possível e, conseqüentemente, sem interrupções nem sofrimentos.

Fazendo aqui um corte histórico de uma maneira geral, o discurso sobre a saúde mental é algo muito recente, produto mesmo da modernidade, pois o conhecimento dominante que se tinha até então, segundo Foucault (2000), era o da doença mental ou, simplesmente, a loucura.

Conforme Foucault (1996) trabalha o conceito de historicidade, a dor psíquica não foi interpretada da mesma maneira em todas as culturas nem todos os tempos. Percebe-se que este adoecimento sempre esteve presente na história do homem, independente de época e cultura.

Na Idade Antiga, segundo Foucault (2000), o doente mental era visto como um ser provido de forças sobrenaturais e divinas, um sábio com conhecimentos e habilidades capazes de interferir na vida de terceiros, não sendo, portanto, controlado. Quando o sujeito tornava-se inadequado por qualquer natureza, acabava sendo retido em espaços específicos: prisões comuns e instituições diversas, como hospitais (espaços excludentes), sem comprometimento com bem-estar e saúde.

Na Idade Média, conforme Foucault (2000), o louco (portador de sofrimento psíquico grave) era percebido com um misto de divindade e laço demoníaco, no instante em que tinha contato com o sobrenatural (alucinações) e com isso era exaltado ou temido.

A loucura enquanto sofrimento psíquico grave era vivenciada em seu estado livre e circulante, mas a liberdade era advinda da “caridade cristã”. Existia fortemente o medo da morte, muitas vezes expresso pela loucura. O sujeito portador de transtorno mental vivia errante pelas cidades, a esmo, sem que isso fosse realmente algo que trouxesse algum tipo de distúrbio social e/ou econômico (FOUCAULT, 2000).

Na Renascença, Foucault (2000) afirma que a loucura assume o patamar de possessão diabólica, havendo uma forte visão mística de humores e espíritos. Havia um misto de temor e louvação e, em parte, uma despreocupação com o louco.

A Era Moderna, seguindo a lógica do capital, vê no louco um peso para a sociedade por este sujeito não poder dar contribuição laboral efetiva ou, até mesmo, mínima. Para isso, conforme Foucault (2000), surge o Grande Enclausuramento onde todo sujeito considerado pária social (ou seja, não produtivo laboralmente) deveria ser retirado de seu núcleo e literalmente amontoado em local “seguro”. Assim, surgem os asilos (abrigo desocupados, velhos, prostitutas e loucos).

Nesse período histórico, ainda citando Foucault (2000), a alienação mental era vista como distúrbio de funções do sistema nervoso, voltadas para o campo da cognição. Houve um forte movimento no sentido de manter firme a categorização de sintomas como mania e melancolia, entre outros sintomas que apontam para a loucura propriamente dita.

Foucault (2000) ainda coloca que o século XIX (motivado pelo saber científico, tido como verdade absoluta) iria contribuir para a História da Loucura, com a elaboração de experimentos, de classificações nosológicas, condutas terapêuticas baseadas na internação e no isolamento rígidos e espaço para a crítica de algo que fora, com o advento da Ciência, suprimido e rechaçado: a Subjetividade. Segundo Ceccarelli (2005), era chegado o tempo de voltar às origens, ao conhecimento da ciência *Mater* - a Filosofia - onde o sujeito era simplesmente sujeito e valorizado como tal. Segundo a autora citada, o corte epistemológico sobre a subjetividade surge com Freud, quando este aponta a dimensão do desejo, antes negligenciada. Quando negada, esta energia pulsional aflora (quer seja por meio do comportamento, quer seja pela somatização e/ou perda da razão).

A contemporaneidade trouxe consigo um novo olhar sobre a loucura e a ciência psiquiátrica ganha vitalidade e novos contornos no século XX, mantendo-se por longas décadas como um modelo constituído na base assistencial, asilar e excludente.

A partir da II Guerra Mundial, questionamentos existenciais passaram a ficar mais presentes entre intelectuais e, com isso, foi sendo formado um novo olhar sobre a loucura e sobre a manutenção de sujeitos em espaços degradantes, amontoados à própria sorte.

Com isso, estratégias e tratamentos alternativos foram sendo elaborados, com fins terapêuticos, mais humanizados e éticos: as comunidades terapêuticas, a inserção da Psicanálise para compreensão do transtorno mental, o movimento sanitarista, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, a Luta Antimanicomial, e a Reforma Psiquiátrica, dentre outros.

Na visão de Amarante (2003) e situando o adoecer psíquico na contemporaneidade, ainda nos anos 50 (com o surgimento e evolução dos psicofármacos), começa o processo de esvaziamento dos hospitais psiquiátricos por possibilitar ao sujeito menores chances de novas e longas crises, diminuindo, portanto, a necessidade de internação. Dessa forma, o hospital deixa de ser progressivamente recurso terapêutico padrão para ser o último recurso.

Esse período foi marcado, conforme Paim (2003), por crises existenciais, movimentos civis de diversas categorias sociais, contrários à opressão das forças do Estado, que tornaram-se molas propulsoras para eclosão de uma nova forma de pensar e conceituar o sujeito, não mais apenas pela lógica cartesiana de racionalidade.

Amarante (2003) situa que os anos 60 e 70 são marcados por modelos alternativos e que tinham a intenção de serem substitutos do hospital psiquiátrico como as comunidades terapêuticas inglesas, a psiquiatria comunitária norte-americana, a psiquiatria institucional francesa e a desinstitucionalização italiana. Além disso, novos saberes e práticas apropriaram-se da doença mental, colocando a loucura não como externa, mas como integrante do ser.

As últimas décadas foram marcadas por movimentos libertários, onde cada vez mais estão surgindo espaços alternativos que visem, sobretudo, à saúde, não o reforço do conceito de doença. No Brasil, segundo Lancetti e Amarante (2006), assim como Amarante (2003) e Paim (2003), existem instituições como as Residências Terapêuticas e CAPS (que tratam do sujeito na própria comunidade através de acompanhamento médico, psicológico e social e com a complementação de atividades terapêuticas diversas), que trabalham no sentido de inserir o sujeito cada vez mais no contexto sócio-familiar e evitar a internação psiquiátrica, por demais estigmatizante.

Segundo Oliveira *et al.* (2005), esta idéia de historicidade foi ampliada para o contexto da saúde mental, modificando gradativamente a visão sobre o portador de sofrimento psíquico (em especial, o doente crônico, considerado como impossibilitado de ser produtivo e viver em sociedade) para um ser de desejos e demandas: um sujeito no sentido pleno, que tem identidade, relacionamentos afetivos, família, habilidades diversas e sonhos.

Em conformidade com Michel Foucault (1996), o problema da identidade humana constitui uma questão ética, sendo uma forma do homem pensar e questionar a si mesmo num determinado momento histórico e cultural; um constante processo do vir-a-ser dialético da construção de si. Nesta visão, o homem, deixa de ser sujeito unitário, pré-determinado, mas amplia-se para multifacetado, não existindo uma natureza humana no sentido de absoluta e imutável, mas essencialmente de contradições, complementaridades e plural: social, histórica, linguística, biológica, cultural e, sobretudo, um ser de desejos. Esse sujeito é, por natureza, incompleto e pleno de demandas, muitas vezes negadas pelo contexto sócio-familiar.

A subjetividade negada no processo de sofrimento psíquico gera bloqueio da energia vital, causando dor. Dessa maneira, a negação da singularidade é considerada paixão (o que causa padecimento). Paixão ou simplesmente o excesso de energia pulsional reprimida leva o sujeito a perder seu estado de bem-estar, gerando o processo de adoecer. Nas palavras de Ceccarelli (2005, p. 75):

A psychê é alada; mas a direção que ela toma lhe é dada pelo pathos, pelas paixões. [...] O acometido pela paixão, o paciente, o passivo, o portador de sofrimento psíquico, é aquele que padece de algo cuja origem ele desconhece e que o leva a reagir, na maioria das vezes, de forma imprevista.

4.2 O surgimento do sofrimento psíquico na criança

Winnicott (1997) descreveu o bebê como sendo ativo, desejante de ter suas próprias experiências desde os primeiros instantes de vida, por conta de sua tendência inata ao crescimento, que o faz sair da dependência absoluta rumo ao estabelecimento do *self* e da integração da personalidade. A esse movimento primeiro de espontaneidade, Winnicott chamou de criatividade primária. No entanto, a realidade concreta mostra que nem sempre

esse ideal de infância pode ser realizado, uma vez que situações externas ou internas à criança mudarão seu comportamento.

Essa mudança pode ser marcada por medos, ansiedades, tristezas e outras formas de sofrimento que interferem direta ou indiretamente no pleno desenvolvimento psicológico infantil, afetando a relação interpessoal da criança. Segundo Lira *et al.* (2009), estas interferências são divididas em problemas que se externalizam por meio da quebra de regras e da agressividade ou que se internalizam, canalizando para a criança toda uma energia dolorosa, como a depressiva e a ansiosa. A seguir, será abordada a criança portadora de dor emocional, onde este sofrimento psíquico acaba interferindo nas várias esferas da vida da mesma.

A saúde mental vem gradativamente ganhando atenção em termos de estudos, estratégias de enfrentamento e políticas públicas de atenção aos portadores de sofrimento psíquico. Mas o olhar para a criança é algo ainda bem mais recente se comparado com o debate geral sobre saúde mental. De acordo com Lira *et al.* (2007), diferentemente da atenção dada aos problemas de saúde mental infantil nos países desenvolvidos, onde há um valor estimado entre 10% a 20% de crianças com algum comprometimento mental, no caso da psiquiatria infanto-juvenil na realidade brasileira, pouco se tem investigado sobre problemas de comportamento, embora os últimos anos tenham sido marcados por um olhar mais centrado na epidemiologia dessa faixa etária, conforme apontado por Beck e Lopes (2007).

Winnicott (1997) percebeu que o surgimento do sofrimento psíquico ou mesmo o transtorno mental pode surgir muito precocemente devido a carências de suporte emocional familiar e ao meio que cerca o sujeito no momento de maior vulnerabilidade imposta pela dependência absoluta para suprir as próprias demandas. Dessa forma, acabou desenvolvendo uma elaboração teórica consistente baseada na vivência clínica de casos de fronteirços, psicóticos e portadores de transtornos psicossomáticos.

A percepção de que algo de diferente está acontecendo no comportamento da criança ou no que é normalmente esperado para determinada idade dá, segundo Winnicott

(1993), a condição de diagnosticar as patologias o mais breve possível, no sentido de evitar cronificação ou maximização de efeitos deletérios.

No entanto, o cuidar de problemas de saúde mental na infância é imprescindível não apenas por minimizar os danos advindos com a complexidade do sofrimento mental, como também para evitar maiores prejuízos na população desta faixa etária, que encontra-se em franco processo de desenvolvimento bio-psico-sócio-cultural. A investigação mais apurada demonstra que, embora não exista a causa determinada para o surgimento do transtorno psíquico mas um somatório de determinantes genéticos, estressores diversos, ambiente e cultura em que a criança vive. Ferrioli *et al.* (2007, p. 137) apontam que: “Na busca de condições que podem contribuir para o surgimento ou a intensificação dos sintomas psiquiátricos mais comuns em crianças, têm sido encontrados fatores familiares comuns associados a vários transtornos”.

Neste contexto, as autoras citadas afirmam que um ambiente familiar impregnado de relações afetivas frouxas e desrespeitosas como a discórdia conjugal além de precárias condições sócio-econômicas e presença de transtorno mental na família, são molas propulsoras para o surgimento de transtornos de conduta, de hiperatividade e *déficit* de atenção. Mais ainda: “Os transtornos emocionais têm sido associados a fatores como exposição precoce a ambientes incontrolláveis, acúmulo de eventos de vida adversos e ter um genitor com transtorno” (FERRIOLLI *et al.*, 2007, p. 137).

Ratificando o que já foi (extensamente) explicitado no capítulo 2 sobre a teoria winnicottiana (que mostra o quanto a falha ou negligência materna no momento de maior vulnerabilidade causa no bebê a sensação de aflição e mesmo de despedaçamento intensos), onde o constituir-se singular e integrado torna-se distante o bastante já que o bebê não consegue encontrar fora da sua realidade interna o suporte necessário para solucionar suas demandas, gerando uma condição emocionalmente desprotegida e permeada de falhas (condições propulsoras para o desencadeamento de sofrimento psíquico, patologias e transtornos mentais).

A criança com comprometimento psíquico tem o cuidado em parte negligenciado porque amiúde sua mudança inicial de comportamento não chega a ser percebida no seu núcleo primário (a família) pelo fato da criança camuflar sentimentos diversos como tristeza, comportamento calmo ou mesmo um transtorno de conduta escondido sob a égide da agressividade.

De acordo com Beck e Lopes (2007), a saúde mental da criança é afetada multifatorialmente, isto é, pode implicar em violências, problemas genéticos, lutos reais e simbólicos e eventos estressores diversos entre outros tantos aspectos que interferem no ser que se encontra em processo de desenvolvimento cognitivo, psicológico, físico e social. Toda essa mudança comportamental que afeta diretamente o bem-estar da criança, chegando a ser capaz de interferir nas suas atividades da vida diária, torna-se uma forma de sofrimento muitas vezes não observável por terceiros, mas terrivelmente vivenciado por quem o sente.

4.3 O impacto do sofrimento psíquico para a criança

Quando o sofrimento é manifestado de modo muito intenso, o sujeito muitas vezes não consegue vislumbrar a finitude do mesmo, acreditando, conforme Vale (2007), não ser capaz de superá-lo, o que acaba afetando sua rotina; o indivíduo apresenta crises de choro fácil, passa a ficar mais reservado, ter a homeostase ameaçada podendo, inclusive, culminar nas ideações e/ou tentativas de suicídio. No entanto, Vale (2007, p. 21) aponta que quando o sofrimento é muito intenso “existem afetos que podem ser negados; para a pessoa conviver precisa recalcar-los, ou deslocá-los da consciência, e tocar nesses afetos é laborioso, requer a quebra da censura existente”.

Conforme mencionado por Lyra (2009), a vivência infantil do sofrimento psíquico é permeada por sentimentos diversos como baixa-estima, isolamento, medos, auto agressividade (quando estes são internalizados) ou expansão do comportamento, hetero agressividade e quebra de regras (uma vez externalizados). Estes fatores afetam o comportamento e, conseqüentemente, o relacionamento interpessoal da criança assim como também seu desempenho escolar.

O mesmo autor, Lyra (2009), aponta que quando a criança não é percebida por seus cuidadores como adoecida, pode e quase sempre é mal interpretada como tímida, agressiva, rebelde, preguiçosa e para Winnicott (1997), tenderá a apresentar também inquietação e sensação de estranhamento. Por se encontrar em importante fase do ciclo evolutivo, uma vez ocorrendo o sofrimento psíquico, este interferirá no bem-estar da criança e trará consequências para suas vivências.

Por outro lado, a quem cabe a função de cuidar e proteger nem sempre cumpre com o que lhe é dado. Dalmolin e Vasconcelos (2008) expõem que a violência doméstica física, sexual e psicológica, vivenciada por crianças, assim como distorções de objetos internalizados pelas mesmas, podem redundar em falhas gravíssimas para o desenvolvimento do *self* e, quanto maior o vínculo estabelecido entre a criança e seu cuidador, maior o impacto negativo.

4.4 O impacto do sofrimento psíquico da criança para os cuidadores

Winnicott (1997, p. 59) coloca que: “Não haveria nada de novo em afirmar que a família é um dado essencial de nossa civilização”. Esse dado essencial é que possibilita ao sujeito tornar-se sujeito, tornar-se distinto da sua própria mãe, um indivíduo separado, singular, inteiro.

Para Winnicott (1994), a família tem importância crucial pois, através dela, a criança passa a ser protegida do mundo quando ainda é completamente incapaz de se defender sozinha, ao mesmo tempo que a estrutura familiar vai gradativamente dando-lhe condições de inserção social. Rizzini (1997) ratifica a lógica winnicottiana de que a família assume fundamental importância para o desenvolvimento da criança, em especial no que diz respeito à função de atuar como instituição privada de proteção social e base do sentimento de pertença social.

Lidar com uma criança portadora de grave sofrimento psíquico pode ser um fardo muito pesado para muitas famílias, em especial as desprovidas de recursos financeiros satisfatórios ou, pior ainda, desprovidas dos mínimos sociais. A história de famílias pobres

vem sendo percebida, segundo Del Priore (2000), desde a origem do processo de colonização brasileira. Era muito comum a prática de abandono de crianças em instituições como as Santas Casas de Misericórdia (com as suas Rodas de Expostos) e doação para terceiros, devido à precariedade financeira de muitas famílias ou de mães solteiras e, em menor grau, devido ao rígido moralismo da época. Essa prática, diferentemente do infanticídio e do aborto, não era considerada crime.

Nos dias atuais, segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2005) e o ECA (1990), a criança precisa ter como garantia de manutenção da sua sobrevivência, uma família (ou, na impossibilidade desta, um órgão governamental) que a acolha e lhe garanta condições de suprir suas demandas fisiológicas e estar inserida em sua comunidade de origem.

O sofrimento psíquico, seja qual for a maneira como ele se apresenta para o sujeito, impacta no seu estado emocional, afetando não apenas o portador, como também os responsáveis e cuidadores, conforme exposto em Soares *et al.* (2005). Este padecimento expõe além das crianças, os pais e cuidadores a vivências estressantes por natureza, gerando sentimentos de frustração frente às limitações da criança, quando comparada com outras sem afetação de qualquer ordem psíquica.

É comprometedor quando a família (que essencialmente deveria ser o suporte emocional e material de um sujeito) passa a ser duramente afetada pelo sofrimento psíquico deste. Em relação aos cuidadores, Soares *et al.* (2005) apontam várias dificuldades colocadas pelos responsáveis como: todo o tempo dispensado para a criança (muitas vezes em detrimento da atenção aos outros filhos), despesas específicas com a busca de serviços públicos e impossibilidade temporal ou permanente de desenvolver atividades remuneradas, entre outros fatores.

