

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho advém de um atendimento psicológico prestado a uma criança que sofreu abuso físico por parte de sua mãe, por mim atendida através de um trabalho de Ludoterapia de Orientação Psicanalítica. Toda a complexidade do atendimento, sofrimentos e alegrias durante o mesmo fizeram com que eu desviasse minha atenção da área da saúde mental, minha área de interesse acadêmico até então, e buscasse compreender melhor os maus-tratos, a criança e o que havia se passado naquele caso tão especial.

Durante toda a minha graduação me interessei pela pesquisa científica, sendo que inicialmente havia estudado crianças com dificuldades de aprendizado e de comportamento associados. Posteriormente, através do contato com a área de saúde mental, me interessei pelo trabalho desenvolvido em centros de convivência, onde pude estudar um pouco a respeito de representações plásticas de sujeitos portadores de sofrimento mental e buscar significados e relações para as produções de dois sujeitos usuários das oficinas do serviço por eles freqüentado, onde eu havia sido estagiária (Sei, 2002).

Meu primeiro impulso, no que se refere a um possível mestrado, era o de continuar a estudar as relações da saúde mental e da arteterapia. Entretanto, junto com o estágio em hospital psiquiátrico, também realizei um estágio de atendimento ludoterápico de orientação psicanalítica com crianças que haviam sofrido maus-tratos e passado por abrigo em uma entidade especial para essa população. Os atendimentos ludoterápicos eram realizados no abrigo onde a criança se encontrava, buscando-se uma continuidade mesmo após o desabrigo. Meu primeiro caso foi a continuação de um atendimento iniciado por outra psicóloga, atendimento este já realizado fora da casa abrigo. Pude

experienciar as dificuldades no trabalho com crianças nessa situação e sentir o abandono por elas sentido através do descaso da família que, após inúmeras faltas da paciente no atendimento, mudou-se sem deixar endereço ou possibilidade de despedida da pequena garota.

Passsei então a atender a criança que apresento neste trabalho, ainda abrigada por ter sofrido abuso físico por parte de sua mãe. Foi um começo difícil, que passou pelo desabrigamento da criança, tentativas de contato com escola e família e que, devido a novos episódios de maus-tratos, resultaram no reabrigamento da mesma. Pude então contar com a possibilidade de um trabalho contínuo, propiciado pelo fato do atendimento ser realizado no próprio local onde a criança habitava. Pode-se dizer que, mesmo sem contar com salas especiais para a realização do atendimento, este acontecia, trazendo crescimento e amadurecimento para ambos integrantes daquela dupla: pra mim, que pude experienciar um atendimento fora dos “padrões” usuais de *setting*, e para meu pequeno paciente, que pôde ter contato com um tipo de relação até então desconhecido em sua vida.

Toda a experiência me foi tão marcante, que encontrei uma maneira, através de minha dissertação de mestrado, de novamente encontrá-lo, mesmo que psiquicamente, e repensar questões passadas durante nossa experiência juntos, agora com mais alguém nos acompanhando, alguém que já conhecia de nome e que pude aprofundar meu contato através dos estudos propiciados pelo mestrado e que passou a ter uma especial importância para mim: Winnicott.

Assim, para uma melhor compreensão das questões relacionadas a este trabalho, optei por apresentar a teoria acerca do desenvolvimento emocional proposta por Winnicott, descrevendo, posteriormente, uma breve história da

infância na sociedade ocidental até 1990, quando se teve a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil. Posteriormente, apresento uma conceituação geral dos maus-tratos, das conseqüências e possibilidades de tratamento e prevenção do fenômeno. Apresento, então, a justificativa para elaboração do presente trabalho, além dos objetivos e metodologia do mesmo. Por se tratar de um trabalho com um ser humano e devido às atuais resoluções referentes à pesquisa científica envolvendo seres humanos, faço uma breve explanação das questões éticas envolvidas na presente dissertação. Passo, assim, a apresentar maiores detalhes do trabalho de “Ludoterapia de orientação psicanalítica com crianças vitimizadas”, através do qual pude atender o caso aqui descrito e forneço maiores detalhes a respeito do encaminhamento do caso. Por fim, apresento trechos de sessões de atendimento, que se mostraram pertinentes ao desenvolvimento do trabalho, discutindo os aspectos observados através do atendimento ludoterápico realizado, relacionando-os aos pressupostos teóricos apresentados por Winnicott. Ao final tem-se a bibliografia consultada para a elaboração da dissertação e como anexo é apresentado um modelo do termo de consentimento esclarecido, submetido à aprovação pela instituição onde o sujeito se encontrava abrigado.

1. INTRODUÇÃO

1.1. WINNICOTT E O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

A criança é um ser em desenvolvimento e assim encontra-se em um processo que implica mudanças, ajustes e amadurecimento. As mudanças ocorridas incluem um amadurecimento não apenas físico e cognitivo, como também emocional, onde a criança constitui sua personalidade e sua forma de ser. No presente trabalho será apresentada uma visão do desenvolvimento emocional, tendo-se em vista a teoria acerca do mesmo proposta por Winnicott.

Winnicott foi um pediatra e psicanalista inglês que, através de sua prática médica, pôde observar a interação de muitos pares mãe-bebê. A partir de suas observações, o autor propôs uma teoria a respeito da forma como ocorria o desenvolvimento emocional em uma criança.

Para este autor (Winnicott, 1960a), o ambiente seria possuidor de um papel crucial no desenvolvimento saudável de uma criança, já que no início da vida, a criança é totalmente dependente do meio que a cerca. Para ele, os indivíduos durante seu desenvolvimento passam por três fases, havendo um momento inicial denominado de *dependência absoluta*, um momento posterior de *dependência relativa* e um último momento denominado *rumo à independência* e não apenas dois momentos de dependência e independência.

Na primeira fase, de *dependência absoluta*, que se estende desde o nascimento até aproximadamente os seis meses de idade, a criança necessita de um ambiente atento a suas necessidades e qualquer falha no atendimento a essas necessidades básicas pode ser sentido pela criança como uma invasão ao seu processo de vir-a-ser, provocando reações na mesma. O excesso de reações pode

provocar não a frustração, mas sim uma ameaça de aniquilação, havendo um sentimento de ameaça à existência pessoal do eu (Winnicott, 1956).

A mãe seria a pessoa mais indicada para acolher a criança nesse momento, já que, segundo o autor, a mãe entraria em um estado de *preocupação materna primária*, onde ocorreria uma espécie de retraimento ou dissociação, provocando um estado de sensibilidade exacerbada. A mãe seria capaz de saber como seu bebê está se sentindo, sendo, então, capaz de se identificar com seu bebê, promovendo condições “*para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se*” (Winnicott, 1956, p. 403).

Assim, a força do ego nesse primeiro momento de vida depende da relação e identificação existente entre o par mãe-bebê. A mãe se identificaria, através de uma capacidade mais amadurecida, com seu filho e este com ela. No caso se uma identificação boa entre mãe e bebê, com o par funcionando bem, seria possível dizer que o ego da criança é forte, já que estaria apoiado pelo ego da mãe. O ego da criança é simultaneamente fraco e forte, dependendo apenas da capacidade da mãe em lhe dar apoio a seu ego (Winnicott, 2001).

É necessário frisar que, para que a mãe possa dar esse suporte necessário que a criança precisa no início do seu desenvolvimento, ela também deve estar sendo apoiada pelas pessoas, pelo ambiente social que a cerca, visto o estado de dedicação e atenção ao bebê em que a mãe se mergulha, algo que implica uma certa dependência e vulnerabilidade. É-lhe difícil permanecer nesse estado quando passa a ter que atender diversas outras demandas do meio social, sendo que,

quando dispõe de algo que a sustente, pode, então, dedicar-se ao seu filho, identificando-se integralmente com o mesmo.

Passado o estado de *dependência absoluta*, a criança entra em um estado de *dependência relativa*, quando passa a ser possível reconhecer o outro e sua dependência desse outro, já que inicialmente isso não era percebido. Essa fase, segundo Winnicott, ocorreria a partir dos seis meses de idade, estendendo-se até os dois anos e é quando há um início de compreensão intelectual. Essa compreensão auxilia na adaptação às falhas, graduais, à adaptação inicial que passam a ocorrer no relacionamento mãe-bebê, de forma que a mãe possa voltar a ser um ser novamente independente. Através de um manejo contínuo, a mãe apresenta o mundo ao seu filho, bastando para isso, ela ser continuamente ela mesma, já que esse processo não é possível quando se tem alguém que apenas representa mecanicamente um papel, mesmo que de forma perfeita (Winnicott, 1963a).

Através dos cuidados dispensados à criança, ocorre uma acumulação de memórias a respeito desses cuidados, e a introjeção de detalhes desses cuidados permite que o indivíduo seja capaz de desenvolver uma confiança no meio (Winnicott, 1960a) e tolerar a ausência de cuidados, podendo, dessa maneira, seguir para uma fase seguinte. Assim, após a fase de *dependência relativa*, o indivíduo passa para uma fase denominada *rumo à independência*, sendo que o termo “rumo” é utilizado por este ser um processo que se estende por toda a vida. Assim, “*a independência nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes*” (Winnicott, 1963a, p. 80).

Nesse momento, há uma defrontação com o mundo e suas complexidades e um contato com esferas cada vez mais amplas da sociedade. Os pais desempenham um papel de orientação de seus filhos no sentido de observarem se a passagem de uma esfera para outra se dá de forma rápida demais, sendo importantes já que tensões instintivas e padrões do passado podem reaparecer neste momento (Winnicott, 1963a).

No início da vida não há ainda um eu definido, sendo que o *self* da criança seria, nesse momento, apenas potencial (Winnicott, 2001). Quando as condições de crescimento da criança se constroem de forma saudável, podendo a criança contar com condições ideais, pode-se dizer que o desenvolvimento emocional inicial passa por três processos (Winnicott, 1945). Esse processo maturativo tem como principal tendência a integração, que seria a primeira de três etapas (Winnicott, 1964).

Quanto ao processo de *integração*, há inicialmente um estado de não-integração, que se caracteriza por uma ausência de globalidade, tanto em relação ao espaço, quanto em relação ao tempo. Com o decorrer do tempo, a partir da não-integração é produzida a integração, que, de breves momentos, passa a se tornar um estado contínuo do indivíduo, sendo correto, então, caracterizar o negativo deste estado como desintegração. Este estado de desintegração seria produtor de uma sensação de enlouquecimento no indivíduo, diferentemente do sentimento de sanidade proporcionado pela integração (Winnicott, 1990).

A segunda etapa do processo maturativo é denominada de *personalização*, quando o ego passa a se basear em um ego corporal, possuidor da pele como uma membrana limitante, podendo-se considerá-la como uma possibilidade de contato

com o funcionamento corporal, significando o oposto da despersonalização, onde há a perda desse contato (Winnicott, 1970). Nesse estágio, ocorre uma “*conquista de uma relação íntima entre a psique e o corpo*” (Winnicott, 1963b, p. 201), estabelecendo uma unidade e uma totalidade do funcionamento físico.

Já na terceira etapa, ocorre o que se chama de *realização*, onde passa a haver uma apreciação do tempo e espaço e de outros aspectos da realidade (Winnicott, 1945), ocorrendo uma “*interação dos processos intelectuais com a experiência psicossomática*” (Winnicott, 1964, p. 80). Ou seja, há o estabelecimento de relações objetais e com isso uma possibilidade de vivência na realidade compartilhada.

Como foi frisado, o desenvolvimento se dá de forma saudável quando o bebê pode usufruir de um *holding* (sustentação) adequado, proporcionados por uma *mãe* e um *ambiente suficientemente bons*. Mãe e ambiente devem, então, serem capazes de dar essa sustentação do processo de vir-a-ser da criança, satisfazendo suas necessidades básicas, de forma que o bebê se desligue gradualmente da dependência materna, constituindo seu *self* de forma verdadeira.

É importante ressaltar que nesse momento inicial, de *dependência absoluta*, o bebê não possui desejos e sim necessidades que, para um bom desenvolvimento, devem ser atendidas por esse meio que o cerca. Quando o desenvolvimento ocorre de forma tranqüila, pode-se conceber a existência de uma experiência de ilusão de onipotência vivenciada pelo bebê, já que a mãe, através de uma atenção às necessidades do filho, apresenta o objeto no exato momento que sua criança precisa do mesmo, proporcionando essa ilusão de onipotência: “*A mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no*

momento exato” (Winnicott, 1975, p. 26), sendo que posteriormente a mãe passa a gradativamente desiludir seu bebê. Assim,

a adaptação da mãe é suficientemente boa e como consequência o lactente começa a acreditar na realidade externa que surge e se comporta como por mágica (por causa da adaptação relativamente bem sucedida da mãe aos gestos e necessidades do lactente); a mãe age de forma a não colidir com a onipotência do lactente. [...] o lactente pode agora gozar a ilusão do onipotente criando e controlando, e pode então gradativamente vir a reconhecer o elemento ilusório, o fato de brincar e imaginar (Winnicott, 1960b, p. 133).

Essa experiência de onipotência serve como base para o símbolo e para uma saúde mental futura, já que possibilita a espontaneidade do *self* verdadeiro, devido à ilusão de que há uma realidade externa que se corresponde à sua capacidade própria de criar (Winnicott, 1975). O *self* verdadeiro se desenvolve a partir das condições ideais descritas e através dele que o indivíduo pode ser criativo e sentir-se real, sendo o gesto espontâneo a representação desse *self* verdadeiro em ação (Winnicott, 1960b).

Nesse processo de ilusão-desilusão, que inclui essa percepção entre interno e externo, tem-se uma área intermediária entre aquilo que é objetivamente percebido baseando-se no teste da realidade e aquilo que advém da criatividade primária. Essa área se relaciona com os fenômenos e objetos transicionais, constituindo-se em uma área neutra, onde a experiência não será contestada em termos de algo externo ou interno, estando essa área relacionada ao brincar e sendo de extrema importância já que a tensão de relacionar realidade externa e interna perdura por toda a vida (Winnicott, 1975).

Segundo Winnicott (1975), “*não é o objeto, naturalmente, que é transicional. Ele representa a transição do bebê de um estado em que este está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado*” (p. 30). O autor aponta que pode haver situações em que não há um objeto transicional exceto a própria mãe ou em que o bebê não consegue fruir de um estado de transição, estado advindo de perturbações no desenvolvimento emocional. Situações como essas se mostram prejudiciais, dada a importância que a área intermediária de experimentação, onde realidade interna e externa contribui, possui no desenvolvimento emocional saudável.

A área intermediária entre realidade interna e realidade externa relacionam-se à capacidade que o indivíduo tem de brincar, sendo que para Winnicott, o brincar e a psicoterapia estariam interligados, já que a psicoterapia ocorreria a partir da possibilidade de brincar do terapeuta, havendo uma sobreposição entre as áreas do brincar do terapeuta e de seu paciente. O brincar está, então, relacionado à saúde e se constitui no caminho da psicoterapia, quando se busca trazer alguém “*de um estado em que não é capaz para um estado em que o é*” (Winnicott, 1975, p. 59), devendo o brincar ser encontrado não apenas na análise de crianças, como também na análise de adultos.

Diferentemente, quando o bebê não dispõe de um ambiente suficientemente bom, pode desenvolver uma estratégia de defesa, que se constituiria no falso *self*. Este teria a função de adequar-se às exigências do meio externo e forma a proteger o verdadeiro *self* de intrusões sentidas como aniquiladoras. Segundo Winnicott, quando intrusões do ambiente se repetem, transformando-se em um padrão de relacionamento, “*a reação à intrusão subtrai algo da sensação de um viver verdadeiro*” (Winnicott, 1990, p. 149). Nesse caso,

a mãe falha em complementar a onipotência do bebê e em satisfazer o gesto do mesmo, substituindo por seu próprio gesto. Esse processo deve ser validado pelo indivíduo, constituindo-se no primeiro estágio do falso *self* (Winnicott, 1960b).