Segundo Böing e Crepaldi (2004), o cuidador não apenas é alguém de cuida da criança, mas (ultrapassando esse conceito) é a pessoa que vai estar sintonizada à criança de maneira especial, a ponto de perceber e prover suas necessidades de desenvolvimento. Uma vez havendo falha neste processo, o bebê perceberá o impacto de forma muitas vezes

limitante, segundo Winnicott (1997), na sua aquisição de integração. Em casos menos danosos, o bebê criará a estratégia de adaptar-se às falhas da mãe em não suprir as demandas do mesmo e com isso, não terá a espontaneidade de criar o seu próprio *self*.

Em um quadro ainda mais comprometedor, nem sempre o cuidador da criança (muitas vezes personificado na figura materna) pode agregar valor significativo, pelo fato de também possuir comprometimento de ordem emocional em maior ou menor grau. Um exemplo disso pode ser explicitado no discurso de Najmam *et al. apud* Lyra (2009, p. 235), que aponta: “[...] mães com dificuldades emocionais tendem a superestimar os problemas de comportamento de seus filhos; mães que não são comprometidas emocionalmente podem subestimar os problemas de comportamentos das crianças”. Como habilidade desenvolvida no decurso da gestação e mantida ainda nos primórdios da vida do bebê, a preocupação materna primária, segundo Winnicott (1994), deixa de ser um processo natural e saudável para tornar-se um processo patológico quando a mãe passa a absorver todas as demandas do bebê de modo simbiótico, não dando a condição do bebê ter suas próprias vivências ou quando a mãe é negligente no cuidado do ser em desenvolvimento.

Segundo Beck e Lopes (2007), quando uma doença surge com um membro familiar, acaba afetando e provocando alterações em toda a estrutura familiar (pelo menos no núcleo primário). No caso do sofrimento psíquico, muitas vezes patente na forma de transtorno mental, esta doença vem envolta no estigma de ser vergonhosa para o portador e seus familiares, por trazer consigo, muitas vezes, a perda do autocontrole e de comportamentos conscientes. O caráter quase sempre crônico de tal adoecimento causa muito desgaste para os cuidadores, pais e/ou responsáveis, por ser algo que demanda muito tempo, esforço e que, com uma nova crise, pode aniquilar todo o sacrifício destinado em favor da criança.

Muitas vezes este cuidador precisa de apoio para lidar com a cronicidade da doença e com a agudização de crises. Nem sempre poderá, de fato, contribuir para minimizar os efeitos deletérios do sofrimento psíquico da criança, uma vez que também encontra-se vulnerabilizado e tendo que lidar com seus próprios conflitos internos. Lidar com este fator é algo que gera muito desgaste no cuidador. Beck e Lopes (2007, p.145) descrevem esse

desgaste como sendo “[...] alterações orgânicas e psíquicas que o indivíduo pode apresentar em consequência da idade fisiológica e/ou de fatores externos que possam precipitar ou antecipar esse desgaste como as doenças físicas e psíquicas”.

Não são raras as queixas somatizadas dos cuidadores frente à sensação de finitude e impotência causada pelo comprometimento da criança, gerando sentimentos ansiosos e/ou depressivos. O discurso sobre doença de nervos, conforme Yépez e Medeiros (2004), coloca que o sofrer dos nervos assume uma função de extravasamento de angústias e preocupações não elaboradas. O corpo torna-se palco destas expressões por ser nele que as frustrações e conflitos são depositados. Mais ainda:

[...] são frequentemente usados nos serviços de saúde pública, e referem-se normalmente a um problema que se caracteriza por múltiplas queixas, como dores generalizadas e sensações corporais diversas, além de sintomas de depressão e/ou ansiedade [...] Frente à ausência de uma etiologia orgânica correspondente, é comum que o médico associe o termo à crise nervosa e ao “piti”, desconsiderando a complexidade do problema, e tratando-o com um certo desdém (Ribeiro, 1996). Assim, a intervenção, quando existe, tende a ser inadequada (YÉPEZ; MEDEIROS, 2004, p. 96).

4.5 Estratégia de enfrentamento do sofrimento psíquico

A vivência diária com a vulnerabilidade causada pelo sofrimento psíquico afeta diretamente o cuidador, onde “[...] a família passa por várias situações e por meio delas se depara com os aspectos que desencadeiam o sofrimento psíquico; então passa a combatê-lo com atitudes defensivas” (MILANESI; COLLET, 2006, p. 478).

Eis aí que surgem estratégias de proteção, como colocou Chvatal *et al.* (2009, p. 34): um “[...] conjunto de operações efetuadas pelo ego diante dos perigos que vêm do *id*, do superego e da realidade externa. As condutas defensivas não são exclusivamente da patologia e contribuem, normalmente, para o ajustamento, a adaptação e o equilíbrio da personalidade”. Embora fazendo parte do repertório psíquico dos sujeitos, os mecanismos de defesa promovem dispêndio de energia e tanto maior será este gasto quanto mais imaturo e menos bem sucedido for, ou seja, os mecanismos imaturos (neuróticos) demandam muito desgaste pelo seu caráter repetitivo e com forte sentimento de incompletude.

Os mecanismos de defesa são estratégias inconscientes adotadas para minimizar a dor e lidar com a sensação de medo, impotência e raiva, mascarando a realidade para que esta possa tornar-se mais suportável de ser vivenciada. Milanesi e Collet (2006) apontam estratégias várias usadas por familiares como a conversa; o choro enquanto desabafo; a necessidade de estar sempre presente, prevendo uma necessidade da criança; além da preocupação constante com a situação clínica da criança, gerando uma falta de confiança com o que pode acontecer com o filho e fé em Deus, na esperança de uma cura ou pelo menos de uma melhora. Milanesi e Collet (2006, p. 478) ressaltam ainda que a:

[...] luta contra o sofrimento é constante e de crucial importância, pois sem a vontade de combatê-lo o indivíduo passa a conformar-se com o sofrimento que o desestabiliza. Ao usar suas estratégias defensivas o sujeito aumenta sua resistência ao risco de apresentar um sofrimento patogênico, que seria a doença.

A criança portadora de sofrimento psíquico também cria formas próprias de enfrentamento, conforme apontado na investigação em Lyra *et al.* (2009, p. 233):

Crianças com problemas de comportamento apresentam modos de enfrentamento diferenciados frente às situações cotidianas e às relações interpessoais nas diversas esferas de convivência social. Em sala de aula, as principais manifestações nas crianças são os comportamentos tidos como socialmente inadequados e o baixo desempenho escolar. Dependendo do tipo de problema, o aluno pode ser considerado desobediente, impaciente, agitado, destrutivo ou, então, desanimado, desacreditado e quieto o que, não necessariamente, chama a atenção do professor.

Não se pode deixar de mencionar o quanto a família é a pilastra emocional, ou pelo menos deveria ser, no processo de desenvolvimento saudável infanto-juvenil. É sabido, infelizmente, que nem sempre a família atua como suporte emocional; pelo contrário, acaba sendo muito mais uma estrutura repressora, permissiva e negligente do que a base para a formação do futuro cidadão. Confirmando esta lógica, Beck e Lopes (2007, p. 144) defendem que:

Associações entre problemas de comportamento e variáveis do ambiente familiar têm sido consistentemente verificadas. A quantidade ou qualidade de eventos de vida negativos provenientes da família vêm sendo apontada como particularmente prejudicial ao desenvolvimento infantil, sendo fator predisponente a problemas de comportamento.

Muito já foi comentado acerca do sofrimento psíquico neste capítulo: definições, impactos e enfrentamentos. O próximo capítulo mostrará o percurso metodológico utilizado

para a pesquisa de campo feita com crianças usuárias do CAPSi Maria Ileuda Verçosa e suas respectivas cuidadoras.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

[...] Como se fosse urgente e preciso, como é preciso desabafar.
(Oswaldo Montenegro)

5.1 Desenho do estudo

O estudo foi uma pesquisa qualitativa, no campo da saúde mental, focada nas narrativas de crianças usuárias do CAPSi Maria Ileuda Verçosa sobre suas percepções, vivências e enfrentamentos de sofrimento psíquico.

5.2 Local

A instituição escolhida para a realização da pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Este modelo de assistência faz parte do Sistema Único de Saúde, política nacional de que visa garantir à população infanto-juvenil acesso aos serviços de saúde mental.

A razão de ter escolhido o CAPSi Maria Ileuda Verçosa deve-se ao fato desta instituição ter sido a pioneira no município de Fortaleza. Surgida em junho de 2006, a instituição atua com demandas muito complexas e com grande volume de atendimentos mensais, tornando-se uma referência para a saúde mental na capital. Abrange as Secretarias Executivas Regionais II, IV e VI, representando, segundo Ceará (2010), um total de 67 bairros correspondentes a 1.205.058 habitantes.

5.3 Período da realização do estudo

Esta pesquisa foi sendo desenvolvida no decurso do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, envolvendo o período de 24 meses. O trabalho de campo foi efetivado ao longo de quatro meses, correspondendo ao período entre agosto e dezembro de 2010 e teve duas etapas: adaptação e pesquisa.

5.4 População

Os sujeitos foram dez crianças, com idades entre 07 e 10 anos, usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi – Maria Ileuda Verçosa. A razão da escolha desta faixa etária equivaleu ao fato de que a mesma representa, segundo Book (2000), o marco teórico da segunda infância, onde a criança já tem a capacidade de estruturar categorias de tempo, espaço, objeto e causalidade: deixando o pensamento ligado à fantasia para ir desenvolvendo o pensamento lógico (com a admissão dos processos reversíveis do pensamento, das operações matemáticas e da substituição do animismo pela causalidade). Neste período já consegue internalizar a palavra e a ação podendo construir e utilizar signos. Dessa forma, sua comunicação passa a adotar explicações mútuas no campo do pensamento e da ação. O resultado da evolução deste processo cognitivo é que a linguagem torna-se mais compreensível, complexa e diretiva, pela aquisição de maior domínio da mesma enquanto processo.

As narrativas das respectivas cuidadoras foram incluídas unicamente como forma de esclarecer dúvidas, confirmar fatos e possibilitar a complementação de informações. O objetivo de manter contato com as responsáveis foi o de conhecer a criança a ser estudada pela ótica de quem convive com a mesma.

O critério da escolha dos usuários (tanto das crianças quanto de seus respectivos usuários) dependeu essencialmente da aceitação voluntária dos mesmos após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis e também pela criança, quando alfabetizada. Esta assinatura e consentimento só ocorreram após o conhecimento dos objetivos e da metodologia da pesquisa por parte dos colaboradores.

Foi feito o pré-teste com duas crianças e dois responsáveis. Após os ajustes necessários, foram ouvidas dez crianças e suas respectivas responsáveis através de uma entrevista semi-estruturada. Devido à falta da adesão à pesquisa por algumas cuidadoras e a rejeição de quatro crianças, estas pesquisas foram invalidadas, assim como uma que não pôde ser efetivada devido à precária compreensão e pobreza de discurso de uma mãe cuidadora.

A pesquisa só podia ser feita com a criança, após a aprovação e colaboração da responsável. Embora a mãe tenha tido a função de autorizar ou não a pesquisa, em nenhum momento isso subtraiu a força e importância do discurso da criança. Pelo contrário, esta foi vista como a maior colaboradora, conforme Solon (2008) e agente do seu processo interno. O critério da delimitação da quantidade de participantes deveu-se à aceitação voluntária para levar a pesquisa a cabo e baseou-se, conforme Fontanella *et al.* (2009), na profundidade e saturação do tema abordado, no instante em que as narrativas começaram a apresentar conteúdos repetitivos e com pouco acréscimo ao conteúdo.

5.5 Critérios de inclusão

- Sujeitos – crianças e familiares ou demais responsáveis (colaboradores na complementação de informações), que aceitaram voluntariamente participar das entrevistas por decisão própria, após assinatura do TCLE. No caso de crianças, além da aceitação e possível assinatura do TCLE, a pesquisa só pôde ser feita com a assinatura de autorização dos familiares ou demais responsáveis.

5.6 Critérios de exclusão

- Sujeitos elegíveis (crianças e familiares ou demais responsáveis) que não aceitaram fazer parte da pesquisa após tomarem conhecimento do TCLE.

- Sujeitos elegíveis que não estiveram em condições de responder às perguntas das entrevistas, por comprometimento de qualquer ordem.

- Sujeitos elegíveis que não aceitaram concluir as entrevistas, invalidando as mesmas.

5.7 Instrumentos para a coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos para coleta das narrativas: diário de campo e entrevistas semi-estruturadas. Os dados documentados no diário de campo foram coletados durante as atividades de musicoterapia, por meio de observação direta dos comportamentos das crianças para apreensão de vários aspectos verbais e não-verbais.

As entrevistas semi-estruturadas, conforme Nelson (2000), seguiram um roteiro simplificado de perguntas, abordando os seguintes temas referentes à criança: reconhecimento além de formas de vivência e de enfrentamento do sofrimento psíquico. O roteiro serviu apenas como um norteador dos temas a serem investigados.

Segundo Fontanella *et al.* (2007) e Minayo (2000), a escolha da entrevista semi-estruturada, enquanto um instrumento não diretivo de coleta dos discursos, deveu-se ao fato da mesma fornecer dados primários, secundários, espontaneidade, complexidade, dados subjetivos de crenças conscientes e inconscientes, além de expressões diversas. Conforme Turato (2003, p. 232), desta forma é possível discorrer sobre a temática: “[...] sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador”.

As narrativas foram gravadas após concordância expressa e formal das crianças e cuidadoras, a partir da assinatura de cada TCLE e tais conteúdos foram transcritos literalmente para a identificação das principais categorias.

5.8 Os procedimentos de coleta dos dados

A pesquisa foi feita em duas etapas. Na primeira, houve o momento para as observações e devidas anotações no diário de campo assim como para conhecer mais de perto os possíveis colaboradores (crianças e responsáveis), tanto nas atividades terapêuticas, quanto nos momentos de espera para atendimentos clínicos. Minayo (2002) ressalta a importância deste instrumento complementar (por demais necessário) para o registro de experiências, emoções, silêncios eloquentes, expressões faciais e sentimentos. Esse estabelecimento de vínculos obtidos, conforme Solon (2008) a partir do lúdico, facilitou muito o contato e a riqueza das respostas das crianças, uma vez que posteriormente se sentiram mais confortáveis diante das perguntas.

A segunda e última etapa do trabalho de campo foi a entrevista semi-estruturada visando o alcance das narrativas dos sujeitos. Neste contato, conforme colocação de Minayo (2002), houve a explicação da razão da pesquisa no referente ao problema a ser estudado,

quais eram os objetivos, justificativa e relevância, assim como a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No terceiro estágio foram feitas as revisões dos prontuários de cada criança colaboradora para apreensão dos dados sócio-demográficos, hipóteses diagnósticas ou diagnósticos já estabelecidos, conhecimento da história pregressa e evoluções da equipe multiprofissional.

5.9 Método de análise de dados

A escolha do método de análise dos dados foi o gênero entrevista narrativa. Justifica-se esta escolha para o propósito desta investigação uma vez que, segundo Botelho *et al.* (2008), podem-se compreender através dos discursos narrativos, fragmentos de singularidade. Segundo Jovchelovitch e Bauer (2003), a entrevista narrativa possibilita ao sujeito o relato de vivências, desde eventos fantasiosos, gratificantes a dolorosos. A escolha desta metodologia se deve ainda, conforme Cavalcante (2001), à necessidade de se compreender do ponto de vista sócio-histórico, histórias de vida do cenário sócio-cultural que as produziram.

A entrevista narrativa tem a função de estimular o livre discurso do colaborador havendo assim a tessitura de conteúdos subjetivos de naturezas diversas, uma vez que a narrativa permite ao sujeito a articulação o passado pela ótica do presente podendo também projetar o futuro. Este método permite maximizar a captação de experiências subjetivas do entrevistado, sem a limitação das perguntas e respostas da entrevista convencional.

O gênero entrevista narrativa, é um meio de ativar reminiscências e ter acesso a vivências, construção e reconstrução de si mesmos através da verbalização da percepção que os sujeitos têm de suas próprias experiências.

O gênero entrevista narrativa demanda muitas possibilidades de interpretações, fato este que, segundo Almeida (2001: 47): “[...] nada melhor do que ouvir as pessoas, escutar suas lembranças, comparar suas falas, percebendo diferenças e semelhanças entre elas”.

Apesar da multiplicidade de formas de interpretação, o pesquisador não conseguirá dar sentido a toda a amplitude do discurso de tal forma que pode, conforme Goldenberg (1999), focar nos aspectos que considerar mais pertinentes ao estudo.

Como o gênero entrevista narrativa é muito amplo, Jovchelovitch, Bauer (2003) apontam algumas fases para orientar o pesquisador no atingimento dos objetivos: primeiro é necessário preparar o campo a ser investigado através da observação e iniciar a formulação das questões. No instante em que o sujeito estiver na narração central, cabe ao pesquisador encorajá-lo à fala através de recursos não verbais, mas em absoluto deve interromper ou apressar o discurso do colaborador. Gradativamente o pesquisador vai passando de perguntas muito externalizantes (exmanentes) para questionamentos mais imanentes.

Os passos para analisar as narrativas dos colaboradores seguiram a proposta de Schütze *apud* Jovchelovitch e Bauer(2003) que sistematiza da seguinte forma: primeiramente é necessário que o material seja transcrito literalmente. Sucedendo este procedimento, o texto deverá ser dividido em material indexado (que dá condição ao pesquisador de referenciar na fala do sujeito quem desenvolveu ações, porquê, em que período e local) e material não-indexado (onde são expressados valores, opiniões e vivências de forma generalizada).

Uma vez estando com os elementos indexados eles passarão a dar condições de serem analisados pois orientarão a ordenação das vivências (trajetórias) narradas por cada sujeito enquanto que a análise das dimensões não-indexadas (análise do conhecimento) permitem ao pesquisador um contato direto com as opiniões e reflexões diversas do colaborador. Após o processo de análise das dimensões indexadas e não -indexadas é feito o agrupamento das trajetórias para comparação das vivências individuais e identificação das coletivas.