Através do falso *self*, há uma adaptação à realidade externa e uma submissão a esse meio, desrespeitando o movimento natural do indivíduo. Há uma correspondência às exigências que esse meio coloca, sem contanto isso se constituir em algo verdadeiro para a pessoa. Quando a pessoa vive verdadeiramente, é capaz de perceber criativamente o que está a sua volta e há um sentimento de que a vida “*é digna de ser vivida*” (Winnicott, 1975, p. 95). Quando, entretanto, domina a sensação de irrealidade, de submissão com essa realidade externa, há um sentimento de inutilidade e que em casos extremos, “*quando tudo o que importa e é real, pessoal, original e criativo, permanece oculto e não manifesta qualquer sinal de existência [...] o indivíduo não se importaria, de fato, de viver ou morrer*” (Winnicott, 1975, p. 99).

As organizações de personalidade baseadas no falso *self* podem ocorrer em diferentes graus. Em um grau extremo, o falso *self* se implantaria como real e aqueles que observam a pessoa podem pensar que aquela seria a pessoa real. Já em um grau menos extremo, pode-se observar o falso *self* defendendo o *self* verdadeiro, de forma que o último seja sentido como potencial e sendo-lhe permitido ter uma vida secreta. De forma mais próxima à normalidade, tem-se como principal interesse do falso *self* a busca de condições que possibilitem a emergência do *self* verdadeiro. Por fim, tem-se o falso *self* que se constrói sobre identificações e, na normalidade, o falso *self* representa-se através da organização integral de atitudes sociais educadas e amáveis (Winnicott, 1960b).

Quando o ambiente não se configura como um ambiente suficientemente bom, uma outra conseqüência pode ser observada, sendo esta o desenvolvimento da tendência anti-social. Para Winnicott, a tendência anti-social se constituiria como uma expressão ligada à deprivação (Abram, 2000), relacionada à uma falha durante a fase de dependência relativa. O indivíduo pôde experimentar um ambiente suficientemente bom durante a fase de dependência absoluta, mas este se perdeu posteriormente. O ato anti-social seria um indicativo de esperança da criança em reencontrar a experiência boa que foi perdida, tendo, assim, um aspecto positivo. Caso o ambiente não consiga compreender a comunicação da criança através do ato anti-social, há o perigo do comportamento desenvolver-se em direção à delinqüência, havendo, então, uma impossibilidade de tratamento. O tratamento da tendência anti-social está relacionado à oferta de um ambiente de *holding*, onde o indivíduo possa experienciar não apenas a sobrevivência do objeto, ante suas ações, como também limites, como forma de incentivar o sentimento de segurança daquela pessoa.

Refletindo-se a respeito do brincar e tendo-se em vista que o mesmo se constitui como algo natural e universal, facilitador de crescimento, comunicação e saúde, Winnicott (1975) acaba por equipará-lo à psicoterapia, considerando que a psicanálise desenvolveu-se como uma maneira especializada de brincar, com o intuito de promover comunicação da pessoa com ela mesma e com os outros que a cercam. Ainda em relação à psicanálise e à forma como ela se dá junto ao paciente, Winnicott (Abram, 2000) coloca no ambiente acolhedor e sustentador, isto é, num ambiente de *holding*, grande importância para o processo de vir-a-ser do sujeito, fazendo-o também quando considera o *setting* analítico, já que passa a considerar o mesmo como um ambiente que proporciona o *holding*.

Winnicott estabelece aspectos imprescindíveis para o bom funcionamento do *setting* e dentre os mesmos estão incluídos a presença e sobrevivência do analista ao processo de seu paciente, fazendo, além disso, uma relação entre o funcionamento do ambiente analítico com o funcionamento do ambiente parental. Em indivíduos cujo ambiente falhou em prover certas necessidades no início de suas vidas, tem-se a possibilidade de cura através de uma regressão a esses estágios iniciais de vida, possível somente quando esses mesmos indivíduos podem se deparar com um ambiente acolhedor e promotor desse movimento em busca de uma integração.

Em relação à análise de crianças, a partir de um referencial winnicottiano, Avellar (2004) coloca que a sessão com a criança é mais ativa, considerando que a interpretação verbal não se constitui sempre como a ferramenta mais eficaz para o estabelecimento da comunicação entre analista e paciente, observando que *“intervenções inadequadas e inoportunas podem ser intrusivas e romper a confiança de um setting adequado”* (p. 156). Para a autora,

“a interpretação muitas vezes necessita vir acompanhada de uma atitude lúdica, que é dada pela capacidade de jogar do analista, objetivando a compreensão da criança e a promoção de um setting adequado às suas necessidades” (Avellar, 2004, p. 155).

Por fim, Avellar (2004) considera que a situação de análise oferece para o paciente uma segurança que permite que o mesmo apresente suas necessidades psíquicas, indo ao encontro destas, de maneira a resgatar aspectos do *self* anteriormente não constituídos, possibilitando um viver criativo a partir da experiência de onipotência oferecida pela análise.

Assim, tendo em vista as considerações acima colocadas, o presente trabalho visa considerar os aspectos acerca do desenvolvimento emocional propostos por Winnicott relacionando-os a recortes de material clínico referentes ao atendimento de uma criança que sofreu abuso físico. Pode-se pensar que o abuso se constitui em uma invasão no processo de vir-a-ser da criança que não conta com as condições ótimas para um desenvolvimento integrado. A experiência sofrida pode gerar diversas conseqüências e a situação analítica tem o papel de acolher as vivências buscando promover um ambiente satisfatório e promotor de um desenvolvimento agora mais saudável.

1.2. PEQUENO HISTÓRICO DA INFÂNCIA

O reconhecimento da infância como uma fase delicada de vida, que requer atenção e cuidados por parte dos responsáveis, como apontados por Winnicott configura-se como algo recente na história da humanidade. Assis (1999) assinala que apenas no final do século XIX é que surgem a pediatria e puericultura, especialidades médicas relacionadas à saúde infantil, enquanto que Santos (1996) reafirma que *“as crianças se tornaram objeto de investigação científica, de uma maneira mais intensa, na segunda metade do século XIX e a Psicologia é uma das primeiras a se interessar por elas”* (p. 138), considerando que, diversas, e também recentes, são as teorias que abordam a história da infância.

Assis (1999) coloca que na Antigüidade havia uma grande ênfase na questão da disciplina na educação das crianças, sendo que no caso da criança hebréia o infanticídio não se constituía como algo habitual, ocorrendo apenas em fase onde predominava a miséria, diferentemente do caso do mundo greco-romano, onde o abandono, aborto e infanticídio constituíam-se como práticas usuais, sendo que a morte da criança não parecia despertar grandes emoções.

No período entre os séculos I a V d. C. ocorreu a fusão entre a cultura pagã e a cultura cristã, de forma que o respeito pelo lento crescimento das crianças foi sendo estimulado, considerando-se a infância como parte integrante da vida familiar. A igreja passou a condenar práticas como o abandono de crianças e infanticídio, sendo responsabilidade dos pais a boa educação dos filhos, baseada na disciplina e na aplicação de castigos (Assis, 1999), sendo que Ferrari (2002a) aponta o cristianismo como responsável pelo movimento de piedade pelas crianças. A Idade Média foi pautada pelo abandono das crianças, sendo comum a

separação da mãe e envio para amas-de-leite. A taxa de mortalidade era alta e a disciplina imposta era extremamente rigorosa.

Na Idade Moderna inicia-se o desenvolvimento da razão e da experimentação científica, sendo a época marcada pelo desenvolvimento da saúde pública tal como a mesma é hoje conhecida e pela “descoberta” da pediatria (Assis, 1999). No Brasil tem-se a chegada dos jesuítas e a observação do lugar dado pelos indígenas às crianças, diferente ao ocupado pelas mesmas na cultura européia. Nessa época houve uma preocupação com a mortalidade infantil combatida pelos conhecimentos adquiridos pela saúde pública.

No Brasil do final do século XIX e início do século XX um grande contingente de crianças sofria com o trabalho em fábricas, expostas a duras cargas e longas jornadas, desempenhando funções para as quais não estavam devidamente habilitadas, sendo que as leis que regulamentavam o trabalho infantil demoraram para realmente se voltar para as necessidades, respeitando as capacidades das crianças (Assis, 1999).