Jovchelovitch e Bauer (2003) ainda reforçam que é preciso ter o cuidado para complementar com perguntas o que ficou pouco elucidado apenas quando perceber “coda”, ou seja, quando perceber sinais que o emissor transmite de que está concluindo seu pensamento. Ainda assim é preciso ter muito cuidado com as perguntas a serem feitas no sentido de parafrasear o que ficou obscuro, não emitir opiniões pessoais ou julgamentos assim como não

questionar e discutir sobre as falas e suas contradições. Por fim, o pesquisador incentiva a fala conclusiva e para de gravar.

Por fim, o gênero narrativo utilizado nesta pesquisa foi combinado com a Análise de Conteúdo de Bardin (1977) apenas como forma complementar de sistematização dos discursos em categorias através da pré-análise seguida da leitura flutuante de todas as narrativas transcritas até à regra da exaustividade, onde todo material foi minuciosamente examinado e de onde surgiram as categorias evidenciadas.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Com base nas diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996), por envolver diretamente sujeitos portadores de sofrimento psíquico, a partir de informações pessoais, houve todo um criterioso cuidado em preservar o anonimato dos colaboradores da pesquisa, resguardando os aspectos que pudessem causar-lhes constrangimentos de ordens diversas como: crenças pessoais, religião, oralidade, espiritualidade e cultura.

O próximo capítulo mostrará os resultados obtidos no trabalho de campo, através do convívio de 4 meses com as crianças colaboradoras, suas cuidadoras e profissionais do CAPSi Maria Ileuda Verçosa, assim como dos materiais colhidos na revisão de prontuários e narrativas dos sujeitos da pesquisa.

7 RESULTADOS

Quando eu soltar a minha voz
Por favor entenda
Que palavra por palavra
Eis aqui uma pessoa se entregando
[...]
Quando eu abrir minha garganta
Essa força tanta
Tudo que você ouvir
Esteja certa
Que estarei vivendo...

(Gonzaguinha)

Conforme já mencionado no capítulo referente à metodologia, foram feitas duas entrevistas com crianças e suas respectivas responsáveis na fase de pré-teste. Não houve o objetivo de descrever o perfil destas crianças, uma vez que não foram incluídas como as colaboradoras finais.

Os sujeitos da pesquisa tiveram seus perfis analisados a partir da revisão dos prontuários do CAPSi Maria Ileuda Verçosa referente aos mesmos, conforme os critérios de revisão documental de Bardin (1977). A inclusão de fragmentos das narrativas das mães foi de importância fundamental para a complementação de idéias, uma vez que parte das crianças responderam ao instrumento de modo lacônico, embora não se sentindo ameaçadas ou incomodadas com o processo de pesquisa.

Das dez crianças colaboradoras, oito foram meninos e duas meninas na faixa etária compreendida como segunda infância, sendo duas crianças de sete anos, uma de oito anos, uma de nove anos, quatro de dez anos e duas crianças de onze anos.

Nove das dez crianças têm irmãos e habitam com eles, assim como apenas duas crianças convivem com pai e mãe na mesma casa, cinco são filhos de mães solteiras, duas moram apenas com a mãe e/ou com algum outro parente (avó, tios) após a separação conjugal. Segundo Soares *et al.* (2005), a legitimação dos familiares como cuidadores é dada

pelo reconhecimento de que os pais ou um deles é impossibilitado de prover o necessário para atender às demandas das crianças.

Das dez crianças colaboradoras, seis moram em casa própria, três em casa alugada e a responsável por uma das crianças não declarou o tipo de moradia no prontuário. Todas vivem em situação financeira não satisfatória: apenas três famílias vivem com renda maior que um salário mínimo sem qualquer benefício das esferas de governo; duas crianças são pertencentes à famílias com renda maior que um salário, obtido com a complementação de algum benefício do governo; quatro crianças vivem em famílias com rendas inferiores a um salário com complementação de benefícios sociais e com uma criança, a renda não foi declarada.

Quanto ao nível de escolaridade das crianças, há a predominância na 1ª série, com cinco crianças não alfabetizadas, uma criança que cursa a quarta série, três que cursam a quinta série e uma criança aluna da sexta série, mas em geral, o nível de aprendizagem é muito precário, devido à dificuldade de aprendizagem.

Conforme Ferriolli (2007), há existência, de antecedentes de transtornos mentais nos familiares de oito das dez crianças: nervosismo, alcoolismo crônico, depressão e ideação suicida. Em relação aos diagnósticos das crianças colaboradoras, a partir da revisão de prontuários, foram observados os seguintes: distúrbio de comportamento, distúrbio de aprendizagem, transtorno do déficit de aprendizagem e hiperatividade, histórico de epilepsia, transtorno emocional da infância, desvio de conduta, comportamento opositor/desafiador, impulsividade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno afetivo bipolar. Como hipóteses diagnósticas, houve questionamentos para: depressão infantil com transtorno apontador, inteligência limítrofe ou baixa estimulação ou sintomas depressivos.

Como expôs Winnicott (2005, p. 182): “[...] se fôssemos melhores em diagnósticos, pouparíamos a nós mesmos e a nossos pacientes, um bocado de tempo e desespero”, no referente à necessidade mais cuidadosa de diagnosticar. No entanto, não é objetivo desta pesquisa trabalhar com diagnósticos e conceitos de doença, mas, a partir da doença, compreender quais os modos de construção de subjetividades e de enfrentamento

diante da cronicidade e/ou restrições inexoráveis. Portanto, os diagnósticos expostos refletem, sobretudo, um ponto importante para o acompanhamento das crianças no serviço de saúde mental e que é constituinte do perfil das mesmas.

De modo sintético, como procura das responsáveis pelo serviço de saúde mental infantil foram as seguintes realidades apresentadas pelas crianças: não aceitação da realidade (separação dos pais, abandono e/ou negligência de cuidados dos pais), violência sexual, violência doméstica, comportamentos e/ou transtornos ansiosos, de conduta e do humor.

As crianças juntamente com suas respectivas responsáveis foram interpretadas à luz de suas próprias narrativas sobre os seguintes temas: percepção da doença, sentimentos de auto-estima, vivências singulares e formas de enfrentamento da doença.

Com as responsáveis pelas crianças, houve um momento para a entrevista narrativa. Com as crianças, no entanto, houve todo um processo de ambientação, de observações da pesquisadora para conseguir ser plenamente aceita, conforme indicações de Solon (2008), por meio de participação nos grupos e nos momentos lúdicos destes mesmos grupos, no referente a atividades de musicoterapia, desenho, quebra-cabeças e jogos de memória.

Partindo do discurso de Kramer (2002) sobre a omissão dos nomes dos colaboradores por questões verdadeiramente éticas e por respeitar a ação diante do desejo de cada sujeito colaborador, a pesquisadora propôs que cada criança dissesse como gostaria de ser reconhecida e houve consenso na escolha de que gostariam de ser reconhecidos através do que sonham ser no futuro. Este desejo é percebido como uma forma saudável de vivência das doenças. Dessa forma, as crianças serão identificadas pelas categorias profissionais por elas escolhidas: Mecânico (Criança 1), Operador de Gravação (Criança 2), Jogador de Futebol (Criança 3), Advogada (Criança 4), Piloto (Criança 5), Policial (Criança 6), Professor (Criança 7), Médico (Criança 8); Pintor de Quadros (Criança 9), Cantora (Criança 10).

Familiares e crianças que procuram um serviço de atenção à saúde mental infanto-juvenil não o fazem de modo espontâneo. É preciso que determinados repertórios

comportamentais comecem a causar qualquer tipo de transtorno ou mal-estar, conforme Beck e Lopes (2007), seja no espaço familiar, escolar ou social em geral. Winnicott (1993) ressalta que a doença na criança provoca impacto negativo à dinâmica familiar por impor, de forma patente, sentimentos diversos de impotência: de não poder aceitar os sintomas, de não ter podido evitá-los.

Segundo Mannoni (1981), vários são os sentimentos vivenciados pelos familiares que conduzem seus filhos para serviços especializados de saúde e que permeiam, de forma geral, o imaginário dos mesmos: sentimentos de vergonha e receio do estigma social, angústias, ansiedades e impotência, conforme Lyra (2009). Deste modo, as dez crianças colaboradoras são portadoras de comportamentos não esperados e/ou aceitos socialmente na vivência infantil, no sentido de serem vivenciados de modo pueril ou exacerbado ou embotado afetivamente ou com nível considerável de condutas desviantes.

7.1 Compreendendo a criança portadora de sofrimento psíquico por ela mesma

Conforme já exposto no primeiro capítulo (que focou a atenção na criança enquanto ator social historicamente construído), este momento abordará os modos de construções de subjetividade pelas crianças colaboradoras diante de seus sofrimentos psíquicos, através de fragmentos das narrativas das mesmas e de suas responsáveis, representadas pelas mães, avós e uma vizinha. É preciso reforçar que os fragmentos das narrativas das responsáveis não dizem respeito aos sentimentos e percepções das adultas, mas a mensagens valiosas que as crianças dão às mesmas na convivência diária e que não puderam ser captadas no momento da pesquisa. Portanto, as contribuições das cuidadoras das crianças foram resgatadas apenas como um complemento para que haja uma compreensão mais ampliada da própria criança e que, por esse motivo, estão citadas juntamente com as falas das crianças, porque como colocou Mannoni (1980, p. 30): “Todo estudo sobre a criança implica o adulto, suas reações e seus preconceitos”.

Delgado e Müller (2006) questionam a razão da grande exclusão da fala da criança nos estudos referentes à mesma, em relação à construção de suas culturas singulares,

interpretação e vivência na realidade, construções simbólicas. Ninguém melhor do que a própria criança para compreender e manifestar o que vivencia cotidianamente. Neste sentido, houve todo um processo de acolhida das narrativas, mesmo que soassem estranhas ou distoassem da realidade, como falsas verdades. Todo o material coletado foi considerado, porque diz respeito direito à realidade, desejo, fuga e anseios de cada colaborador. Por fim, conforme Vale (2007):

Para alcançar a expressão do sofrimento nesta pesquisa foi necessária sensibilidade quanto à escolha de instrumentos que favorecessem a ressonância desta dor, onde houvesse ao mesmo tempo a possibilidade de expressão e de compreensão. Desse modo, os órgãos dos sentidos desta pesquisadora estiveram aguçados, os olhos atentos e ouvidos sensíveis, bem como com sua atenção flutuante intensificada, à espera de tudo aquilo que seria mobilizado (VALE, 2007, p. 21)

Alderson (2005) aponta que as crianças colaboram de forma notável nas pesquisas por saberem falar dos seus processos patológicos pela propriedade advinda das vivências internas, ao passo que a cronicidade tende a gerar na criança um conhecimento mais abrangente sobre seu comprometimento na saúde.

Dantas e Tobler (2003) afirmam que o sofrimento psíquico é uma experiência universal, presente no cotidiano (por si, estruturante do sujeito), apesar de toda tentativa desenfreada de buscar contê-lo ou mesmo banalizá-lo. Por vezes, o sofrimento que promove a vulnerabilidade e quebra de homeostase interna passa a ser enfrentado no contexto da supervalorização contemporânea do que é jovem, forte, saudável, como o que precisa ser escondido, exterminado ou percebido como algo que cause vergonha, sentimento de não pertença.

Para uma criança, lidar com questões que promovam conflitos existenciais que afetam a auto-estima, sentimento de pertença e identidade pode comprometer seriamente o seu desenvolvimento psíquico, por este encontrar-se em uma fase crucial, conforme Winnicott (1997), para a ocorrência de eventos traumáticos marcados por privações (abusos físicos, sexuais, psicológicos e negligência). Segundo Albornoz e Nunes (2004), tais eventos estressores podem trazer comprometimentos e interferências no desenvolvimento emocional

que podem ser sentidos ao longo de toda a existência de uma pessoa, podendo determinar a conformação de sua trajetória e constituição do seu modo de subjetivação.

7.2 Percepção do sofrimento psíquico

7.2.1 Reconhecimento da doença pela criança

É preciso um grau de amadurecimento necessário, conforme Winnicott (1997), para que a criança se perceba e assuma a condição de sofrimento psíquico. Este amadurecimento, segundo Winnicott (1994), vai derivar de dois fatores: um suporte familiar representado pela figura da mãe suficientemente boa e o suporte social, representado pelo meio que agregue desafios e valores saudáveis à criança.

Para Torralba (2007), o ser pode estar em sofrimento e não se dar conta da intensidade do mesmo. O que faz com que a dor exista, é a percepção da mesma enquanto sofrimento, pois alguns sujeitos são bem mais sensíveis e vulneráveis à percepção e vivência da imperfeição e/ou da falta. Para algumas crianças colaboradoras, o fato de estar com comprometimento psíquico ou mesmo precisar fazer tratamento no CAPSi, não causa constrangimento; para outras, existe a resistência expressada pelo silêncio, pela vergonha:

Eu sou... [pausa] Eu sou danado porque, porque eu fico só batendo no meu irmão. [Discurso confuso]. Para bater porque eu não respeito ele. (Operador de Gravação).

Minha mãe diz que às vezes eu sou bom, só que tem vezes que eu sou , sou, [...], assim, como é que se diz, começo a me irritar com muitas coisas.[...] ... a minha avó foi quem teve a idéia de me trazer para cá, porque antes quando eu não vinha para cá, eu me irritava com qualquer coisinha, aí eu já ficava com raiva, com muita raiva aí minha avó teve a idéia de botar eu pro CAPS, pra ver se eu ficava melhorzinho em casa (Médico).

Discurso confuso. Eu tenho revolta. [...]Eu fico revoltada, batendo nas coisas. (Silêncio). Fico com raiva, fico batendo nas coisas. (Silêncio) [...] eu sou agressiva. Quando eu tô com vontade de bater, eu só quero é bater (Advogada).

Ele acha que tem alguma doença, mas não sabe exatamente que doença é. Eu acho que ele se sente diferente: que é mais ansioso que os colegas, mais agressivo, que gosta muito de mentir. Ele já chegou até a pegar dinheiro dos outros (Mãe do Mecânico).

7.2.2 Reconhecimento de que não se é como as outras crianças

A percepção de ser distinto dos demais, principalmente no estágio de vida correspondente ao processo de formação da personalidade e do desenvolvimento emocional, é um fator crucial para a criança, conforme Lyra *et al.* (2009). Esse reconhecimento tem em si, muita carga de baixa-estima, sentimentos de desvalia, vitimização e revolta.

Ele se percebe diferente. Às vezes, chega para mim e diz assim: 'Mãe, eu queria tanto ser diferente. Eu não queria ser assim. Eu queria ser mais calmo, mas eu não consigo' (Mãe do Policial).

7.2.3 Negação do sofrimento psíquico

Segundo Chvatal *et al.* (2009), os mecanismos de defesa são estratégias que o ego encontra para se defender tanto das ameaças do meio externo quanto das internas, inconscientes e relativas à censura. Os mecanismos de defesa são constituintes da saúde do aparelho psíquico, por buscar o equilíbrio do mesmo. As estruturas defensivas só se tornam patológicas quando tornam-se fixadas como a única estratégia para sobreviver ao fenômeno ameaçador.

O modo de perceber ou lidar com o sofrimento psíquico é algo muito particular. É sabido, no entanto, que a negação desse sofrimento é, segundo Fadiman e Frager (1991), a estratégia egóica de proteção que visa mascarar ou minimizar seus impactos buscando fazer com que o sujeito não sofra em geral ou sofra em menor intensidade.

Eu sou assim. Eu não acho que eu sou diferente. Todo menino tem que ser danado mesmo. [...] eu adoro ir para o CAPS. Por mim, eu vinha todo dia. (Médico)

Ele não aceita a medicação, diz que não precisa tomar nada. (Mãe do Policial)

Y – Como é que você fica em casa, para vir para cá?

P – Silêncio. (Discurso posterior confuso)

Y – Como é que fica teu comportamento em casa para tu vir para cá?

P – Quietos.

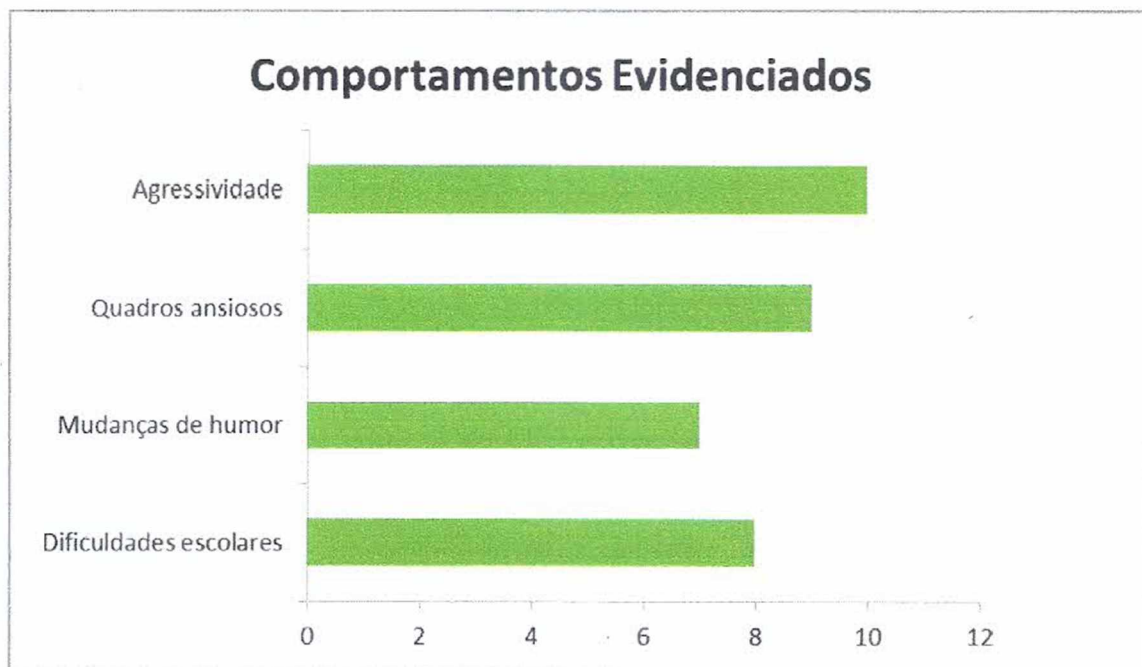
Y – É? Você vem prá cá desde quando?

P – Silêncio. (Fragmento da entrevista do Professor)

7.3 Vivência do sofrimento psíquico

De todas as questões apresentadas através da narrativas das crianças, suas respectivas colaboradoras e pela revisão de prontuários, alguns comportamentos foram muito evidenciados:

Figura 1 – Comportamentos Evidenciados



7.3.1 Agressividade

A agressividade (como relato de mau comportamento) foi uma constante nas narrativas e na revisão de prontuários e assumiu características específicas. Tommasi (1997) coloca que a agressividade é um conceito fundamental na teoria winnicottiana, uma vez que, por meio dela, o bebê terá possibilidade de entrar em contato com o meio, de se mover em busca do novo e do desconhecido. Desta maneira, a agressividade torna-se estruturante para a constituição do sujeito e elemento imprescindível para o processo de amadurecimento emocional.

Segundo Winnicott (1994b), o processo de construção da personalidade supõe amadurecimento e este, por sua vez, implica ao sujeito, a saída gradativa das suas vivências

instintivas e agressivas para a capacidade de reconhecer, dominar e sublimar tais instintos destrutivos: “o impulso construtivo está relacionado em parte com a aceitação pessoal da criança, da responsabilidade pelo aspecto destrutivo de sua natureza” (WINNICOTT, 1994b, p.75)

A agressividade ocorre pelos motivos mais diversos como: insatisfações, não aceitação de realidades, desejos frustrados ou, em menor intensidade, de modo imotivado:

Quando estou com raiva, tenho que bater na pessoa. (Piloto).

Ele é muito agressivo quando está com raiva. Bate na parede, dá pancada, dá murro. (Mãe do Mecânico).

O comportamento do meu filho que acabou chamando a atenção de todos foi quando foi um dia para o colégio e começou a empurrar e a bater do nada. A professora disse que não entendeu o comportamento, porque os colegas não estavam agredindo. Depois meu filho começou a chorar. (Mãe do Professor).

Meu filho, quando está bem, é uma criança muito carinhosa. Do nada ele muda o comportamento e fica querendo bater, fica agressivo. (Mãe do Professor).

Em casa agressivo e brigando sem motivo. Na escola, briga com quem mexer com ele. Lentificado, calmo. Só agride quem faz raiva a ele. (Médica Psiquiatra do Professor).

Em geral, a agressividade ocorre contra objetos ou contra pessoas (heteroagressividade) e pode ser manifestada por meio verbal, físico ou ambos, assim como através de um ato de desobediência, espírito de vingança ou impulsividade dos instintos:

Agora é agressivo com os outros e consigo; quando tem raiva de alguém e não pode se vingar, bate em seu rosto com o próprio sapato, tacou lápis na veia, puxa o cabelo, se belisca, se morde. (Médica Psiquiatra do Policial).

[...] Destroís brinquedos, desorganiza tudo e não tem paciência para nada. Agride pessoas (mesmo adultos) quando contrariado. Tem espírito vingativo e ameaça morrer quando se chateia.[...] Impulsividade, comportamento desafiador – opositor. Bate apenas em crianças e responde muito a adultos. (Médica Psiquiatra – Policial).

A agressividade também se manifesta como uma forma de expressar a rejeição parental vivenciada. A falha do suporte materno, como colocou Winnicott (1990), (1994b),

(1997), provoca o forte sentimento de não ser digno de amor, de não pertencer ao meio e isso em muito é manifestado por meio da agressividade:

[...] se sente muito rejeitado pelo pai dele. Ele abraça o pai, beija o pai. O pai dele é menos carinhoso, pouco apegado a ele e meu filho sofre muito com isso. Tem vezes que eu acho que ele acaba descontando a carência que sente pelo pai dele, sendo muito agressivo. Ele só tem um amigo e às vezes nem isso, porque ele é muito agressivo mesmo. (Mãe – Mecânico).

Eu bato nela, na minha irmã. A minha mãe gosta mais dela. Eu brigo, brinco... (Advogada).

Por vezes a agressividade se manifesta pela intolerância à frustrações da vida diária, devido ao fato da criança não receber limites parentais adequados. Winnicott (1994) coloca que a mãe suficientemente boa é geradora de suporte assim como de frustrações necessárias para que o bebê possa tornar-se autônomo:

Ele muda o comportamento quando as coisas não são feitas como ele quer. Tudo tem que ser do jeito dele, do gosto dele, porque senão, aí tudo complica. Ele fica muito agressivo. (Mãe – Mecânico).

Segue agressivo e desobediente quando contrariado. Não sabe escutar um não. (Médica Psiquiatra – Mecânico).

Meu filho é uma criança que gosta de brincar, mas se for contrariado, ele se transforma: fica agressivo demais, chuta, bate, fala palavrão. A gente tenta ser rígido, castigar, mas o pai acha que o problema dele é porque é criança e que quando crescer vai mudar. (Mãe - Policial).

[...] baixa tolerância à frustração, difícil socialização. Coloca as mãos na cabeça e nos ouvidos e sai correndo quando irritado. Às vezes fica agitado e rasga o material escolar, joga objetos no chão nos episódios de raiva. (Médica Psiquiatra – Professor)

A agressividade pode se manifestar como consequência de sintomas psicóticos, onde a psicose é compreendida por Winnicott (1994) como uma falha na estrutura de suporte quando o bebê encontrava-se no processo de desenvolvimento emocional primitivo.

Uma criança colaboradora da pesquisa é portadora de sintomas psicóticos, chegando a alucinar tanto auditiva quanto visualmente. Relata sentir muito medo do que vivencia e, para minimizar o desconforto, procura obedecer aos comandos das alucinações auditivas

Eu tenho muito medo. Tô vendo televisão e sinto uma agonia. Um homem fica dizendo para eu bater. Eu tenho medo e bato. Tem vezes que eu tento fugir para ver se eu escapo. (Piloto).

Relata agonia na cabeça. Cefaléia quase diária. [...] A criança está ouvindo vozes mandando bater em alguém que é melhor (e é uma voz de homem). À noite, vê gente dentro de casa, assistindo televisão e jogando areia nele. Foi agredido por cinco alunos depois que agrediu um de forma muito violenta. Cefaléia acompanhada de febre emocional. (Médica Psiquiatra do Piloto).

Ouvindo vozes. Há alguns dias, bateu com muita agressividade em um menino, que ficou desmaiado. Depois se arrependeu, mas já era tarde. Em casa é agressivo com dois irmãos e, principalmente, com o mais novo. (Médica Psiquiatra do Piloto).

[...] após agressividade, ele pára e fica olhando para a pessoa agredida. “Ele está bem e, de repente, se sente ameaçado e parte para cima dos outros” (sic). No último episódio, furou uma garota com uma caneta. Agressivo quando perseguido, ameaçado ou quando é frustrado. Ideação paranóide. (Médica Psiquiatra do Piloto).

Várias foram as demonstrações de comportamentos socialmente indesejados no decurso das narrativas de crianças e suas responsáveis. Winnicott (1994b) aborda o conceito de tendência anti-social que ultrapassa critérios e definições diagnósticas, mas que é uma característica que todo sujeito pode desenvolver, independente de ser psicologicamente comprometido ou não.

Para Winnicott (1994b) a tendência anti-social não surge espontaneamente, mas é socialmente construída através da privação de algo complexo e positivo na vivência infantil por período determinado que causa impactos negativos para a criança. Essa tendência anti-social pode se dar por comportamentos desafiadores:

[...] Também apresenta postura desafiadora. Nega maus-tratos com animais. Nega receber reclamações da escola atualmente, já tendo recebido antes, pois rasgava o caderno dos colegas: “Implicava com todos” (sic). (Anamnese do Prontuário do Jogador de Futebol).

[...]. apresenta comportamento bastante desafiador, inquieto. Não aceita regras e nem limites propostos pela terapeuta. Mostra-se independente aos realizar suas AVD's. Sabe ler e escrever. [...] Muita agitação psicomotora. Não chegou a realizar a atividade: quebrou os lápis de cera e jogou papel na cara da terapeuta.(Terapeuta Ocupacional do Policial).

Houve também a presença de desvios de conduta nos relatos de profissionais e cuidadoras:

Desvio de conduta. Agressiva com irmã mais nova. Subtrai pertences alheios, pegando objetos e depois, desprezando-os. Não aceita o novo casamento da mãe e nem o alcoolismo do pai. Gosta de brincar de boneca. Mente na escola e tem problemas de convivência com os colegas de classe. Tem notas baixas e muita dispersão na escola. [...] Quando a criança consegue o que quer, não valoriza mais. (Médica Psiquiatra da Advogada).

O que me fez procurar ajuda mesmo, foi quando um dia, na escola, a professora combinou com os coleguinhas que ninguém iria dar atenção para [...]. Aí, quando ele chegou na sala, ninguém conversou com ele e nem deu atenção. [...] tirou a roupa e ficou nu na frente de todo mundo. Quando soube disso, fiquei nervosa, me desesperei porque achei realmente que ele estava muito mal e procurei ajuda. (Mãe do Policial).

Ele já chegou até a ameaçar que ia morrer só porque não foi feito o que ele queria. Aí ele faz cena, fica irritado e fica se machucando à toa. (Mãe do Policial).

Já chegou a tacar uma tesoura em uma colega, não aceitando ser contrariado por ninguém. Destroí tudo o que tem e o que pega dos outros, rasga, quebra, esfarela. Se mexe à noite e já caiu da cama. Às vezes converso com ele e pergunto: “Por que isso comigo?”. Ele responde: “Porque quero”. “Você tem raiva da mamãe?” ele responde não e começa a chorar. Depois, faz tudo de novo. (Médica Psiquiatra do Policial).

Outro comportamento que causou preocupação nas cuidadoras foi o furto, pelo desejo de chamar a atenção e/ou possuir algo que é inviável ou proibido, como pode ser visto abaixo:

Y- Porque é que te trazem para cá? Para o CAPS? Porque você vem para o CAPS?
JF – Porque eu sou acompanhado, porque eu mexo nas coisas em casa. (Cabeça baixa)
Y – Como é mexer nas coisas em casa?
JF – Ficar tirando... (Fragmento da entrevista do Jogador de Futebol).

Eu pedi à minha mãe e ela não me dá por... (Pausa) [...] Aí eu queria comprar alguma coisa para eu comer antes de ir para a igreja, mas ela não deixava... (Jogador de Futebol).

Eu comecei a notar que ela tinha coisas que não eram dela, tipo coisas de colégio e brinquedos. Nunca aceitei. Ficava perguntando de onde ela tinha tirado, onde tinha conseguido e ela me devolvia. Já tive de ver várias coisas que ela pegou e quebrou. Não usou. Só pelo prazer de pegar, destruir e depois jogar fora (Avó da Advogada).

7.3.2 Quadros ansiosos

7.3.2.1 Inquietude

A inquietude tanto em casa como na escola mostrou-se muito presente nos discursos dos sujeitos e na revisão documental, da mesma forma que comportamentos hiperativos e impacientes.

Na escola, se levanta muito das cadeiras, procura brigar com outros colegas, não obedece professoras. (Médica Psiquiatra do Mecânico).

Ela tá vindo para cá já faz um tempo, mas eu não tô vendo melhora não. Ela é muito inquieta, *futricona*, não fica quieta, mexe em tudo, se trepa nas cadeiras. É o tempo todo *bulindo* em tudo. É assim desde muito pequenininha. (Avó da Advogada).

Ele começou a mudar quando tinha 3 para 4 anos porque era muito agitado, não deixava nada quieto na sala de aula e agitava muito as coisas. (Avó do Médico).

Meu filho sempre foi muito inteligente mas também extremamente agitado e com muita dificuldade para dormir. Uma doutora dele disse uma vez que ele tinha TDAH. Às vezes ele é muito alegre e às vezes é muito estressado. (Mãe do Policial).

Desde pequenininho ele era diferente: engatinhava diferente, era muito agitado, batia a cabeça e a testa no chão e nas paredes. No Jardim II, ele não parava para nada. Ficava atrapalhando a aula o tempo todo porque era e ainda é muito travesso. “Ele se sente triste porque se acha inferior, ele acredita que nada nele é bonito. (Mãe do Policial).

O [...] é uma criança que poderemos chamar de motor ligado. Já entra na escola correndo, não consegue ficar parado, movimentando-se e falando alto. Mexendo-se e contorcendo-se na cadeirinha. Apesar do comportamento, [...] é uma criança feliz. Não briga, a não ser que seja provocado. Gosta dos professores, direção e funcionários. Ótimo relacionamento e obedece quando lhe é dado limites. (Fragmento do relatório da Escolinha C. Ltda, anexo ao prontuário do Policial).

Evolui com grande agitação psicomotora: sobe em móveis, muros, árvores, quebra brinquedos, muda de atividade com muita frequência. Às vezes assiste TV de “ponta-cabeça” (*sic*), mudando muito o canal, sempre movimentando-se. (Médica Psiquiatra do Policial).

Com outras crianças houveram relatos de medo de reagir diante de ameaças, adotando posturas passivas:

A mãe notou que a criança aos 4 anos era muito inquieta, não conseguia fazer amizades, era nervoso, se tremia todo quando alguém brigava ou o ameaçava bater. Quando outras crianças o ameaçam, chora e sai correndo. A mãe não consegue reagir e relata que ele é muito carinhoso e não apresenta agressividade. Tem dormido bem. Acorda-se vez por outra e procura a mãe. Se não a encontra, começa a chorar. Começou a ir para a escola aos 4 anos, mas só agora está sendo alfabetizado. Parece um pouco lento. (Médica Psiquiatra do Professor).

7.3.2.2 Mudanças de Humor

Conforme Lyra *et al.* (2009), muitos foram os relatos de mudanças no humor das crianças no decurso das narrativas e revisões de prontuário: isolamento, apatia, tristeza, choro fácil, irritabilidade, raiva e dificuldades de relacionamento pessoal. Antônio (2006, p. 95) colocou que: “[...] o sofrimento subjetivo se manifesta sob forma de sintomas narcísicos e depressivos, em indivíduos que cada vez mais [...] têm dificuldades para articular numa narrativa as próprias histórias, vivências e dores”.

A tristeza foi um sintoma muito constante no referente à mudança de humor. Torralba (2007) pontua a tristeza como a grande dor da alma. Esta dor só pode ser ativada por meio da interiorização, reflexão e imaginação. Diferente do corpo, que percebe a dor apenas no instante presente, a dor psíquica, representada pela tristeza, pode ser percebida e vivenciada atemporalmente: no presente, no passado e no futuro.

De acordo com Torralba (2007), a tristeza vai afetando de modo tão impactante o sujeito, que o leva a um grau de apatia em que a ordem é o não movimento, a falta de desejo, a indiferença ao meio, a dificuldade para tomar decisões, o embotamento afetivo, a oposição à vida. Em relação à tristeza, houve uma constância nos discursos das cuidadoras e dos relatos profissionais nos prontuários. As crianças, no entanto, não quiseram se manifestar muito a esse respeito.

A mãe diz que a criança apresenta choro fácil, irritabilidade e insônia; também diz que o paciente também rói muito as unhas, além de apresentar muitas fugas do lar. (Anamnese de prontuário do Jogador de Futebol).

Eu fui notando que meu filho foi mudando o comportamento dele. Ele foi deixando de ficar como as outras crianças, foi se isolando de todo mundo. Eu comecei a achar aquilo estranho, principalmente por ele não querer mais brincar e isso não é esperado para uma criança. (Mãe do Professor).

Eu noto que ele tá entrando em uma nova crise quando começa a chorar do nada, a quebrar as coisas dentro de casa e empurrar os irmãos. (Mãe do Professor).

Tem vezes que eu vejo que ele se sente excluído, a pior pessoa. Ele já chegou a dizer que queria morrer. Eu me inquieto com isso; não sei se fala para me assustar ou se é verdade mesmo. (Mãe do Piloto).

Quando ele fica em crise eu já sei: fica muito triste, numa melancolia muito grande. (Mãe do Piloto).

Eu acho que ele adoeceu há muito tempo, mas eu acho que ele piorou há pouco tempo. Ele era o meu filho saudável, mas era inquieto. Eu achava normal, achava que era coisa mesmo de menino. Depois é que eu comecei a notar que ele estava ficando diferente: pelos cantos, sem querer conversar, sem querer muita aproximação. E também notei que ele estava ficando muito triste, principalmente na escola, por não conseguir aprender como os colegas dele. Ele tava bem e do nada ficava mudado. (Mãe do Piloto).

As crianças que aceitaram mencionar algo sobre tristeza, sempre a associavam à culpa. A culpa, segundo Winnicott (1990), está diretamente relacionada ao amadurecimento, e foi algo que provocou reações de silêncio nas entrevistas, necessidade de parafraseamento por parte da pesquisadora, risos imotivados. A primeira criança sente culpa por preferir o pai à mãe e, principalmente, por ser muito agressivo com ela.

Y – E o que mais você sonha para sua vida, prá quando você estiver velhinho?

OG – É... (pausa). Gostar da mãe.

OG – É... gostar da mamãe.

Y – Você sente assim, como é que você se sente, porque agride tua mãe. Como é que você se sente depois disso, quando tu agride tua mãe?

OG – Distanciado

[...]

Y – Então, como é que tu se sente?

OG – Eu ---difícil compreensão. [pausa]. Eu gosto dela.

Y – Você fica triste quando briga com ela?

OG – Ah... Quando ela sai, né, eu choro[...] Eu choro por causa dela. (Fragmento da entrevista do Operador de Gravação).