Segundo Ferrari (2002a), em relação ao reconhecimento da criança e de seus direitos, apenas em 1959 é que se tem a proclamação da Declaração dos Direitos da Criança, aprovada pela ONU. Assim, a partir da década de 1960 que passa a ser despertada uma maior consciência em relação à necessidade de proteção da criança, tanto no que concerne ao tratamento recebido pela sociedade, quanto àquele recebido no seio familiar, iniciando-se campanhas para denúncia de casos de abuso infantil. No âmbito brasileiro, denúncias acerca dos maus-tratos infantis têm início na década de 1970, sendo que estudos sobre o abuso na infância e adolescência passam a ser mais estudado na década de 1980. Em 1989

tem-se a Convenção sobre os Direitos da Criança, sendo que em 1990 é promulgado no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente, aprovado pela Lei no. 8.069, a partir de uma concepção da criança e do adolescente como cidadãos, e como tais, sujeitos de direitos (Ferrari, 2002a).

Assim, o Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe, em seu Artigo 5º., que:

“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (Brasil, 1997, p. 10)

sendo que o Artigo 13º. coloca que:

“Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.”
(Brasil, 1997, p. 12)

O Conselho Tutelar se constitui como um órgão autônomo que tem por função o zelo pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Ao mesmo cabe o atendimento de crianças e adolescentes que tiveram seus direitos ameaçados ou violados e aconselhamento dos pais ou responsáveis, aplicando as possíveis medidas cabíveis a cada caso.

No caso de violação dos direitos da criança e do adolescente colocados pelo citado Estatuto, podem ser aplicadas algumas medidas de proteção, dentre as

quais encontram-se as inclusões em programas de auxílio, em tratamentos médicos, psicológicos ou psiquiátricos, colocação em abrigo em entidade ou colocação em família substituta.

Vale reforçar que a colocação em um abrigo se constitui como uma medida provisória, representando uma transição para a família substituta, sendo que essa medida não implica em privação de liberdade da criança ou do adolescente e indicada apenas em situações excepcionais.

O dirigente do abrigo equipara-se ao guardião da criança ou do adolescente para todos os efeitos de direito, sendo que as entidades que desenvolvem programas de abrigo devem procurar preservar os vínculos familiares, não desmembrando grupos de irmãos, promovendo o atendimento personalizado e em pequenos grupos, a participação na vida da comunidade local, preparando gradativamente o indivíduo para o desligamento da instituição (Brasil, 1997).

1.3. MAUS-TRATOS INFANTIS

A conceituação do fenômeno dos maus-tratos não se configura como algo simples de ser realizado, visto que há mitos e representações instalados na cultura, que acabam por prejudicar a percepção dos maus-tratos, influenciando diretamente no momento de captar o alcance e significado do fenômeno (Bringiotti, 2000). Tendo em vista essas questões, busca-se, então, uma articulação entre aspectos teóricos e aspectos técnicos, de forma a melhor definir o conceito dos maus-tratos e seus indicadores, facilitando uma clara identificação do fenômeno.

Segundo Bringiotti (2000), os maus-tratos infantis podem, primeiramente, ser divididos em *pré-natais*, que incluem circunstâncias da vida da mãe que influem de forma negativa ou patológica na gravidez, trazendo repercussões para o feto, nos casos em que há vontade ou negligência por parte dessa mãe; *pós-natais*, que incluem circunstâncias durante a vida da criança que se configuram como um risco ou prejuízo para a mesma, tendo-se em vista a definição de maus-tratos infantis nas diferentes modalidades praticadas: físico, emocional, sexual, etc; *institucionais*, que ocorrem quando as instituições ou a própria sociedade prejudicam a criança em seus aspectos físicos, psíquicos ou sociais ou a colocam em risco de sofrer conseqüências que afetem seu desenvolvimento normal, seja através da legislação, dos programas de intervenção ou da atuação de profissionais.

Em relação à tipologia adotada internacionalmente, Bringiotti (2000) aponta, como um primeiro movimento pela sistematização dos maus-tratos infantis, a definição proposta pelo National Center on Child Abuse and Neglect

(NCCAN), em 1981. Essa definição incluiria o abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência física, negligência educativa e negligência afetiva. Os maus-tratos infantis podem ser subdivididos em diversas outras categorias, mas aqui serão expostas as categorias mais abrangentes e de forma resumida, segundo classificação proposta pelo National Information Clearinghouse (NIC, 2004), que segue a divisão acima citada, visto que o objetivo do trabalho não se configura em analisar o fenômeno dos maus-tratos nas suas mais variadas formas. Optou-se por utilizar a definição proposta por esse órgão devido ao fato do mesmo se configurar, tal como coloca Gonçalves (2003), como um “*organismo americano ao qual o governo atribuiu a função de formular parâmetros técnicos e jurídicos de intervenção*” (p. 156), constituindo-se como um organismo pioneiro no trabalho na área dos maus-tratos infantis, reconhecido e consultado mundialmente. Adota-se uma classificação internacional tendo-se em vista que a maioria dos estudos consultados na área dos maus-tratos advém de países outros que não o Brasil.

Assim, segundo o NIC (2004), o maus-tratos infantis podem ser divididos em:

1.3.1. Negligência – constitui-se como o fracasso em prover as necessidades básicas de uma criança. A negligência pode ser: física (quando há fracasso em prover comida ou abrigo, falta de supervisão adequada), médica (tais como o fracasso em prover tratamento médico ou de saúde mental necessários), educacional (como fracasso em educar uma criança ou atender às necessidades especiais de educação), emocional (tais como a falta de atenção às necessidades emocionais da criança, o fracasso em prover cuidado psicológico, ou a permissão para a criança para o uso de álcool ou outras drogas). A ocorrência das situações

acima citadas nem sempre significam que uma criança é negligenciada, sendo que muitas vezes, devido aos valores culturais, aos padrões de cuidado na comunidade e à pobreza, o que a família necessita é de informação e assistência (NIC, 2004), podendo-se ressaltar que *“no Brasil, a dificuldade em diferenciar negligência e pobreza é particularmente aguda”* (Gonçalves, 2003, p. 166). Esse tipo de maus-tratos diferencia-se do restante por não se constituir em uma ação por parte dos cuidadores e sim como uma omissão em relação aos cuidados necessários para a criança (Gonçalves, 2003). Além disso, mostra-se associada a uma maior risco de recorrência dos maus-tratos quando comparada a outros tipos de maus-tratos e promissora de outras formas de maus-tratos (Del Rosso, Marmo e Keiralla, 2000).

1.3.2. Abuso físico – constitui-se como danos físicos (que podem ir desde machucados menores até fraturas severas ou morte) como resultado de socar, bater, chutar, morder, queimar, dentre outras formas de machucar uma criança, sendo que os danos são considerados como abuso independentemente da intenção do cuidador ter realmente sido de machucar a criança (NIC, 2004). O diagnóstico de abuso físico de crianças baseia-se mais firmemente em evidências físicas, sendo que aquilo que sugere a ocorrência de danos intencionais são lesões múltiplas em diferentes estágios de cicatrização, lesões em forma de um objeto identificável e traumas que se mostram inconsistentes com a explicação fornecida pelos pais ou observadores (Wissow, 1995).

1.3.3. Abuso sexual – inclui as atividades como manipulação dos genitais de uma criança, penetração, incesto, estupro, sodomia, exposição indecente e exploração através da prostituição ou produção de materiais pornográficos realizadas por um parente ou cuidador (NIC, 2004). Gonçalves (2003) aponta que o abuso sexual seria uma das formas de maus-tratos mais subnotificadas, devido

ao fato do mesmo ser de difícil percepção, já que nem sempre produz sinais exteriores passíveis de observação. Além disso, devido a ameaças, a criança pode silenciar, não relatando as experiências de abuso vividas.

1.3.4. Abuso emocional – constitui-se como um padrão de comportamento que prejudica o desenvolvimento emocional da criança ou seu senso de valor próprio. Pode incluir constantes desaprovações, ameaças ou rejeição, assim como negação de amor, suporte e direção. O abuso emocional é, usualmente, mais difícil de ser comprovado, estando quase sempre presente quando outras formas de abuso são identificadas (NIC, 2004). Segundo Gonçalves (2003), há autores que afirmam que o abuso emocional é uma das formas de maus-tratos menos estudadas, devido ao fato de ser de difícil identificação e diagnóstico, além de raramente aparecer em sua forma “pura” e que também, os efeitos do mesmo só apareceriam na idade adulta, sendo que sua percepção exige uma capacidade de realizar uma interpretação sofisticada, resignificando os atos vividos durante a infância.