A segunda criança sente culpa por furtar, uma vez que deseja coisas que a mãe não pode ou não quer dar. Esta criança foi percebida como muito resistente e demonstrava isso por meio de silêncio, afirmações apenas corporais. Em nenhum momento da entrevista manteve contato visual; pelo contrário, passou a atividade inteira de cabeça baixa, olhando para a mesa.

Minha mãe, eu obedeco minha mãe. [...] Eu tiro algo de casa porque sinto a de comprar coisas. (Perguntado sobre como se sentiu após o furto, responde:) Triste. [...] porque eu tirei. (Jogador de Futebol).

7.3.2.3 Dificuldades escolares

Foram muito frequentes no decurso do trabalho de campo os relatos sobre dificuldades escolares das crianças, devido à inquietação, falta de concentração, dificuldade para reter conteúdos, espírito destrutivo, desanimação, conflitos internos e baixa estima, conforme exposto em Lyra *et al.* (2009):

Ele disse para mim: 'Mãe, eu acho que eu não vou passar este ano. Eu não tenho condições, não consigo entender as coisas, aprender. Eu não tenho condição de ir para a terceira série' (sic). (Mãe Piloto)

Meu filho nunca reprovou, mas ele tem muita dificuldade para aprender. Eu pago R\$ 50,00 para o reforço dele, para ver se entra mais alguma coisa na cabeça dele. De vez em quando ele me fala umas coisas que me deixam muito triste: "Oh mãe, eu estudo, estudo, mas as coisas não entram na minha cabeça, não entram não. (Mãe do Mecânico).

Eu sofro muito com a doença do meu filho. Ver que ele é tão diferente dos outros meninos, com tanta dificuldade de aprendizado. Já é a segunda vez que ele repete de ano. Ele fica se sentindo tão mal e eu fico triste de ver meu filho assim. (Mãe do Professor).

7.4 Vivência da doença pela criança em casa, na escola e na sociedade

Vê como as aves têm, debaixo da asa,
O filho implume ao calor do ninho!...
Deves amar, criança, a tua casa!
Ama o calor do maternal carinho!

Dentro da casa em que nasceste és tudo...
Como tudo é feliz no fim do dia,
Quando voltas das aulas e do estudo
Volta, quando tu voltas, a alegria!

Aqui deves entrar como num templo,
Com a alma pura e o coração sem susto:
Aqui recebes da virtude o exemplo,
Aqui aprendes a ser meigo e justo.

Ama esta casa! Pede a Deus que a guarde,
Pede a Deus que a proteja eternamente,
Porque talvez em lágrimas mais tarde,

Te vejas triste, desta casa ausente...

E já homem, já velho e fatigado,
Te lembrarás da casa que perdeste,
E hás de chorar lembrando teu passado...
Ama, criança, a casa em que nasceste!
(Olavo Bilac *apud* Sampaio, 1955, p.246)

Conforme o poeta Olavo Bilac *apud* Sampaio (1955), o lar, representado pela casa, deve ser o local onde o sujeito busca sua segurança emocional. Segundo Bowlby (1989), a saúde mental da criança tem influência direta da relação como esta é tratada em seu ambiente familiar, por seus cuidadores e pelas relações desenvolvidas neste núcleo.

A relação mãe-filho deve ser revestida de afeto, conforme Spitz (1979, p. 99): “clima emocional favorável” e a importância disso diz respeito à possibilidade que o bebê tem de sentir-se seguro nas suas novas vivências.

7.4.1 Relacionamento familiar comprometido.

Segundo Bowlby (1989) e Winnicott (1994b), quando a criança está imersa em um ambiente onde não há uma relação calorosa, íntima e contínua, acaba havendo uma ruptura no processo de amadurecimento emocional gerando privações. Em geral, essas privações tendem a implantar na criança (que está em pleno processo de desenvolvimento; portanto, ainda vulnerável à determinadas situações) muita insegurança afetiva, a necessidade intensa de sentir-se amada e a angústia da carência refletida em sentimentos de raiva e desejos de vingança. Esses sentimentos, muitas vezes, são permeados por culpa e tristeza.

A gente vivia com muita confusão em casa. Era terrível. Muita briga, mas mesmo assim [...] queria o pai em casa. A separação aconteceu há mais ou menos 4 meses e depois disso passamos a viver um clima de paz. O pai estava sempre ausente. Nos momentos que ele mais queria o pai, não estava” (Mãe do Pintor de Quadros).

Eu acho que sou importante, porque quando eles precisam de mim eu sempre estou lá.[...]Teve um dia, minha mãe apanhou, ia apanhando do cara, aí eu corri na frente para ela não apanhar. Ela correu.[...]O cara (padrasto) ia dar um murro nela, só que eu empurrei ele. (Jogador de Futebol)

Se a privação se der de modo prolongado ou mesmo total, como acontece, conforme Böing e Crepaldi (2004), no caso de crianças abandonadas e ou institucionalizadas em hospitais, creches ou abrigos: os efeitos para o psiquismo são seriíssimos, visto que a

criança pode desenvolver-se psicológica e afetivamente de modo muito precário, por não saber lidar efetivamente com emoções intensas e variadas. É notório que muitas vezes, a reação que acaba encontrando é baseada no silêncio, na vivência do medo e da sujeição.

7.4.2 Não aceitação da realidade familiar

Torralba (2007) coloca que por mais que o sujeito tenda para a autonomia e integração, percalços diversos se interpõem em sua trajetória, onde estes mesmos percalços impedem que o atingimento da unidade se efetive. O desejo de unidade não realizado é grande fonte geradora de sofrimento psíquico.

Ele diz sentir falta do pai. A criança não aceita a separação. Tem muita carência do pai e procura vê-lo todos os dias apesar de ficar pouco tempo. (Psicóloga do Mecânico).

[...] tem raiva do namorado da mãe e desconta tudo na [...]. Passa o tempo todinho arengando com a irmã o tempo todo. É grossa. Tem raiva do pai embriagado. (Avó da Advogada).

Ele queria tanto ter uma família feliz! Eu entendo, mas digo para ele: meu filho, você tem que aceitar a realidade como ela é, mas ele não aceita o divórcio, de jeito nenhum; mesmo sofrendo com as confusões na presença do pai, mas ele queria assim. (Mãe do Pintor de Quadros).

Ele sempre foi louco pelo pai. Aí houve a traição. Desde quando eu me separei do pai dele, ele nunca mais foi o mesmo. Na época, ele tinha 4 anos. Chegou até a ter febre emocional. Eu acho tudo muito complicado, porque ele é doido pelo pai dele. Toda vez que se abala, meu filho acaba tendo febre emocional. Ele simplesmente não suporta saber que o pai não mora mais em casa, que tem outra família. (Mãe do Mecânico).

Eu acho que a doença dela foi o abandono da mãe, que mexeu muito com ela. Piorou mesmo quando a [...] (irmã mais nova) veio morar com a gente. Aí a [...], passou a bater muito na S. A mãe da C. acabou arranjando um namorado e desde 2003 mora no Piauí com ele e deixou as meninas comigo. (Avó da Advogada).

A não aceitação da realidade familiar também é dada pelo mecanismo da negação. Segundo Fadiman e Frager (1994), a realidade por vezes torna-se insuportável e o sujeito cria um mecanismo interno ilusório de que ela não existe de fato. A negação acontece quando fatos são lembrados de maneira incorreta ou uma forma de tentar internamente excluir a realidade dolorosa.

7.4.3 Negligência e/ou desamor parental

Winnicott (1990, 1994, 1997), relata a importância fundamental que o ambiente e o suporte familiar têm para o desenvolvimento emocional de uma criança, principalmente nos estágios iniciais, quando mostra-se imatura e vulnerável ante o meio que a cerca. A falha nesse processo pode conduzir a patologias psíquicas futuras:

Gravidez não planejada e nem desejada. Passou a tomar remédio para abortá-lo. Fez pré-natal. Gravidez passada com sentimento de ódio, não se alimentava direito. Parto normal, a termo. Teve uma convulsão e ficou no balão por três dias.[...]Gravidez não planejada, ficou “deprimida” (sic), tomando inclusive abortivos. Os primeiros cuidados com a criança foram fornecidos por seus familiares, porque a mãe não tinha afeto com a criança. [...] Começou a estudar com 7 anos. a mãe disse que não conseguiu vaga para ele mais cedo. Não teve boa adaptação escolar: chorava muito, rasgava os deveres de casa. (Fragmento da anamnese do prontuário do Jogador de Futebol).

[...] foi adotada pela avó desde quando nasceu. O pai é alcoolista e não tem paciência com a filha. [...] Quando o pai está bêbado, não tem paciência com ela. A avó conta que durante a gestação, seu filho era muito agressivo com a mãe da criança, verbal e fisicamente. [...] No primeiro ano de vida ainda morava com a mãe. Ela não tinha paciência: dava mingau quente, batia nela. (Fragmento da anamnese do prontuário da Advogada).

Gestação não planejada, conturbada. A mãe sofria violência doméstica e ingeriu algumas substâncias abortivas. A criança nasceu a termo, de parto normal. [...] O ex-marido não ajuda. Agressivo fisicamente, espancava a esposa e filhos. A mãe chegou a tomar abortivo para não tê-lo. Tentou também colocá-lo na justiça, mas este ficava cada vez mais agressivo. Começou o espancamento após a gravidez do primeiro filho. O pai biológico chegou a espancá-lo quando tinha 11 meses. [...] O pai é negligente. A mãe é separada do pai biológico. Sofria violência doméstica enquanto viviam juntos. Separaram-se há mais ou menos 6 anos. Atualmente mora com a mãe, o padrasto e dois irmãos menores. (Médica Psiquiatra do Piloto).

A gestação foi difícil e atribulada devido ao alcoolismo do pai de [...] Quando [...] tinha 6 meses, ficou sozinho em casa com o pai. A mãe ao chegar, encontrou o marido bêbado, a sandália da criança cortada com faca e a criança suja de fezes. Atualmente o relacionamento familiar é tranqüilo e o pai não bebe mais. Quando fala sobre o comportamento do filho, chora. (Fragmento da anamnese do Professor).

7.4.4 Vivência social do sofrimento psíquico

Para Torralba (2007), o sofrimento é um marco divisor entre a vida antes e após o mesmo. Estar em uma sociedade que na maioria das vezes exclui a diversidade é fator gerador de muita dor e sentimento de não pertença. Silva et al. (2004) comentou que o portador de comprometimento psíquico é percebido de modo diferenciado no meio familiar e social e se

sente discriminado. Tal vivência discriminada afeta diretamente o sujeito de modo amplo, interferindo negativamente nas suas relações familiares e sociais.

Eu vejo que o problema maior do meu filho é porque ele não aceita a doença dele. Tem raiva, vergonha de ter o que tem, do que os outros vão falar dele. (Mãe do Piloto).

Tem vezes que eu vejo que ele se sente excluído, a pior pessoa. Ele já chegou a dizer que queria morrer. Eu me inquieto com isso: não sei se fala para me assustar ou se é verdade mesmo. (Mãe do Piloto).

Às vezes eu me sinto desabar. Isso mexe muito comigo, eu me sinto muito mal em ser chamada a atenção pelos nomes feios que ele diz na escola. É terrível. Mas o que mais preocupa e incomoda em meu filho é quando ele fica triste, calado e isolado em uma rede. (Mãe do Policial).

[...] passou a ser discriminado no colégio, porque todo mundo ficava dizendo que ele era ruim. Eu senti que meu filho foi discriminado até no [...] (instituição que o acompanhava anteriormente). (Mãe – Piloto).

Ele fica muito em casa. Não tem muitos amigos porque não gosta mesmo. (Avó – Médico).

7.4.5 Medo dos sintomas da doença

Para Fadiman e Frager (1994), o sintoma representa a produção de um conflito psíquico onde duas forças opostas tentam prevalecer uma sobre a outra: o desejo *versus* o mecanismo de defesa.

Eu tenho é muita dor de cabeça e dor nos meus olhos, principalmente quando eu tento estudar, aí é que piora. Eu sinto dor de cabeça quase todos os dias, mas a doutora disse que eu não tenho coisa séria, que eu tenho é que tomar os remédios para melhorar (Piloto).

Conversando com [...], ele refere múltiplos sintomas de atenção, hiperatividade, impulsividade, dificuldade de se manter em atividades que exijam atenção e concentração, inquietação e perda. Mostrou-se cooperativo, discurso orientado, organizado, eutímico. Refere tristeza quando frustrado. (Médica psiquiatra do Piloto).

Dantas e Tobler (2003) afirmam que o sintoma é a primeira via de expressão do sofrimento psíquico como função simbólica mediadora entre o que é particular da subjetividade de quem o vivencia, distinto da realidade que cerca o sujeito:

E é no campo da interpretação (produção de sentido) do sintoma, que encontramos o ponto de partida e o diferencial que estabelecerá os critérios de diagnóstico e de ajuda. A partir da representação que o sujeito confere ao seu sintoma que lhe indicará a orientação de alívio para seu sofrimento. (DANTAS; TOBLER, 2003, p. 13).

Houve a presença de medo dos sintomas do sofrimento psíquico em algumas narrativas, quer fosse pelo comprometimento e limitação imposta pelo sintoma, quer fosse pelo receio de passar constrangimento em público.

Eu tenho muito medo de explodir na frente das pessoas. Eu não consigo controlar e depois eu fico mesmo é querendo me esconder, porque é muito ruim: quando eu explodo eu me sinto muito mal, com vergonha, com pena. (Médico).

Meu filho se sente muito perseguido pelas vozes, fica muito sofrido. Ele tem muito medo com o que ouve e vê. Fica muito agressivo e não se aceita. Não aceita qualquer problema que venha da cabeça. Meu filho se sente muito perseguido pelas vozes, fica muito sofrido (Mãe –
Piloto)

7.4.6 Comportamentos regredidos

Carvalho *et al.* (2004) fazem referência ao fato de que, após a ocorrência de algum evento estressor desencadeia o sofrimento psíquico; algumas crianças reagem através de comportamentos regredidos, em especial no referente ao autocuidado.

Fadiman e Frager (1994) afirmam que o mecanismo de defesa da regressão é uma estratégia que o aparelho psíquico encontra para se proteger do meio ameaçador, retornando aos estágios anteriores do processo de amadurecimento ou a um modo de expressão mais pueril, como forma de escapar da realidade que se mostra hostil.

Ela é mais velha que a [...], mas parece uma menina. Ainda faz xixi na rede. Ela sempre foi muito infantil, mas piorou quando a [...] veio morar com a gente, depois que a mãe foi para o Piauí. Ela ainda pula muito, brinca. Eu acho que ela é muito infantil. (Avó da Advogada).

No caso específico desta criança mencionada, a enurese noturna lhe causa constrangimento, ao ponto de tentar esconder o lençol urinado para que ninguém o perceba. Carvalho *et al.* (2004) demonstram o quanto a vivência da enurese é negativa para quem a vivencia. Para Warzack (1993), a enurese é vivenciada com comportamentos permeados de baixa-estima; vergonha; medo do estigma e da crítica e ridicularização de terceiros; percepção da criança distorcida pela família; isolamento; podendo ainda haver maior risco de violência física e emocional, especialmente quando o ato mictório for compreendido pelos familiares como um ato de desobediência e/ou provocação.

Na maioria das vezes a enurese, é vista não como uma doença, mas como má vontade da criança e uma forma de chamar negativamente a atenção, total vulnerabilidade emocional. Conforme Soares *et al.* (2005), a criança acaba recebendo castigos uma vez que a família encara a enurese como uma forma de provocação. Esse tipo de percepção dos problemas acaba afetando o relacionamento afetivo da criança em relação aos seus familiares (pela perda ou diminuição da confiança no suporte emocional que cabe à família prover) e conseqüentemente, em relação às interações futuras.

Para Soares *et al.* (2005), a enurese é uma doença impactante que afeta a auto-estima não apenas da criança, como também de seus cuidadores, sendo uma das mais impactantes disfunções da infância, pelo alto grau de frustração gerado.

7.4.7 Dificuldade de imposição de limites

Para Mannoni (1981), geralmente por trás de um problema da criança, há desordem e desestrutura familiar, onde muitas vezes a grande falha está em reconhecer esta desordem, que muito tem a ver com a colocação de limites:

A mãe tem dificuldades de impor limites e de frustrá-lo, “especialmente depois que eu soube do resultado” (*sic*).[...] “Sinto como uma barreira, não consigo impor limites”(*sic*). Diz não saber porque criança fica descontrolada. Mãe diz que ele tem dificuldades de falar o que se sente. (Médica Psiquiatra do Piloto).

A mãe refere que tenta impor limites, contudo o pai age erroneamente, fazendo tudo o que ele quer para o filho não fazer escândalo. (Médica Psiquiatra do Policial).

A mãe relata que o pai não aceita que ele tenha este comportamento e não dá limites para o filho, fazendo todas as vontades dele. “Meu pai faz tudo o que eu quero” (sic). Mãe demonstra também que não coloca limites para o filho, fazendo todas as vontades dele. Brincadeiras prediletas: correr, pular, gritar, lutar. Dificuldade na atenção e concentração. Bom nível perceptivo. (Terapeuta Ocupacional do Policial).

7.4.8 Vivências traumáticas de violência física e sexual

Segundo Albornoz e Nunes (2004), as crianças vítimas de violência ficam extremamente inseridas em um contexto de profundo e longo desamparo, privações diversas, dificuldades de adaptações sócio-familiares e escolares, assim como também apresentam dificuldade para investir energias em si e nos relacionamentos interpessoais, tendo, conseqüentemente, maior dificuldade para ressignificar os fenômenos que provocam dor.

O trauma é uma não reação a uma violência muito intensa a que o sujeito foi submetido sem condições de esquivar-se, causando danos a longo prazo para o psiquismo do sujeito. Segundo Laplanche e Pontalis, (1992, p. 522-523), o trauma é compreendido como um:

acontecimento da vida que se define pela sua intensidade, pela incapacidade do sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica [...] um choque violento, a de uma efração e a de conseqüências sobre o conjunto da organização.

Tal fenômeno é impactante, principalmente pelo efeito surpresa nele contido que provoca descontinuidade na homeostase do sujeito. Passa a haver uma ruptura de natureza abrupta e catastrófica da segurança emocional anterior ao evento traumático que provoca danos no aparelho psíquico. Segundo Laplanche e Pontalis, Freud colocou que para ser um trauma, além a afetação direta ao aparelho psíquico, o evento estressor tem que ser forte e/ou inesperado o bastante para provocar ruptura nas defesas do ego.

Ainda para Laplanche e Pontalis (1992), há um desconforto intenso gerado pelo fenômeno estressor, em forma de excitações pulsionais, tanto internamente como externamente, de modo que o sujeito encontra-se em um novo contexto existencial onde o que lhe é externo é hostil e o sujeito não tem os recursos suficientes para enfrentar e ultrapassar essa hostilidade e o grau intolerável de ansiedade advindo com o evento estressor.

O evento gerador de trauma quando não elaborado internamente pode provocar uma neurose traumática, formada pela fixação da situação traumática nos pensamentos e nos sonhos, no instante em que o fenômeno ocorreu. Na teoria winnicottiana o trauma é um evento tão impactante que, segundo Winnicott (1994), ele quebra a confiança que a criança tem em relação ao meio que a cerca.

O trauma se manifesta após a vivência de ambiente violento. A violência aplicada à criança maltratada, conforme Gabel (1997), equivale ao sofrimento psicológico, moral e alienação que uma pessoa comete contra outra. A família percebe a criança como propriedade que pode, quando desejar, aplicar toda forma abusiva de controle das ações infantis. De acordo com Soares *et al.* (2005), a suposta forma de correção comportamental da criança acaba expondo-a a toda sorte de maus-tratos.

Eu acho que a minha mãe me bate porque eu mereço, porque eu não faço direito o que ela manda. Às vezes eu acho que ela bate muito forte. (Jogador de Futebol).

[...] Em atendimento só com a criança, o mesmo revela ter ficado calado o tempo todo no primeiro atendimento, por medo de falar na frente da mãe o que acontecia. Diz que sua mãe bate muito e que ela faz isso porque ele não cumpre as “regras da casa”: lavar suas cuecas, por exemplo. (Médica – revisão do prontuário).

Hoje estiveram aqui no CAPSi as educadoras do Disk Denúncia da Criança e do Adolescente (DDCA) que receberam denúncias de uma vizinha que afirmou que [...] é constantemente espancado pela mãe. Foge de casa com medo da mãe. Na última vez, a mãe quebrou uma colher de pau na mão dele, (Terapeuta Ocupacional – revisão de prontuário).

Gabel (1997) aborda ainda uma forma de sofrimento por demais impactante para a criança e que diz respeito à violência sexual. Por mais que seja mencionado de forma intensa nos meios de comunicação, o abuso sexual ainda é pouco considerado pelas pessoas e é percebido, em geral, como se fosse algo um tanto raro ou próprio do universo fantasioso infantil. O silêncio é o grande mantenedor desta realidade invasiva e transgressora de sofrimento psíquico, construída no medo da criança (da ruptura familiar, da vergonha, das ameaças dos agressores, de serem consideradas culpadas e responsáveis pelo ato, e, principalmente, de sua fala não ser creditada) e no descaso do adulto, na permissividade

versus moralidade social, que nem protege e nem ampara legalmente a criança vitimizada a contento.

Eu fui notando que ele estava diferente, muito isolado, chorando e perguntava para ele: “Meu filho, conta para a mamãe o que foi que aconteceu?” Mas ele não dizia. Inventava outra estória e não me respondia. Aí ele começou a ter pesadelos e numa noite ele ficou falando enquanto dormia: “Bota não, tá ardendo. Tá ardendo o meu bumbum”. Foi aí que eu quase fiquei louca e entendi o que tinha acontecido. (Mãe do Operador de Gravação).

No caso desta criança o entendimento do que lhe aconteceu é vivenciado pelo silêncio e pelo sentimento de ser travesso, como se o que lhe ocorreu tivesse sido por um castigo ao seu comportamento em casa e na escola.

Vim para cá (CAPSi) porque estava danado em casa, só batendo no meu irmão [...] porque eu não respeito ele. (Operador de Gravação).

7.4.9 Rotina

Por fim, com relação à rotina das crianças em casa, houveram atividades que predominaram nas narrativas: dormir cedo, ir para escola, assistir televisão (desenhos animados, programas e DVDs infantis e filmes) e brincadeiras infantis como: carrinho, boneca, pega-pega, esconde-esconde, bola, futebol de botão e vídeo *game*.

7.4.10 Vivência no CAPSi Maria Ileuda Verçosa

O CAPSi é, segundo o Ministério da Saúde (2004), uma política nacional de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. O CAPSi Maria Ileuda Verçosa é o primeiro CAPS infantil do estado do Ceará. Atende, desde 2006, a 67 bairros de Fortaleza divididos em Secretarias Executivas Regionais (II, IV, VI). Tem uma equipe multidisciplinar composta por médicas psiquiatras infantis, assistente social, terapeutas ocupacionais, psicólogas, educadora física, artista e todo um corpo administrativo. Conforme o que foi dito por Lee Fu-I (2007, p.3):

As intervenções multidisciplinares têm demonstrado resultados bastante favoráveis, assim como contribuem para a melhor compreensão da patologia, isto é, tenta ver o sofrimento psíquico por uma ótica distinta da ciência médica, sem a pretensão ou preocupação em classificar quadros patológicos.

Atua através de atendimentos clínicos, psicológicos, sociais e terapêuticos. Paralelo a isso é feito um trabalho psico-educativo para cuidadores, visitas domiciliares e institucionais quando necessárias e atividades comemorativas (Páscoa, Dia das Mães, São João, Dia das Crianças e Natal), assim como passeios para instituições e espaços de cultura e lazer da cidade de Fortaleza.

Figura 2 - Atividades do CAPSi



As crianças demonstraram boa aceitação pelo CAPSi Maria Ileuda Verçosa. Algumas encaram suas vindas ao centro especializado de saúde mental como uma forma prazerosa de sair de casa para reencontrarem colegas de tratamento e membros da equipe multidisciplinar, serem ouvidos, terem a atenção de adultos, brincarem, participarem de festinhas nas datas comemorativas (e ganharem lembrancinhas nestas datas) e fazerem passeios.

Figura 3 - Atividades preferidas pelas crianças colaboradoras do CAPSi Maria Ileuda Verçosa



7.5 Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico

[...]Tenho o costume de andar pelas estradas
Olhando para a direita e para a esquerda,
E de vez em quando olhando para trás...
E o que vejo a cada momento
É aquilo que nunca antes eu tinha visto,
E eu sei dar por isso muito bem...
Sei ter o pasmo essencial
Que tem uma criança se ao nascer,
Reparasse que nascera deveras...
Sinto-me nascido a cada momento
Para a eterna novidade do Mundo [...]
(Fernando Pessoa *apud* Buzzi, 1999)

Tal como o pensamento de Fernando Pessoa, a criança é um ser que está em constante processo de descobertas e construções, apesar de ser portadora de sofrimento psíquico. Conforme o percebido no decurso do trabalho de campo, as crianças resignificavam suas dores internas através de várias estratégias. Para Torralba (2007), a dor interna, muitas vezes, é uma projeção de vivências externas dolorosas. Com maior intensidade

e tempo de duração, o sofrimento interno vai dando ao sujeito a sensação de impossibilidade de ultrapassá-lo, vai minando-lhe a esperança.

O sofrimento crônico ou temporário traz consigo uma sensação de vazio, inquietude, impotência, finitude e falta de significado para vida. Conforme Dantas e Tobler (2003, p. 21): “O sofrimento deixa entrever o vazio que nos atinge e que buscamos desesperadamente evitar. O sofrimento é o enfrentamento inexorável da verdade. Por isso, o sofrimento designa uma tensão interna que demanda uma resolução”.

O sofrimento de qualquer natureza é identificando como tensão (próprio do estar vivo) e as estratégias de enfrentamento demandarão soluções ou formas de aprender a conviver com ele. “Winnicott dá muita ênfase ao ambiente e assim, [...] o problema da realidade em Winnicott é anterior à qualquer questão pulsional. Nós antes de sermos pulsões, somos tensões.” (TOMMASI, 1997, p. 74).

Nos sujeitos colaboradores da pesquisa, apesar da pouca idade, da convivência diária com o sofrimento psíquico e de suas limitações e seus estigmas, foi interessante perceber o quanto eles vão ressignificando suas dores a partir dos recursos que conseguem disponibilizar: sonhos (fantasias), tentativa de auto-controle de si, alívio de tensões pelo lúdico.

7.5.1 Sonhos

A realidade do sofrimento psíquico é por si só muito carregada de emoções negativas e se torna, por vezes, pesada demais para a criança. Para Torralba (2007), a percepção da privação quer seja de bens quer seja de imperfeições, é fonte geradora de dor psíquica. O mundo do sonho retrata justamente a realização do desejo de algo que não pode ser concretizado no momento presente. Como já afirmou Fadimam e Frager (1994), os sonhos contribuem para a saúde da organização psíquica no instante em que a protegem e satisfazem, evitando assim lacunas e conflitos internos. Dessa forma, sonhar é uma maneira de canalizar desejos.

Segundo Tommasi (1997, p.76): “O sonhar também é uma alternativa madura para o comportamento agressivo. Só assim a criança torna-se capaz de experimentar tudo o que se encontra em sua íntima realidade psíquica pessoal, que é a base do sentimento de identidade (*self*) em desenvolvimento”. Existe o desejo sincero de se ter uma carreira profissional e um emprego, para que possa adquirir bens materiais socialmente valorizados.

Y -O que é que você deseja fazer quando crescer; o que é que você deseja ser quando crescer?

M – Trabalhar... ser alguém na vida. [...] Trabalhar com Mecânica.

[...]

Y – É, o que é que tu deseja realizar?

M – (Difícil compreensão), é ganhar presente, eu sonho em ter um carro. [...] Eu quero um novo! É... carro de luxo. (Fragmento da entrevista do Mecânico).

Quanto à carreira profissional, os desejos foram o de se tornarem: mecânico, operador de gravação, jogador de futebol, policial, professor, advogada, médico, piloto, assim como continuarem os estudos, lerem livros.

Não sei muito dos sonhos dela (...). Ela fica brincando. Brinca até de professora. (Avó da Advogada).

Ele sonha em ser professor, é o maior desejo da vida dele. (Mãe do Professor).

Ele sonha em ser policial, ter uma moto, uma casa, um carro. Eu tenho muito medo que ele seja mesmo policial, porque é muito perigoso. Digo para ele para fazer outra coisa, mas ele só faz o que quer. (Mãe do Policial)

Outras crianças mencionaram a vontade de realizarem algo que gere a sensação de autonomia e amadurecimento e desejos também de adquirirem algo fora do universo infantil como, por exemplo, fazer uma tatuagem.

Y - Que é que tu deseja fazer quando tiver adulto? Quando tiver mais velho?

P - Casar, ser policial, fazer uma tatuagem [...]

Y – De quê a tatuagem?

P – Do dragão, porque eu acho bonita. (Fragmento da entrevista do Policial).

Em respeito aos relacionamentos afetivos, houve o desejo de seguir a mesma profissão paterna, devido à forte identificação parental, o desejo de ter uma família feliz, a vontade de casar e ter filhos.

A coisa que eu mais quero é ter uma família feliz. Eu fico muito triste com meu pai fora de casa, com aquela mulher. Eu quero muito que ele volte para mim, que ele volte para casa. (Pintor de Quadros).

Aspectos comportamentais: ser mais comportado e controlar os impulsos raivosos, ser diferente podendo conversar bem, ser inteligente, ser saudável.

Y – Se você pudesse ser diferente, você gostaria de ser como?

M – Queria ser mais calminho, sem ter tanta raiva, tipo a pessoa perguntar se eu tô bem e eu conversar com aquela pessoa...

Y – **Minhas impressões:** (baixíssima auto-estima, se sente inferior, que não é merecedor de alguém para conversar, que não é inteligente). (Fragmento da entrevista com Médico).

Eu quero ser professor para ser mais inteligente. (Professor).

Lidar com uma criança portadora de sofrimento psíquico é por demais desgastante para a família, e, na grande maioria das vezes, os discursos da criança pautados em conteúdos da fantasia são interpretados pelos cuidadores como mentira. Como a criança ainda não consegue estabelecer efetivamente a distinção entre o território da fantasia e o da realidade, Kehl (2010) entende que essa dificuldade é motivada em parte de modo inconsciente pelo mecanismo de defesa egóico do recalque, de tal forma que a linguagem real ou fantasia são estruturantes no processo de desvendamento do mundo com seus desafios e as demandas da criança.

A escola é legal. Tirei 10,00, 9,5. (Mecânico).

Quando eu tô triste, minha mãe me leva para passear, me leva para a praia..(Jogador de Futebol).

[...] mente muito o tempo todo: mente que tira nota boa, que não sabe o porquê de estar aqui. É muito ansioso, quer tudo na hora que quer, no tempo que quer. Vive dizendo que vai ganhar 2 *play station*, mas a gente vive de aluguel. O pai dele até prometeu um mas não dá. A gente está com muita dívida". (Mãe do Mecânico).

Ele tem o sonho de que o pai é seu grande amigo e fala isso para mim. Eu fico é triste, porque o pai não tá nem aí para ele. (Mãe do Piloto).

Algumas crianças manifestaram sentimento de constrangimento diante do sofrimento psíquico e das limitações advindas com ele, como a necessidade de controlar transtornos pelo uso da medicação diária:

Ele quer ele próprio controlar o comportamento dele, a doença, por isso ele não aceita tomar a medicação. Ele sabe do problema e tenta uma qualidade melhor para a vida dele. (Mãe do Policial).

Silva *et al.* (2004) menciona que mesmo com as resistências, medo de estigmas e outros obstáculos, alguns portadores de sofrimento psíquico reconhecem a importância da medicação para a manutenção do estado de não-crise.

Eu não gosto de tomar remédio, mas quando eu tomo, eu não fico com dor de cabeça. (Piloto).

Não aceita tomar nenhum medicamento porque não se reconhece e/ou aceita a doença, embora perceba que sem a medicação piora muito. (Mãe do Piloto).

Para Marín (2009) o sofrimento é percebido como a falta de bem-estar, mas que a forma de lidar com o mesmo e até mesmo superá-lo é possível através da capacidade interna de dar-lhe um sentido, extravazando os conteúdos negativos para encontrar alívio e esperança.

Quando eu fico com um pouco de raiva, (confuso), às vezes eu durmo, né? [...] Eu vou procurar coisa que me acalme. Às vezes eu gosto de conversar com minha mãe quando eu tô triste, com minha avó. Quando eu tô com raiva, vou ficar assistindo televisão, vou ficar de frente lá de casa. Quase sempre eu choro. (Médico).

Algumas vezes, a única forma de extravazar os conteúdos negativos é por meio da expressão da agressividade, muito embora depois da liberação emocional, surjam outros elementos negativos.

Y – Hum? Quando você tá triste com alguma coisa, como é que você faz para acabar com a tristeza?

P – Algumas vezes eu grito e bato.

Y – Algumas vezes grita e bate. Como é que você se sente quando tu grita e bate, na hora, como é que você se sente? É bom? Alivia?

P – Não.

Y – E depois? Como é que tu se sente?

P – Depois eu fico com dor de cabeça.

Y – Fica alegre ou fica triste?

P – Aleeeee [...] Triste.
Y – Então quando você tá triste, tá muito chateado com alguma coisa, você bate. Mas bate por quê?
P – Por que eles me batem. Os meninos da escola me batem.
Y – Os meninos da escola te batem por quê?
P – Não sei.
Y – Então você apanha dos meninos da sala sem saber o porquê. Eles são legais contigo? Hã?
P – Não. (Fragmento da entrevista do Professor).

Por fim, a estratégia de construção de subjetividade mais afirmada nas narrativas como enfrentamento do sofrimento psíquico das crianças foi o brincar.

O brincar, segundo Winnicott (1975), traz consigo um componente fundamental de saúde, uma vez que, através do ato de brincar, a criança pode construir culturas internas, lidar com conflitos, expressar angústias e desejos, entrar em contato com o meio que a cerca e interpretá-lo a partir de sua ótica.

Para Sarmiento (2004), a brincadeira ultrapassa os limites do lúdico e amplia-se na estruturação da criança. De inerente, espontâneo e natural, o brincar é, para Winnicott (1975), acima de tudo, constituinte da cultura infantil e inserção social desta no mundo adulto. É brincando que a criança vai criando e simulando situações que provavelmente enfrentará quando for adulta.

A significação do brincar para a constituição do sujeito é algo que, de acordo com Winnicott (1975), não deve ser desconsiderada uma vez que neste ato a criança encontra-se ativa, vivenciando regras, liberdade, estimulando a criatividade e imaginação, alegria, frustração, perseverança além de estar desenvolvendo-se cognitivamente, afetivamente, socialmente e fisicamente.

[...] M – Eu fico com raiva.
Y – E prá aliviar essa raiva, o que é que você faz?
M – Prá acabar, é?
Y – É. Não é nem prá acabar, é para aliviar. Não, é prá acabar mesmo. Fica chateado, tá com raiva e faz alguma coisa e fica bem. O que é que tu faz prá ficar bom?
M – Eu brinco de vídeo game. É mais melhor. (Mecânico).

Y – Mal? E como é que você faz para aliviar, para ficar bem?
A – Quando eu tô triste e chateada, eu tento brincar.
Y – Brincar? E o que mais, quando você está triste e chateada?

A – Eu brinco. (Advogada).

Ele enfrenta a doença com as brincadeiras dele e melhora com isso ou toma banho quando está muito agitado. (Mãe do Pintor de Quadros).

Em tempo, é através da atividade lúdica, segundo Winnicott (1975), que a criança prepara-se para a vida, assimilando a cultura do meio em que vive, a ele se integrando, adaptando-se às condições que o mundo lhe oferece e aprendendo a competir, cooperar com seus semelhantes, e conviver como um ser social.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.
(Chico Xavier)

Abordar o tema do sofrimento psíquico é comentar sobre algo que é inerente e estruturante da natureza humana, mas que muitas vezes é um tema difícil de acessar por vulnerabilizar (e muito) quem o investiga.