É importante lembrar que, apesar de estarem definidos de forma separada e poderem ser encontrados separadamente, os variados tipos de maus-tratos são usualmente encontrados de maneira combinada.

Também de forma combinada se apresentam os modelos explicativos atuais para o fenômeno dos maus-tratos infantis. Bringiotti (2000) aponta que, na década de 1960, os modelos explicativos dos maus-tratos eram unicausais, visto que analisavam fatores independentes entre si incluindo diferentes áreas sem buscar uma articulação entre as mesmas. Posteriormente, na década de 1970, surgiram modelos de maior complexidade, visto que havia todo um conjunto de

fatores que se relacionavam e influenciavam, sem ser possível continuar a falar de uma linha explicativa única e determinada. Já na década de 1990, surgem modelos que criticam os anteriores, argumentando que os primeiros modelos era simplistas ao adotar fatores causais únicos e os posteriores eram meramente descritivos e não explicativos.

Belsky (1980) apresentou um modelo explicativo para os fenômenos dos maus-tratos infantis, ainda amplamente utilizado atualmente, unindo “*o conceito de desenvolvimento ontogenético de Tinbergen à teoria ecológica do desenvolvimento humano de Brofenbrenner*” (Amazarray e Koller, p. 568, 1998). Assim, como os maus-tratos infantis mostram-se determinados por forças múltiplas que agem no plano individual, familiar e comunitário e cultural nos quais o indivíduo e a família estão situados, Belsky (1980) propõe um modelo que visa integrar esses diferentes contextos relacionados à ocorrência dos maus-tratos infantis, propondo um modelo de análise composto por quatro níveis: o desenvolvimento ontogenético, microsistema, macrossistema e exossistema. O modelo apresentado por Belsky (1980) será aqui apresentado com o objetivo de ilustrar a complexidade que abarca o fenômeno dos maus-tratos, nas suas mais diversas esferas.

Assim, em relação ao *desenvolvimento ontogenético* considera-se a herança que os pais abusadores trazem consigo para a situação familiar e para o desempenho do papel parental. Dessa maneira, a própria infância dos pais abusadores poderia colaborar para uma melhor ou pior qualidade da relação entre pais e filhos, sendo importante pontuar que muitos dos pais abusadores compartilham uma história de maus-tratos na própria infância (Belsky, 1980; Bringiotti, 2000).

Em relação ao *microsistema*, pode-se dizer que o mesmo incluiria as situações relacionadas aos membros da família nuclear, incluindo as características dos pais e dos filhos (Bringiotti, 2000). Assim, a partir desse plano, reconhece-se a criança como potencial contribuinte para seus próprios maus-tratos, através, por exemplo, de seu comportamento e temperamento, além da influência do relacionamento parental, quando o mesmo é permeado por conflitos e agressões (Belsky, 1980).

Quanto ao *exossistema*, tem-se a influência das estruturas sociais formais e informais nas quais a criança e sua família estão incluídas, ressaltando-se a influência do mercado de trabalho, através do desemprego, da vizinhança, observando-se que as famílias abusivas mostram-se por vezes isoladas, além da ausência de outros sistemas de suporte com os quais a família poderia contar (Belsky, 1980).

Por fim, tem-se o *macrossistema*, que inclui o meio cultural, com seus valores e crenças, no qual o indivíduo, a família e a comunidade estão inexoravelmente envolvidas (Belsky, 1980). As práticas educativas, que são dependentes da época e do grupo social no qual o indivíduo se insere, relaciona-se com esse meio cultural, fazendo parte do macrossistema (Bringiotti, 2000).

A criança é um ser em desenvolvimento e os maus-tratos configuram-se como ações ou omissões que influenciam esse processo e que, assim, trazem conseqüências para o desenvolvimento normal da mesma. Os efeitos dos maus-tratos sobre o desenvolvimento da criança dependem de diversas variáveis, como, em primeiro lugar, o tipo de maus-tratos sofridos, a severidade do mesmo, a freqüência, a cronicidade dos episódios, o estado de desenvolvimento em que a

criança se encontra, o autor dos maus-tratos, o sexo da criança, dentre outras possíveis variáveis (Jourdan-Ionescu e Palacio-Quintin, 1997), sendo que Assis (2002) ressalta que pesquisas têm demonstrado que quando a criança sofre traumas em idade inferior a onze anos, a probabilidade de sofrer conseqüências psiquiátricas é três vezes maior.

Cabe ressaltar rapidamente que, apesar dos maus-tratos usualmente ocasionarem algum tipo de conseqüência para o desenvolvimento da maioria das crianças maltratadas, nem todas as crianças que sofrem maus-tratos apresentam seqüelas em seu desenvolvimento, sendo as mesmas denominadas resilientes. A resiliência é definida como uma capacidade de superação das dificuldades e de construção de novos caminhos após o enfrentamento de situações traumáticas ou estressoras (Junqueira e Deslandes, 2003), configurando-se como algo que vem sendo mais estudado na atualidade.

Quanto ao leque de possíveis seqüelas, pode-se dizer que o mesmo é amplo, sendo que *“as principais conseqüências dos maus-tratos na infância ocorrem no desenvolvimento infantil nas esferas física, social, comportamental, emocional e cognitiva”* (Reichenheim, Hasselmann e Moraes, 1999, p. 112), podendo aparecer a curto, médio e/ou longo prazo.

As conseqüências físicas das várias formas de maus-tratos podem ser muitas vezes claramente identificadas, podendo-se constituir em traumatismos cranianos, luxações, fraturas, escoriações, hematomas, lesões himenais, laceração de períneo, gravidez, aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, além de queimaduras, envenenamento, como também em outros tipos de conseqüências

mais leves e, dessa maneira, difíceis de serem identificadas (Reichenheim, Hasselmann e Moraes, 1999 e Amazarray e Koller, 1998).

As conseqüências emocionais, que são amplas e de difícil identificação, manifestam-se geralmente a médio e longo prazo (Reichenheim, Hasselmann e Moraes, 1999). Em casos de abuso sexual, têm-se como sintomas emocionais mais comuns a ansiedade, medo, pesadelos, transtorno de stress pós-traumático, hiperatividade, depressão, isolamento, comportamento sexual inadequado, auto-agressão, comportamento suicida, queixas somáticas, fugas e abuso de substâncias (Amazarray e Koller, 1998). Rouyer (1997) aponta que nos casos em que o diagnóstico do abuso sexual não foi realizado ou quando não se acredita na criança, os distúrbios podem ser mais discretos, numa tentativa da criança se adaptar, aceitando e sobrevivendo à situação de abuso vivida, sendo que nesses casos há um risco de que problemas mais graves de personalidade se desenvolvam no futuro.

Malinosky-Rummell e Hansen (1993) apontam algumas conseqüências em longo prazo para o abuso físico acontecido durante a infância, citando evidências que sustentam um maior envolvimento com abuso de substâncias em adolescentes que foram anteriormente abusados fisicamente, quanto a possibilidade do desenvolvimento de comportamentos agressivos, sendo que aqueles que foram abusados podem tanto se envolver em relacionamentos onde recebem agressões, quanto serem agressores de seus pares e filhos ou de apresentarem problemas emocionais diversos, tais como hostilidade, ideação paranóide, psicose, dissociação, somatização, dentre outras possíveis conseqüências levantadas a partir desse estudo de revisão de estudos empíricos realizados.