O convívio e a oportunidade de colher as narrativas de 10 crianças em franco processo de sofrimento psíquico foi uma experiência singular e ao mesmo tempo chegou a causar impacto em vários momentos para a pesquisadora. Ver o quanto uma criança (que se encontra fora do padrão ideal de infância socialmente construído) pode ser e é também feliz com todos os recursos que constrói, mostra o quanto a criança é sábia em falar sobre o que sente (por meio da linguagem verbal, não-verbal, expressiva) e, com os instrumentos que tem, busca encontrar saída para suas afetações.

O convívio por um semestre letivo com crianças usuárias do CAPSi Maria Ileuda Verçosa proveu um espaço muito profícuo de encontro de realidades sofridas, marcadas pela dor, limitação ou mesmo cronicidade impostas pelo sofrimento psíquico gerador de seus transtornos mentais.

Antes de iniciar o trabalho de campo, a pesquisadora encontrava-se um tanto insegura sobre como seria acolhida pelas crianças e responsáveis e se teria a oportunidade de estabelecer um vínculo que permitisse o êxito da pesquisa. Mas a angústia inicial e natural foi sendo desfeita, na medida em que adentrava na instituição CAPSi Maria Ileuda Verçosa, tanto pela acolhida calorosa e disponibilidade de ajuda da equipe multiprofissional (que por sua vez é muito integrada e compromissada com os usuários: as crianças e seus devidos responsáveis) quanto pela boa vinculação que as crianças e responsáveis se permitiram ter com a pesquisadora.

Algumas limitações foram sentidas no decurso deste estudo, entre as quais podem ser citadas: a timidez da criança em falar sobre si mesma, a resistência da criança em falar sobre conteúdos dolorosos assim como a resistência de algumas responsáveis em não se permitirem expor suas particularidades subjetivas, o tempo escasso para o processo de entrevista da criança e da responsável devido aos horários pré-estabelecidos de atendimentos dos profissionais do CAPSi e a pouca participação de meninas, pois nos grupos havia uma maior procura de crianças do sexo masculino, predominando a lógica própria dos meninos.

Como aprendizado, esta pesquisa apresentou momentos em que, se não tivessem sido observados cuidadosamente, poderiam não ter logrado êxito nos resultados alcançados. Como primeira lição aprendida, houve pela pesquisadora a compreensão de que mesmo já tendo estabelecido boa vinculação com as crianças colaboradoras durante as atividades terapêuticas, houve redução uma considerável de suas espontaneidades no instante em que precisaram lidar com as perguntas a que foram submetidas, sendo preciso a pesquisadora captar mensagens sutis e muitas vezes não verbais. Da mesma forma, o instrumento sofreu adaptação na sequência do que era perguntado, porque a ordem inicial das questões causou inibição e restrição na qualidade das respostas nas crianças que compuseram o pré-teste. Por fim, para que a criança e sua responsável fossem entrevistadas, a pesquisadora teve que administrar o tempo escasso entre uma consulta e outra dos técnicos da instituição. Como maior lição, ficou patente o quanto a criança tem a capacidade de ser resiliente e ativa em relação às suas dores emocionais, diante dos obstáculos vivenciados e como esta consegue dar um novo sentido à sua dor através do lúdico, apesar de todo o estigma social e limitações advindas com o seu sofrimento psíquico.

Da imagem idealizada à imagem encontrada com o decurso da pesquisa, foi observado que as resistências das crianças colaboradoras que a pesquisadora temia encontrar não tiveram espaço durante o trabalho de campo. Pelo contrário, as crianças foram aceitando a inserção da mesma nos grupos terapêuticos, tendo havido ainda o estabelecimento de vínculos saudáveis. O mesmo ocorreu com as responsáveis: a princípio um tanto resistentes, foram mostrando-se (na maioria das entrevistas), colaboradoras e desejosas de serem ouvidas em suas inúmeras demandas. Mas a imagem mais forte que ficou para a pesquisadora, ratificando o parágrafo acima, foi a capacidade que cada criança colaboradora encontrava para superar ou

redimensionar a percepção de seus sofrimentos psíquicos, em especial no que dizia respeito ao lúdico.

Compreender a criança portadora de sofrimento psíquico, dar vazão à exposição de sua dor, seja por meio da fala, da comunicação não-verbal ou de técnicas projetivas várias, tendeu a favorecer o resgate de sentido pessoal de cada uma, pela compreensão (não pela imposição) e percepção de ser alguém que merece e precisa de apoio. O desafio de compreender o sofrimento psíquico pela ótica da singularidade do portador em relação ao modo de enfrentamento dessa realidade, possibilitou à pesquisadora a imersão de micro-saberes na tão vascularizada teia de discursos sobre doença/saúde mental.

Acreditando que todo conhecimento adquirido tem que ser repassado, o CAPSi Maria Ileuda Verçosa teve o retorno não apenas dos resultados, mas do histórico sobre a vida e morte da portadora de sofrimento psíquico que deu seu nome à instituição.

A importância deste trabalho diz respeito à tentativa de compreender a criança que sofre de acometimento psíquico, pela ótica da mesma, a partir da sua compreensão, vivência e enfrentamento do próprio sofrimento, sendo assim mais uma referência futura para novos estudos que tenham como foco principal o conhecimento sobre a saúde mental da criança a partir de suas narrativas vivenciais.

Desta forma, este estudo não termina nestas singelas páginas e em absoluto tem a pretensão de dar conta de toda a amplitude do tema sofrimento psíquico, complexo por natureza. Muito ainda há que se refletir e criar estratégias para lidar com desafios que foram detectados pela pesquisadora e que não puderam ser solucionados no decurso do período de investigação. Estão entre os desafios: como garantir a proteção e cuidado da criança pelos responsáveis (família e instituição de saúde) assim como pelas esferas de governo; como assegurar a manutenção do tratamento alopático feito em domicílio (no sentido de evitar reincidências de novas crises, cronificação e limitações consideráveis impostas pelo sofrimento psíquico para a qualidade de vida e relacional dos usuários do CAPSi Maria Ileuda Verçosa); como promover a clareza das funções a serem desenvolvidas pelos familiares no sentido que diz respeito a assumirem responsabilidade pela saúde mental de suas crianças

como também pelo devido encaminhamento e acompanhamento institucional e domiciliar do tratamento disponibilizado pelos serviços de saúde.

O objetivo de conhecer as realidades do sofrimento infantil pela ótica da criança diz respeito à necessidade de explicitar o que a criança pensa de si e deseja, de modo a facilitar a adesão do tratamento. Faz-se necessário enfatizar na família a lógica da criança enquanto ser de inteireza e não a patologia como sendo a essência dominadora desta criança, assim como dotar a família de conhecimento sobre sua própria criança de modo que seja possível a compreensão das resistências diante dos processos terapêuticos.

Conseqüentemente, esse novo olhar sobre a responsabilidade no cuidar tenderá a favorecer melhores práticas de assistência dos profissionais de saúde mental, novo pensar sobre a criança e seu sofrimento psíquico, ajustamento e reorientação de políticas públicas de atenção à saúde mental da criança, melhor adesão ao tratamento ambulatorial e terapêutico, menor tempo de internação (caso precise de serviços terciários), menor custo para o sistema de saúde, maior reintrodução ao convívio social e acadêmico-profissional.

Por fim, concluir este texto é algo que fecha um ciclo de muita dedicação, desejo de conhecer, além de concluir uma tão sonhada etapa acadêmica. Fazer este mestrado foi mais que a realização de um sonho, foi a concretização de um novo olhar sobre o sujeito no sentido mais integral do termo.

REFERÊNCIAS

- ALBORNOZ, A. C. G.; NUNES, M. L. T. A dor e a constituição psíquica. **Psico/USF**, v. 9, n.10, p. 211-218, jul./dez. 2004.
- ALDERSON, P. As crianças como pesquisadoras: os efeitos dos direitos de participação sobre a metodologia de pesquisa. **Educ. Soc.**, v. 26, n. 91, maio/ago. 2005.
- ALDERSON, P.; GOODWIN, M. Contradictions within concepts of children's competence. **Int. J. Children's Rights**, v.1, n.3/4, p. 303-312, 1993.
- ALMEIDA, D. B. **Vozes esquecidas em horizontes rurais: histórias de professores**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.
- AMARANTE, P. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- ANTONIO, M. C. A. Dores da alma: etnografia do sofrimento psíquico em segmentos de camadas médias urbanas. **CAOS: Revista de Ciências Sociais**, n. 11, p. 93-111, out. 2006.
- ARAÚJO, T. W. Apropriações da teoria psicanalítica nos textos iniciais de D. W. Winnicott. **Psychê**, v. 9, n.15, jun. 2005.
- ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. São Paulo: Editora LTC, 1981.
- ARRUDA, S. L. S.; ANDRIETO, E. Mães psicóticas e seus bebês: uma visão winnicottiana. **Arq. Bras. Psicol.**, v.61, n.3, 2009.
- AUGSBURGER, A. C. La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. **Psicol. Soc.**, v.16, n.2, maio/ago. 2004.
- BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BASTOS, O. M.; DESLANDES, S. F. A experiência de ter um filho com deficiência mental: narrativa de mães. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2141-2150, set. 2008.
- BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n.5, set./out. 2007.
- BEE, H.; MITCHELL, S. **A Pessoa em Desenvolvimento**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1984.
- BOCK, A. M. M.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia**. São Paulo: Atlas, 2000.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Est. Psicol.**, v. 21, n. 3, p. 211-226, set./dez. 2004.

BONTEMPO, V. L. A. Assembléia de usuários e o CAPSi. **Psicol. Ciênc.**, v. 29, n. 1, mar. 2009.

BOTELHO, S. L. F.; JANZEN KASSAB, S. L. F. S.; LEITE, M. L. Meninos de rua: desafiados em busca de saúde mental. **Psicol. Est.**, v.13, n.2, abr./jun. 2008.

BOWLBY, J. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**: resolução nº196/96. Brasília, 1996.

_____. **Legislação em saúde mental: 1990 – 2004**. 5. ed. ampl. Brasília, 2004.

BROCKMEIER, J.; HARRE, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicol. Refl. Crít.**, v. 16, n. 3, 2003.

BRUM, E. H. M. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n.2, abr./jun. 2004.

BUZZI, A. **Introdução ao pensar: o ser, o conhecer, a linguagem**. 26. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

CARLUCCI, V. D. S.; ROSSI, L. A.; FICHER, A. M. F. T.; FERREIRA, E.; CARVALHO, E. C. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 1, mar. 2007.

CARVALHO, A. M. A.; BERALDO, K. E. A.; PEDROSA, M. I.; COELHO, M. T. O uso de entrevistas em estudos com crianças. **Psicol. Est.**, v. 9, n. 2, maio/ago. 2004.

CASTEL, P. V. **O afeto: uma unidade psicossomática: Freud, Reich e Winnicott**. 2008. 137 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CAVALCANTE, F. Família, subjetividade e linguagem: gramáticas da criança "anormal". **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p. 125-137, 2001.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Rev. Psicol. Est.**, v.10, n.3, p. 471-477, set./dez. 2005.

CHAGAS, C. Sofrimento psíquico em policiais civis: uma questão de gênero. **Agência Fiocruz de Notícias**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <www.fiocruz.br/ccs>. Acesso em: 14 jun. 2011.

CHVATAL, V. L. S.; BÖTTCHER-LUIZ, F.; TURATO, E. R. Respostas ao adoecimento: mecanismos de defesa utilizados por mulheres com síndrome de Turner e variantes. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 36, n.2, 2009.

COLAÇO, V. F. R. Processos interacionais e a construção de conhecimento e subjetividade de crianças. **Psicol. Refl. Crít.**, v.17, n.3, p. 333-340, 2004.

CORSARO, W. A.; MILLER, P. J. Interpretive approaches to children's socialization. **New Dir. Child Dev.**, v. 58, p. 5-23, 1992.

DALMOLIN, B. M.; VASCONCELLOS, M. P. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 1, fev. 2008.

DANTAS, M. A.; TOBLER, V. L. O sofrimento psicológico é a pedra angular sobre a qual repousa a cultura de consumo. In: CONGRESSO DA ABRAPSO, 2003, Porto Alegre. **Artigo apresentado no...** Porto Alegre, 2003. Disponível em:<www.psicologia.com>. Acesso em: 18 fev. 2011.

DELGADO, A. C. C.; MÜLLER, F. Em busca de metodologias investigativas com as crianças e suas culturas. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n.125, maio/ago. 2005.

DIAS, E. O. A clínica das psicoses e a Teoria do Amadurecimento de Winnicott. **Infanto: Rev. de Neuropsiq. Inf. e da Adol.**, v.7, n.1, p.8-41, 1999.

FADIMAN, J.; FRAGER, R. **Teorias da Personalidade**. Porto Alegre: Marbra, 1994.

FERRIOLLI, T.; MARTURANO, E. M.; PALUCCI-PUNTEL, L. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 251-259, abr. 2007.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with pen-indeed questions by health professionals. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 5, p. 812-820, 2007.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Relatório da Secretaria Executiva Regional IV. Fortaleza, 2010. Disponível em:< www.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 11 abr. 2011.

FOUCAULT, M. **A História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Rio de Janeiro: Vozes, 1984.

FULGÊNCIO, L. A noção de trauma em Freud e Winnicott. **Rev. Nat. Hum.**, v. 6, n.2, p.255-270, dez. 2004.

GABEL, M. **Crianças Vítimas de Abuso Sexual**. São Paulo: Summus, 1997.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais** 3ª ed, Rio de Janeiro: Record, 1999.

GONZAGUINHA. **Sangrando**. Disponível em: <www.cifraclub.com.br/gonzaguinha/sangrando>. Acesso em 18. fev.2011.

GROVER, S. Why won't they listen to us? On giving power and voice to children participating in social research. **Childhood**, v.11, n.1, p. 81-93, 2004.

MANNONI, M. A criança, sua "doença" e os outros. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. Resenha de: GUGLIELMETTI, M. L. **Revista Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 1, n. 1, 1996.

HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA. **Revisão dos prontuários de Maria Ieuda Verçosa**. Fortaleza, 2010.

JANUÁRIO, L. M.; TAFURI, M. I. O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. **Rev. Mal-estar Subj.**, v. 9, n. 2, p. 527-550, jun. 2009.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

KRAMER, S. Autoria e autorização: questões éticas na pesquisa com crianças. **Cad. Pesqui.**, n. 116, p.41-59, jul. 2002.

KEHL, M.R. **A criança e seus narradores**. Disponível em: www.mariaritakehl.psc.br. Acesso em 06. fev. 2011

KUPFER, M. C. Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. **Estilos da Clínica**, v. 1, n. 1, 1996.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário de psicanálise**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEE FU-I. **Transtorno bipolar na infância e na adolescência**. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2007.

LYRA, G. F. D.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K.; OLIVEIRA, R. V. C.; OLIVEIRA, PIRES, T. O. A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças escolares com problemas de comportamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, 2009.

MAIA, M. V. M.; PINHEIRO, N. N. B. Angústia e subjetividade: reflexões sobre os fenômenos psicossomáticos a partir de Freud e Winnicott. **Rev. Mal-Estar Subj.**, v. 9, n. 1, p. 75-104, mar. 2009.

MANNONI, M. **A criança, sua "doença" e os outros**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980,

_____. **A primeira entrevista em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

MARÍN, R. Z. La enfermedad y el sentido del sufrimiento. **Rev. Cubana Salud Pública**, v. 35, n.1, 2009.

MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde Soc.**, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

MILANESI, K.; COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C S. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 6, p.769-774, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. A família e o doente mental usuário do Hospital-Dia: estudo de um caso. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 8, n. 6, p. 20-26, dez. 2000.

MÜLLER, F. Infâncias nas vozes das crianças: culturas infantis, trabalho e resistência. **Educ. Soc.**, v. 27, n. 95, p. 553-573, 2006.

NELSON, K. Narrative, time and the emergence of the encultures *self*. **Culture & Psych**, v.6, n. 2, p. 183-196, 2000. Disponível em: <<http://cap.sagepub.com/content/6/2/183.abstract>>. Acesso em: 14 jun. 2010.

OLIVEIRA, F.B.; FORTUNATO, M.L.; FARIAS, M. C. A.D. Concepção de sujeito em saúde mental. **Psychiatry on Line Brazil**, v.10, setembro. Disponível em <www.polbr.med.br>. Acesso em 20. Mai.2010

OLIVEIRA, P. T. R.; MOREIRA, A. C. G. Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. **Pulsional: Rev. Psicanál.**, ano 19, n. 185, p. 52 – 65, 2006.

OUTEIRAL FILHO, J. O. O.; GRAÑA, R. B. **Donald W.Winnicott: estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed, Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PINHEIRO, C. V. Q.; AGUIAR, I. M. A.; MENDES, L. C. B. O sofrimento psíquico e as novas modalidades de relação entre o normal e o patológico: uma discussão a partir da perspectiva freudiana sobre o caráter psicopatológico. **Interação Psicol.**, v. 12, n.2, p. 299-305, 2008.

PORTA, M. El sufrimiento del dolor: cuerpo, ser y sociedad. **Gac. Sanit.**, v. 24, n.3, p. 263-264, 2010.

PRIORE, M D. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000.

PUNCH, S. Research with children: the same or different from research with adults? **Childhood**, v. 9, n.3, p.321-341, 2002.

RIZZINI, I. (Org). **Olhares sobre a criança no Brasil: séculos XIX e XX**. 1ª ed, Usu Editora, Rio de Janeiro, 1997.

ROCHA, E.A.C. **Crianças e infâncias: uma categoria social em debate**. Anais do III Congresso de Arte-Educação, Blumenau, 2002.

SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n.1, p. 135-140, 2007.

SAMPAIO, F. **Nova seleta**. Rio de Janeiro: Editora do Brasil, 1955.

SANTOS, M.A.S. A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.12, n.3, p. 603-625, 1999.

SARMENTO, M. J.; CERISARA, A. B. **Crianças e miúdos: perspectivas sociopedagógicas da infância e educação**. Porto: Asa, 2004.

SILVA, M. C. P.; STEFANELLI, M. C.; HOGA, L. A. K. En busca de solución para el sufrimiento: vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión. **Cienc. Enferm.**, v.10, n. 2, 2004.

SOARES, A. H. R.; MOREIRA, M. C. N.; MONTEIRO, L. M. C.; FONSECA, M. G. O. A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.5, n.3, p. 301-311, 2005.

SOLON, L. A. G. **Conversando com crianças sobre adoção**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora, 2008.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

TEPERMAN, D. W. Do desejo dos pais ao sujeito do desejo. **Estilos da Clínica**, v. 1, n. 1, 1996.

TOMMASI, M. C. F. O Conceito de agressividade na obra de Winnicott. **Infanto: Rev. Neuropsiquiatr. Infanc. Adol.**, v. 5, n. 2, p.73-76, 1997.

TORRALBA, F. Aproximación a la esencia del sufrimiento. **Anales Sis San Navarra**, v. 30, supl. 3, 2007.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. São Paulo: Vozes, 2003.

VALE, J.C.C. **A compreensão do sofrimento no escalpelamento:** um estudo utilizando o grafismo e o teste das fábulas de Düss. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

VASCONCELOS, C. P.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

WARZACK, W. J. Psychological implications of nocturnal enuresis. **Clin. Pediatr.**, v. 32, p. 38-40, 1993.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo.** Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 1997.

_____. **Conozca a su niño:** psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia. Buenos Aires: Horme, 1962.

_____. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

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

_____. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 1994.

_____. **Textos selecionados da Pediatria à Psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, R. S.; DAVIS, M. **Explorações psicanalíticas.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

YÉPEZ, M. T.; MEDEIROS, L. F. Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos. **Interações**, v. 9, n. 18, p. 87-108, dez. 2004.

ZELJKO, L. De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. **Nat. Hum.**, v.8, n.1, p. 21-47, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Maria Ileuda Verçosa: O Resgate de Uma Vida Contida

Após longo e criterioso estudo de todos os prontuários de Maria Ileuda Verçosa, no período em que esteve internada no Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), tornou-se concreta a coleta dos dados que serão expostos a seguir, sendo possível dissertar um pouco sobre a menina-moça-mulher que deu merecidamente o nome para o primeiro CAPS infantil de Fortaleza.

Maria Ileuda Verçosa vivenciou a dolorosa experiência da rejeição ainda na mais tenra idade. Quando tinha apenas três anos foi raptada pelo pai e conduzida à casa de terceiros. Por um tempo consideravelmente longo, não teve qualquer contato com sua família biológica e, somente aos seis anos, sua genitora conseguiu resgatá-la e trazê-la de volta para o seio familiar.

Portadora de quadro psicótico e deficitário grave (sem lesões neurológicas evidenciadas) incluindo prolongada privação afetiva, sensorial e material, além de processo evolutivo muito comprometido e sem desenvolvimento de linguagem, foi conduzida por sua mãe para o Hospital de Saúde Mental de Messejana ainda aos seis anos, para receber, a princípio, acompanhamento ambulatorial.

Passados dois anos, então com oito anos de idade e sem uma melhoria aparente, ficou internada na unidade infantil (Infanto) no Leito 1, sendo encaminhada posteriormente, quando já se encontrava na adolescência, para mais duas outras unidades de internação femininas: Pavilhão III (em 14 de maio de 1990) e Pavilhão Frota Pinto (em 16 de abril de 1992).

No período compreendido entre um e dois anos, continuou tendo assistência materna, ainda que frágil - uma vez que a genitora também tinha comprometimento psiquiátrico - e, após esse momento temporal, Maria Ileuda Verçosa passou a ter da família o mais absoluto abandono, tornando-se forçosamente, moradora do supracitado hospital.

Ao ser conduzida para a internação, submeteu-se a exames neurológicos e psiquiátricos, além de tomografia computadorizada e nenhum dos resultados apresentou anormalidades. Desde então, passou a manifestar variedade pequena de sintomatologia durante todo seu período de internação.

Apresentando conduta severa de auto-mutilações e comprometimento global psicofísico expresso em infantilismo, passou a receber, de modo contínuo, uma sucessão de altas inalteradas, tendo como condições que justificassem suas re-internações, quadro de autismo com F.20.6 (Esquizofrenia Simples); além do já exposto abandono familiar, não teve condições de ficar fora do suporte hospitalar nem da tutela do Estado.

Ainda nos primeiros anos de internação, Maria Ileuda Verçosa procurava estabelecer contato físico com seus cuidadores – funcionários da instituição hospitalar – acariciando seus rostos e também chegava a deambular sozinha – ainda que de forma muito limitada. Gradativamente foi perdendo tais repertórios comportamentais no decurso dos anos de reclusão, passando a apresentar muita agitação psicomotora e chegando por vezes a tumultuar sozinha toda a unidade onde se encontrava internada com gritos ininterruptos, e ao se mexer com força na cama fazendo muito barulho (apesar das contenções nos tornozelos e punhos etc.).

Também foi deixando de responder progressivamente aos estímulos provocados pelos profissionais de Terapia Ocupacional e Psicologia tais como: segurar objetos e soltá-los, brincar de bonecas, assistir televisão ou se permitir estar diante do aparelho de televisão, ouvir músicas, desenvolver estímulos auditivos e visuais com uso de cores e formas, fazer relaxamento conduzido e deambular pelas dependências da instituição hospitalar.

Quanto ao atendimento fisioterápico, fez uso intenso de fisioterapia respiratória (aerosol e tapotagem), cinesioterapia motora para membros inferiores (MMII) e membros superiores (MMSS) e também fisioterapia feita no leito, quando mais debilitada. Além do plano terapêutico psicofarmacológico e fisioterápico, teve acesso também à terapia ambiental e ocupacional, embora com o decorrer do tempo tenha se restringido às duas primeiras modalidades de intervenção terapêutica citadas devido a limitações próprias.

Treze anos após sua internação, o Serviço Social da instituição conseguiu breve contato com familiares, por meio do CAPS de Quixadá. A partir daí, foi sabido que a genitora tinha 8 filhos menores de idade, onde, neste período, o genitor já era falecido. Tentativas futuras de contato com demais membros da família de Maria Ileuda Verçosa foram completamente inglórias.

Como se não bastassem os 21 longos anos de internação contínua devido ao estado psicótico deficitário grave de Maria Ileuda Verçosa, para ser este um caso clínico impactante, sejam acrescentados ainda o fato de que neste período a jovem passou quase todo o tempo em que viveu na citada instituição psiquiátrica completamente contida para ser protegida de si mesma, uma vez que seus instintos auto-agressivos eram tão intensos que nem mesmo fazendo uso de grande variedade de psicofármacos (Amplictil, Anatsol, Biperideno, Carbamazepina, Clorpromazina, Diazepan, Haldol, Leponex, Levomepromazina, Neozine, Nootriptil, Prometazina e Tegretol, entre outros tantos) estes foram capazes de contê-la quimicamente, de refreá-la em seus fortes impulsos auto-agressivos. Mesmo tendo os punhos e tornozelos envoltos em faixas, conseguia ferir-se, batendo fortemente a cabeça contra os joelhos, o espaldar da cama e paredes, ou batendo o dedo polegar contra a testa até feri-la, arranhando-se e/ou provocando outras modalidades auto-destrutivas.

Devido ao fato de ficar contida quase que em tempo integral, desenvolveu uma série de complicações clínicas como: presença muito forte de distúrbios gastro-intestinais e infecciosos, obstruções nasais, gripes, quadros de pediculose, corrimentos e infecções vaginais, infecções urinárias, escabioses, infecções nos olhos, prisões de ventre, além de muitos hematomas e ferimentos causados por si própria. Esta portadora de gravíssimo sofrimento psíquico ficou internada até os 29 anos, quando foi, por fim, vitimada por um câncer na região abdominal, sendo velada no Hospital de Saúde Mental de Messejana - seu verdadeiro lar - na companhia dos servidores que aos poucos foram se tornando sua família e tanta solicitude lhe concederam. Seu corpo hoje descança no Cemitério Público do Bairro Bom Jardim, no município de Fortaleza.

APENDICE B - Plano de aplicação (orçamento do projeto)

ITENS	VALOR (R\$)
Material Permanente Computador e gravador	Disponibilizado pela pesquisadora
Material de Consumo Papel, impressão, fotocópias, materiais de escritório	Disponibilizado pela pesquisadora
Espaço para a Observação (Atividades terapêuticas desenvolvidas no CAPSi Maria Ileuda Verçosa) e entrevista	Disponibilizado pelo CAPSi Maria Ileuda Verçosa
Serviço de Terceiros Fotocópias, impressões e consultoria com especialista para revisão ortográfica do texto	R\$ 500,00
TOTAL	R\$ 500,00

Os custos foram pagos pela Pesquisadora, que é bolsista da Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa - FUNCAP.

**APENDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido para crianças usuárias do
CAPSi Maria Heuda Verçosa.**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Percepção, vivência e Enfrentamento do Sofrimento Psíquico de Crianças Usuárias de CAPS Infantil”.

Este projeto tem a intenção de entender como você percebe seu transtorno mental ou o próprio sofrimento psíquico e como você consegue viver e enfrentá-lo.

A sua participação não é obrigatória e você pode desistir de participar da entrevista a qualquer momento e também pode retirar seu consentimento sem precisar se preocupar em fornecer nenhuma explicação para mim. Se você desistir, não se preocupe, pois em nada isso afetará a qualidade do seu atendimento médico, psicológico e social. Você pode ajudar com esta pesquisa respondendo as perguntas de uma entrevista que eu vou te fazer e que poderá ser gravada apenas se você permitir.

Todas as informações que você der na entrevista serão confidenciais, isso quer dizer que não irei falar para sua família e nem ficarei colocando seu nome no trabalho de pesquisa; você não precisa pagar nada. Os resultados obtidos com esta pesquisa poderão ser divulgados em publicações e eventos científicos, onde não serão expostos os dados pessoais que possam sugerir sua identificação.

Qualquer dúvida, questionamento, esclarecimento ou informação sobre os aspectos éticos da pesquisa, é só pedir para que sua família ou responsável entre em contato comigo, por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, situado na Rua Coronel Nunes de Melo 1127, Rodolfo Teófilo; Telefone: 33668338.

Yzy Maria Rabelo Câmara – Pesquisadora

Assumo que tenho compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação nesta pesquisa e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo nesta participação e, portanto eu **DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A)**

Fortaleza, _____

Assinatura ou digital da criança voluntária ou _____	Nome e assinatura dos responsáveis pelo estudo _____
Assinatura do familiar e/ou responsável _____	Nome da profissional que aplicou o TCLE _____

APÊNDICE D - Roteiro de perguntas da entrevista para crianças

1. Por que você acha que é levado (a) para o CAPS Maria Ileuda Verçosa?
2. Quem sempre te leva? Por quê?
3. Como você fica em casa para que alguém venha a te levar para o CAPS?
4. Você gosta de você? Você acha que é importante para sua família? Para seus amigos?
5. Você acha que é uma criança feliz? Amada pela família? Como?
6. O que você deseja ser quando ficar mais velho (a), quando chegar à vida adulta? Quais são os seus sonhos e o que você tem ou precisa para alcançar seus sonhos?

Roteiro de perguntas da entrevista para familiares/responsáveis

1. Fale-me sobre o que você entende a respeito da doença da criança que você acompanha?
2. Quando você começou a perceber que havia algo de diferente no comportamento da sua criança, em relação às demais e o que te levou a procurar auxílio no CAPSi Maria Ileuda Verçosa?
3. Como é a convivência da sua criança em casa? E com amigos? E com a doença?
4. Quais são os sonhos de sua criança? O que ela deseja fazer ou conseguir para o futuro?
5. Como é que a sua criança lida com a doença?

APÊNDICE E - Perfil das crianças colaboradoras da pesquisa

Mecânico - 10 anos. Muito agitado e agressivo; costuma mentir, além de ser desobediente e nervoso (falante, rói unhas, tem medo de insetos, do escuro, de tomar banho sozinho). Apresenta dificuldade para aprender. Aos 7 anos, tentou queimar a irmã mais nova. Não aceita a separação dos pais.

Operador de Gravação – 7 anos. Muito agressivo, agitado em casa e na escola. Dificuldade de aprendizado e de concentração. Dificuldade também em conciliar e manter o sono (tem muitos pesadelos). Tem histórico de epilepsia. Piorou o comportamento após ter sido abusado sexualmente por um vizinho.

Jogador de Futebol – 11 anos. Mente muito, tem baixa tolerância à frustração, chora com facilidade, furta dinheiro e objetos e apresenta dificuldade para dormir; dificuldade de aprendizado, irritabilidade e postura desafiadora ao mesmo tempo que é tímido; muito entristecido e tem forte baixa-estima. Ambiente familiar conflituoso: não conheceu o pai biológico, o padrasto é traficante, o irmão mais velho é usuário de drogas e encontra-se no presídio, a mãe é negligente, recusou a gravidez tomando abortivos, rejeitou os cuidados ao bebê nos primeiros instantes de vida e já foi denunciada ao Disk Denúncia da Criança e da Adolescência, pelas intensas agressões físicas e morais cometidas contra a criança.

Advogada – 11 anos. Criada pela avó após negligência materna de descuido e abandono. Apresenta comportamento agressivo, desvio de conduta (furta e logo em seguida descarta os objetos furtados), mente muito, é desobediente, passou a apresentar enurese noturna. Apresenta dificuldades escolares, problemas na convivência com a irmã mais nova (muita competição) e não aceita o alcoolismo do pai e nem a constituição de nova família pela mãe.

Piloto – 10 anos. Apresenta dificuldades em casa e na escola tanto de aprendizado (sente-se incapaz de aprender, fica nervoso e chora) quanto de convivência (é muito inquieto, agressivo fisicamente e implicante). Não fica quieto, é agressivo, quebra objetos. Pai biológico foi muito agressivo e negligente, ao ponto da genitora não aceitar a gravidez e ter

tomado abortivos. Aos 11 meses, a criança foi violentada fisicamente pelo pai. Após a separação dos pais, a criança passou a viver com a mãe e dois irmãos com gravíssimos comprometimentos psíquicos. Recebe pouco limite da mãe, mostra-se impulsivo, intolerante à frustrações e tem alucinações visuais e auditivas.

Policia – 8 anos. Criança com comportamentos característicos de TDAH. Destroís brinquedos, desorganiza tudo e não tem paciência para nada. Agride as pessoas quando contrariado. Tem espírito vingativo e ameaça morrer quando se chateia. O pai não coloca limites por receio de escândalos. A mãe demonstra também que não coloca limites para o filho, fazendo todas as vontades dele.

Professor – 9 anos. Apresenta inquietação, baixa tolerância à frustração e difícil socialização. Coloca as mãos na cabeça ou nos ouvidos e sai correndo quando irritado. Tímido e demonstra ser triste, mas com boa interação. Não consegue dormir cedo porque tem pesadelos. Dificuldades na escola, tanto na aprendizagem quanto na socialização. Em casa é agressivo e briga sem motivo.

Médico – 10 anos. Criança que apresenta impulsos de irascibilidade. Baixíssima auto-estima, relacionamento interpessoal insatisfatório, auto-crítica exacerbada, tem o sonho de ser mais inteligente, de que alguém se interesse pela sua fala.

Pintor de Quadros – 10 anos. Criança muito ansiosa, com choro fácil. Refere falta de concentração e dor no peito (angústia). Muito apegado ao pai, não aceitando a separação conjugal. Pai negligente. Criança sofre muito com a desestrutura familiar. Os pais não se falam. Ultimamente vem chorando com facilidade, inclusive quando os amigos vão embora de sua casa. Não gosta de violências e nem de brigas, porém costuma ser impaciente e é manipulador.

Cantora - 7 anos. Em Outubro de 2009, começou a apresentar episódios de angústia associados a pensamentos ruins, imaginando fatos que poderiam acontecer com ela. A mãe a levou a um psiquiatra e a criança foi diagnosticada como sendo portadora de transtorno obsessivo-compulsivo. Tem comportamento inquieto e não aceita ser contrariada.

A mãe relata que sempre teve dificuldades de colocar limites nela. Ainda tem os pensamentos, embora tenha melhorado muito a sensação de angústia, que relatava no início do quadro. A compulsão da paciente era falar para mãe sobre seus pensamentos. Criança irritada e com dificuldades de obedecer regras.

Em 08/11/08, **João Amaral** <joaoamaral@terra.com.br> escreveu:

- Ocultar texto das mensagens anteriores -

Cara Izy

Boa tarde! Parabéns pela sua aprovação no Mestrado em Saúde Pública. Gostaria de ver a possibilidade de você participar de duas aulas na disciplina de Epidemiologia de Saúde Materno-Infantil, pois estão diretamente relacionadas a sua pesquisa.

Local: IPREDE (<http://www.iprede.org.br>)

Horas: 8:30 horas

Dia: 10/11 (segunda) - Avaliação de Programas

Dia: 24/11 (segunda) - Avaliação qualitativa

Gentileza, confirme

João Amaral

Yzy Câmara para ylscamara, Barãozinho, camara.filho
Prezados Didinha, Barãozinho e Bimbinho,

[mostrar detalhes](#) 9 nov

Acabo de saber que passei no mestrado e quero externar a minha sincera gratidão: Yls, por toda sua ajuda espiritual, Elpídio, pela resolução das complicações com o pagamento e questões burocráticas e Câmara, por todo o empurrão e grande incentivo, quando tudo estava dando errado na hora da inscrição e quando dava o desânimo para continuar. Só tenho a agradecer a Deus a honra de ter três presentes tão especiais como vocês, meus TESOUROS!!! Que Deus os abençoe sempre e ilumine cada um de seus passos. Da irmã que os ama,

Yzy