De forma geral, Cicchetti e Toth (1995) apontam que crianças que passaram por situações de maus-tratos podem apresentar problemas relacionados ao afeto, visto que o processo de regulação do mesmo se dá justamente na relação entre criança e cuidador. Assim, cita estudos onde foram observados déficits nas raízes da regulação do afeto em crianças maltratadas, emergência de afetos negativos e pobreza de afetos positivos em crianças fisicamente abusadas, reações pouco reguladas e afetivamente inapropriadas, incluindo irritação, medo e agressão diante de estresse nas relações com seus pares. Além disso, as crianças maltratadas são vistas como mais irritadas, frustradas e não condescendentes quando comparadas com crianças não maltratadas durante uma tarefa experimental (Erickson et al., apud Cicchetti e Toth, 1995) e vistas pelas professoras durante o jardim de infância como mais desatentas, agressivas e hiperativas (Cicchetti e Toth, 1995).

Alessandri (apud Jourdan-Ionescu e Palacio-Quintín, 1997) observou que crianças maltratadas se utilizam menos de jogos simbólicos, preferindo jogos repetitivos, que acabam por jogar sozinha. Assim também observou Mello (1999), que ao estudar o brincar de crianças que passaram por situações de abuso físico, notou que estas conseguiam brincar, entretanto o brincar se mostrava como de menor grau de elaboração na forma como se utilizavam dos brinquedos, além de impregnado de *“repetição ou da lembrança do trauma vivido, da necessidade de lidar com ele, de elaborá-lo”* (p. 262). A forma e o conteúdo do brincar se mostravam relacionados aos maus-tratos sofridos e isso indicaria como o trabalho com a criança, que deixa a situação traumática transbordar em suas brincadeiras, poderia ser um espaço de expressão e elaboração da situação, permitindo então uma retomada do desenvolvimento ao sair da constante lembrança e repetição.

Como notou a pesquisadora “*o brincar não foi simplesmente um meio para repetir experiências traumáticas ou um campo no qual elas foram reproduzidas tal e qual, e sim uma forma de ir elaborando-as, transformando-as*” (Mello, 1999, p.260).

As crianças maltratadas apresentam mais dificuldades nos relacionamentos interpessoais, sendo os mesmos permeados por níveis mais altos de agressões físicas e verbais, especialmente no caso de crianças abusadas fisicamente, observando-se, além disso, comportamentos de evitação e retração que contribuem para aumentar o isolamento e a rejeição por seus pares e menor competência social diante da inserção em um novo grupo de pares (Cicchetti e Toth, 1995).

Quanto ao desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem, as crianças maltratadas apresentam déficits perceptuais e motores, com resultados geralmente inferiores, desenvolvimento intelectual mais fraco, com grande diferença na área de inteligência verbal, além de um retardo na linguagem, sobretudo na área da expressão, quando comparados com crianças não maltratadas (Jourdan-Ionescu e Palacio-Quintin, 1997). As autoras ainda afirmam que o retardo na linguagem afeta a expressão de todas as necessidades da criança tanto no plano dos sentimentos quanto no que concerne às necessidades fisiológicas, tal como a fome.

A área escolar configura-se em outra área onde as crianças maltratadas apresentam problemas, podendo-se observar baixos escores na mensuração do funcionamento intelectual geral e acadêmico (D’Affonseca e Williams, 2003), altos índices de repetência, de colocação em classes especiais e suspensão, sendo

essas crianças descritas pelos professores como desatentas, incapazes de compreender seu trabalho, sem iniciativa, ansiosas e dependentes seja de ajuda, de aprovação ou de encorajamento dos educadores (Jourdan-Ionescu e Palacio-Quintin, 1997). Crianças abusadas fisicamente foram reportadas pelos professores como funcionando mais pobremente nas tarefas cognitivas, sendo comuns comportamentos agressivos e de acting-out (Cicchetti e Toth, 1995).

Muitas outras conseqüências para as situações de maus-tratos podem ser citadas, demonstrando a importância de se prover um tratamento e acolhimento adequado para essa população em desenvolvimento, de forma que os possíveis agravos possam ser minorados, tal como Cicchetti e Toth (1995), que advogam terapia preventiva com aqueles que passaram por maus-tratos. A seguir, serão descritas algumas experiências na prevenção e no atendimento prestado de forma geral na área, junto de suas observações, para então abordar o tema específico do atendimento psicológico à essa população.

Assim, em relação à estratégias de enfrentamento e prevenção dos maus-tratos infantis, Cavalcanti (1999) descreve um estudo exploratório acerca dos maus-tratos infantis a partir da visão de profissionais de saúde da família do município de Niterói, onde se pôde perceber que através do Programa Médico da Família e das visitas domiciliares realizadas pelo programa fortaleciam-se os laços entre profissionais e população atendida, contribuindo para prevenção, identificação e intervenções em situações de maus-tratos, sendo que o aprofundamento nas relações viabilizava a orientação dos conflitos de forma que alternativas de enfrentamento mais saudáveis e menos destrutivas fossem encontradas.

Araújo (2002) aponta para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar nos casos de revelação do abuso sexual de forma a integrar três tipos de intervenção: punitiva, protetora e terapêutica, considerando como fundamental o atendimento à família, ao indivíduo que sofreu o abuso e também àquele responsável pela realização do abuso. A autora propõe então um atendimento familiar que englobe todos os envolvidos na situação de abuso, de maneira a romper o pacto do silêncio e *“possibilitar à família uma melhor compreensão da sua realidade”* (Araújo, 2002, p. 9).

Ferreira et al (1999) descrevem uma experiência de prevenção aos maus-tratos realizada na cidade do Rio de Janeiro, cuja equipe interdisciplinar tinha como objetivos a identificação, acompanhamento e prevenção de recorrências dos casos, buscando discutir aspectos que permeavam o atendimento hospitalar dos casos identificados. Os autores descrevem que nos atendimentos médico e social *“é possível aos profissionais oferecer uma resposta imediata às necessidades concretas da família”* (p. 127), enquanto que

“o atendimento psicológico, embora indispensável à condução da quase totalidade dos casos, não oferece resposta imediata às necessidades concretas da família. Além disso, o atendimento psicológico exige engajamento mais direto, comparecimento semanal e participação ativa dos responsáveis na resolução das dificuldades familiares. Por essas razões, ele tem sido realizado de forma mais irregular, e com menor grau de adesão” (Ferreira et al, 1999, p. 128).

Quanto às possibilidades de intervenções diante de situações de maus-tratos, Jourdan-Ionescu e Palacio-Quintin (1997) colocam que, na França, a forma de intervenção mais freqüente é a colocação da criança em uma família de

acolhimento, sendo que diversas vezes a criança passa de uma família de acolhimento para outra e as seqüelas dessa situação se mostram tão grandes quanto aquelas advindas da situação de maus-tratos originais. Colocam ainda que os programas que visam uma intervenção direta em relação à criança para estimular seu desenvolvimento ou como uma terapia específica são raros. As autoras apontam para a necessidade de desenvolvimento de programas de intervenção que considere o todo no qual a família se encontra inserida, em todas as suas dimensões: sociais, instrumentais, afetivas, educativas, dentre outras. Estas autoras propõem, então, um programa que combina diferentes tipos de intervenção, dentre as quais encontram-se a terapia de grupo para os pais, a aprendizagem de habilidades parentais em grupo, o estímulo do desenvolvimento das crianças e o reforço da utilização dos recursos existentes no meio social.

Em relação às possibilidades de intervenções de cunho psicológico prestado na área dos maus-tratos infantis, D’Affonseca e Williams (2003), que conduziram um estudo objetivando analisar a eficácia de um grupo psicoterapêutico com crianças que haviam passado por situações de maus-tratos ou que estivesse em uma situação de risco de sofrê-los, observaram que o grupo psicoterapêutico mostrou-se útil na diminuição dos índices de depressão, pontuando que o fato da criança encontrar um espaço acolhedor onde pudessem expressar suas experiências e sentimentos, contribuiu para que se sentissem mais autoconfiantes e habilitadas a lidar com situações adversas.

Pinto Junior (2001) relata a intervenção realizada em um caso de duas irmãs abusadas sexualmente, colocadas em uma família substituta. A família recebeu orientações e um suporte psicossocial, além das professoras terem sido estimuladas a participar do processo através de um estímulo à auto-estima e

desenvolvimento das potencialidades cognitivas e intelectuais das mesmas, estabelecendo um contato afetivo e próximo com as crianças. O papel do psicólogo na psicoterapia das meninas se configurou em trabalhar os medos, angústias e dificuldades das mesmas, de forma que, através do processo psicoterapêutico os níveis de ansiedade, depressão e angústia foram diminuídos e uma maior possibilidade de enfrentamento de adversidades e conflitos interpessoais foi observada.

Ferrari (2002b) apresenta a proposta da equipe do Centro de Referência às Vítimas da Violência do Instituto Sedes Sapientiae, no município de São Paulo, no caso de crianças que se encontrem em seus lares, sendo que a mesma engloba: psicoterapia de família, com o propósito de promover mudanças nas relações familiares; psicoterapia individual, que objetiva a expressão e elaboração dos sentimentos, possibilitando a superação e elaboração das vivências de maus-tratos; de grupo, buscando proporcionar um ambiente seguro de discussão e introjeção de novo modelo relacional e de papel adulto; de pais, objetivando numa sensibilização dos responsáveis sobre seu papel na família; de casais, favorecendo a percepção acerca dos papéis familiares e das pessoas que agrediram, instrumentalizando o cliente a perceber a realidade a partir de um novo olhar. A autora assinala que a visão interdisciplinar configura-se como de fundamental importância no trabalho na área, planejando uma intervenção que se estenda desde aquele que sofreu os maus-tratos até a comunidade em que o mesmo está inserido.

Já no atendimento psicológico realizado em um abrigo, Rotondaro (2002) percebeu que muitas crianças apresentavam demora no estabelecimento de um vínculo, visto que o mesmo se configurava como algo ameaçador, observando a necessidade de respeito ao ritmo característico de cada criança. As demandas

pelos atendimentos ocorriam devido ao comportamento no lar e na escola, além da presença de problemas de aprendizagem, sendo que a psicóloga, através dos atendimentos realizados, proporcionava um espaço de interlocução para aqueles que estivessem em sofrimento. A autora notou que as crianças buscavam na figura da terapeuta um objeto acolhedor, que fosse sensível e percebesse seus medos e necessidades, considerando a experiência de brincar oferecida como fornecedora de um espaço para individualidade e criatividade, reconstruindo a confiança que os participantes tinham em si mesmos e nos outros.

Também em um abrigo é que se deram as intervenções propostas por Seguin e Daffre (2003), que, levando em consideração a importância de uma maternagem “suficientemente boa” no início da vida de uma pessoa, através de cuidados contínuos, previsíveis e que atendessem às necessidades do bebê, realizaram uma intervenção junto às cuidadoras dessas crianças, buscando sensibilizá-las para questões específicas da primeira infância. O espaço do grupo com as cuidadoras tornou-se um espaço onde as mesmas podiam se colocar, de forma protegida, abordando os temas do abandono, dos maus-tratos e falando a respeito de seus medos, observando-se que, através do mesmo, essas cuidadoras passaram a poder se organizar melhor em suas funções de cuidados no cotidiano das crianças, promovendo a saúde mental do bebê.

Lamanno-Adamo (1999), a partir de uma visão psicanalítica aponta que durante o desenvolvimento a criança vai gradativamente separando a realidade externa da realidade interna, sendo que muita dessa separação se dá através da brincadeira. A autora ressalta a importância do objeto externo poder acolher as fantasias da criança, decifrando-as, nomeando-as e devolvendo-as para a criança de forma menos nociva, propiciando assim o desenvolvimento das funções

mentais no interior do indivíduo. No caso dos maus-tratos, a dinâmica familiar pode se tornar uma réplica das fantasias inconscientes e dessa forma, o desenvolvimento do plano dos significados fica impedido, fazendo com que o nível simbólico não seja alcançado. A experiência emocional passa a não poder ser pensada e a não poder evoluir, dada a impossibilidade dos significados alcançarem sua representação em símbolos e, ao profissional que trabalhe com essa população cabe o papel de realizar as tarefas desse objeto externo à criança, fazendo com que suas experiências possam ser evoluídas e pensadas, ao invés de encenadas e atuadas.

Segundo Alvarez (1994), no processo psicoterapêutico de um indivíduo que sofreu algum tipo de abuso, tem-se um processo de aprendizagem de aceitação do ocorrido que *“é complexo, longo, nem sempre visível e com certeza não necessariamente verbalizado”* (p. 161), apontando que muitas vezes é necessário, para a criança, esquecer o trauma para então ser capaz de lembrar. A mesma precisaria, através de condições toleráveis e seguras, começar a se lembrar, e, ao mesmo tempo, esquecer um pouco e construir em sua personalidade um aspecto não-abusado. A autora observa que cada fato da experiência de abuso talvez tenha que ser trabalhado isoladamente, de forma que a criança reúna pedaços de si mesma para então poder compreender o ocorrido, sendo papel do terapeuta a facilitação da construção desse equipamento mental capaz de refletir sobre a experiência. Não seria possível, segundo a autora, *“costurar cirurgicamente”* os fragmentos da mente, mas sim deixar que eles voltem a se desenvolver novamente, sendo que a autora traz que atualmente haveria *“uma compreensão muito maior de que a criança talvez precise ter aquela experiência*

contida por uma outra pessoa que possa suportá-la melhor do que ela mesma” (Alvarez, 1994, p. 165).

Sussuman (2000) percebeu no atendimento de uma menina abusada sexualmente adotada por uma nova família que a continência para os estados mentais experimentados foi fundamental na elaboração de sentimentos ambivalentes referentes às figuras afetivas, sendo a paciente capaz de introjetar uma terapeuta pensante e atenta. Assim, de um momento inicial onde se manifestava uma desintegração emocional capaz de despertar um terror à separação e uma sensação de cair em pedaços, sem um objeto interno que pudesse mantê-la coesa, a paciente passou para um estado onde pôde *“internalizar a continência de um casal parental pensante, que cuidava, que podia levá-la para longe de seu mundo interno sombrio, povoado de sadismo e de fantasias violentas de abusar e ser abusada”* (Sussuman, 2000, p. 65).

Para Junqueira (2002) é essencial que durante o tratamento psicológico de uma criança que sofreu abuso sexual construam-se identidades diferentes daquela de alguém abusado sexualmente, acreditando que o analista deve seguir o ritmo imposto por seu analisando de maneira que a invasão anteriormente vivenciada não seja repetida na situação analítica. Assim, muitas vezes é necessário distinguir os momentos em que a pessoa busca esquecer o acontecido como uma forma de fugir do mesmo, dos momentos em que o faz para superar a questão, sendo que, no segundo caso, o analista deve dar atenção a essa parte da personalidade que tenta esquecer o abuso sofrido. Quando o analista se disponibiliza para *“viver com”* o seu analisando, fornece a possibilidade de redescritção de sua própria história, auxiliando-o a significar e simbolizar o trauma e a vivenciar outras

situações, desta vez mais estruturantes e não devastadoras e destruidoras como anteriormente experienciado.

Por fim, Magalhães (2003) aponta para a importância do paciente viver experiências inéditas e significativas durante o atendimento psicológico, além da necessidade do terapeuta existir como pessoa real para seu paciente. Percebeu que o estabelecimento de limites concretos no atendimento de uma menina que havia sofrido abuso sexual “*funcionavam como sustentadores, fornecendo experiência de holding*” (p. 124), observando que as interpretações, quando a elaboração das mesmas era possível, e o compartilhar de experiência possibilitaram a continuidade de constituição do *self* dessa paciente atendida.

2. JUSTIFICATIVA

Cicchetti e Toth (1995) observam que embora haja uma quantidade significativa de pesquisas conduzidas acerca da etiologia e seqüelas dos maus-tratos infantis, ainda não foi estabelecida uma base sólida de informações que possam contribuir para a formulação de políticas públicas efetivas e intervenções frutíferas no que concerne a prevenção e o tratamento daqueles implicados nos maus-tratos infantis.

Além disso, como foi anteriormente assinalado, a criança, para um desenvolvimento normal, necessita de um ambiente acolhedor e sustentador de seu processo de integração. Os maus-tratos se configurariam como invasões nesse processo, visto que não se constituem como as atitudes ideais, esperadas, constituindo-se então como falhas ambientais. Quanto mais cedo na vida da criança os maus-tratos ocorrem, maiores e mais severas podem ser as conseqüências na vida posterior da criança.

O tratamento de crianças que sofreram maus-tratos torna-se essencial para um bom desenvolvimento das mesmas. A pesquisa na área dos maus-tratos se relaciona mais especificamente à epidemiologia, etiologia e conseqüências, sendo que menos atenção é dada às formas de tratamento empregadas, principalmente ao tratamento de outros tipos que maus-tratos que não o abuso sexual. Como visto anteriormente, maior atenção é dada às descrições de atendimentos psicológicos realizados nos casos de abuso sexual, com poucos relatos de intervenções psicológicas realizadas em casos que envolvessem outras formas de maus-tratos infantis.

Para Outeiral (1996), dentre as possíveis linhas de pesquisa na perspectiva clínica winnicottiana, uma área de interesse se constituiria na pesquisa acerca das abordagens sobre a psicanálise de pacientes com falhas ambientais nas primeiras etapas do desenvolvimento e pode-se pensar que crianças que sofreram maus-tratos encaixam-se nessa possível linha de pesquisa.

Dessa forma, o presente trabalho, por buscar fazer uma relação, através de recortes das sessões de atendimento ludoterápico, entre prática clínica e aspectos do desenvolvimento emocional, a partir de uma perspectiva winnicotina do mesmo, de uma criança abrigada em uma instituição para crianças e adolescentes que passaram por situações de maus-tratos, justifica-se como uma forma de ilustrar um tipo de atendimento psicológico proposto para esse tipo de população. Tal como Outeiral (1996) propõe, tem-se uma pesquisa relacionada a uma abordagem específica, visto que o atendimento se dava na própria casa abrigo onde a criança habitava e, assim, não se encaixava nos padrões usuais de *setting*, sobre a psicanálise exercida com um paciente que vivenciou falhas ambientais em seu processo de desenvolvimento.

Pensa-se que a exploração atenta e detalhada do material vivenciado pela dupla durante o processo psicoterapêutico pode ter o papel de auxiliar na discussão das possíveis estratégias empregadas com essa população que passa por situações de maus-tratos ao ilustrar as dificuldades, possibilidades e riquezas encontradas durante o atendimento na instituição.

3. OBJETIVOS E MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa em psicanálise, já que se propõe uma articulação entre aspectos teóricos e a prática clínica, relacionando, assim, os conceitos acerca do desenvolvimento emocional a partir de uma perspectiva winnicottiana com aspectos observados em trechos de sessões de uma ludoterapia de orientação psicanalítica conduzida com uma criança abusada fisicamente.

Sabe-se que crianças que passam por situações de maus-tratos apresentam certas conseqüências oriundas dessa situação de vida, conseqüências essas que podem afetar tanto o desenvolvimento físico quanto psíquico das mesmas. A ludoterapia com essa população teria como objetivo uma superação e elaboração das seqüelas advindas dos maus-tratos sofridos, buscando o desenvolvimento saudável da personalidade desses indivíduos.

Dessa maneira, no presente estudo, realizou-se uma ludoterapia de orientação psicanalítica com uma criança, do sexo masculino, que contava, no início do processo, com três anos e nove meses de idade e estava abrigada em uma instituição para crianças que tivessem passado por situações de maus-tratos em seus lares, localizada em um município do interior do estado de São Paulo.

Foram realizadas, na própria instituição onde a criança estava abrigada, 106 sessões de ludoterapia de orientação psicanalítica com essa criança, com uma freqüência de três vezes por semana. No presente momento, objetiva-se, a partir de recortes das situações de atendimento ludoterápico, compreender como se deu processo de desenvolvimento emocional da mesma, relacionando as situações

apresentadas pela criança à teoria de Winnicott acerca desse desenvolvimento emocional.

3. 1. Pesquisa Qualitativa

Em relação à pesquisa qualitativa, Eizirik (2003) aponta que a mesma inserir-se-ia em um paradigma de ciência que aceitaria a existência de realidades múltiplas, sem o intuito de verificação de hipóteses previamente construídas, de generalização de resultados ou buscando uma relação causal entre eventos. Não haveria uma busca da verdade, predominando a lógica da descoberta e não uma lógica da verificação, sendo que, para a autora:

“Como qualquer atividade humana, a pesquisa qualitativa é um exercício e uma experiência que adquire tanto mais significado quanto maior for a dedicação e o cultivo de seus aportes, tanto para a produção de conhecimento que leva em conta as relações intersubjetivas, como para o aprofundamento de aspectos do mundo real que necessitam de um mergulho intensivo, mais que um olhar extensivo” (Eizirik, 2003, p. 29).

Para Martins e Bicudo (1989), quando se aborda a questão acerca do tipo de pesquisa realizado, faz-se necessário diferenciar os significados de *fato* e *fenômeno*, visto que a pesquisa de cunho quantitativo trabalharia com fatos, enquanto que aquela de cunho qualitativo trabalharia com fenômenos.

Segundo os autores, fato seria considerado como *“tudo aquilo que pode se tornar objetivo e rigorosamente estudado enquanto objeto da Ciência”* (Martins e Bicudo, 1989, p. 21), enquanto que fenômeno relacionar-se-ia com algo que

poderia se tornar manifesto, mostrando-se a si mesmo, podendo ser trazido à luz. Este poderia se manifestar de diversas maneiras, conforme o acesso que se tem ao mesmo, podendo-se mostrar, então, apenas enquanto situados, ou seja, relacionados à situação em que aparecem.

No caso do presente estudo, pode-se considerar que o desenvolvimento emocional só se mostraria numa situação onde alguém passa por esse desenvolvimento, sendo que a forma de ter acesso ao mesmo seria através de um acompanhamento contínuo do ser humano em desenvolvimento, descrevendo-se o que se observa através desse acompanhamento.

Para Triviños (1987), na pesquisa qualitativa não haveria uma divisão rígida das etapas de pesquisa como é o caso da pesquisa quantitativa, que segue os passos de escolha do problema, delimitação e justificativa do mesmo, realização de revisão sistemática da literatura, levantamento de hipóteses, definição operacional das variáveis, coleta dos dados e, por fim, análise dos mesmos, de forma a dar objetividade e valor científico dos resultados.

Segundo o autor, no caso da pesquisa qualitativa, as hipóteses iniciais poderiam ser deixadas de lado no decorrer do processo de coleta de dados, já que os mesmos poderiam indicar novos caminhos. Além disso, a necessidade da teoria mostrar-se-ia no decorrer do processo de desenvolvimento do estudo, face às interrogativas apresentadas. A amostra seria decidida intencionalmente, considerando-se uma série de condições, não havendo preocupação na quantificação da mesma. Haveria, também, uma maior liberdade teórico-metodológica, desde que o trabalho científico apresentasse uma estrutura coerente e consistente (Triviños, 1987).

Segundo Pádua (2002), a pesquisa qualitativa se preocuparia com os significados dos fenômenos e dos processos sociais, ou seja, com aspectos não passíveis de mensuração e controle, sendo que, para Martins e Bicudo (1989), a mesma preocupar-se-ia com a compreensão particular do fenômeno estudado, centrando-se naquilo que é específico, peculiar, individual, despreocupando-se com generalizações, princípios e leis, sendo além disso, de natureza, concomitantemente, teórica e prática.

3. 2. Pesquisa em Psicanálise

Segundo Silva (1993), a partir de Freud e da psicanálise, há uma mudança na metodologia de pesquisa, que adotava o modelo positivista de sujeito-objeto, sendo substituída pela relação sujeito-sujeito, permeada, então, pela intersubjetividade. Esse fato não retiraria o caráter de ciência, já que a intersubjetividade se configuraria realmente como uma condição “natural” em que os fenômenos ocorrem, sendo que:

“um conhecimento totalmente objetivo, quer dizer, que não leve em conta as condições humanas de conhecimento e que releve, portanto, qualquer subjetividade, mesmo no caso de ser possível, seria totalmente inútil, uma vez que incompatível com a natureza do aparelho psíquico” (Silva, 1993, p. 17).

Haveria, então, uma renúncia da busca da Verdade, substituindo-se pela construção de hipóteses e teorias conscientes das possíveis distorções impressas pelo aparelho mental à percepção.

Segundo Safra (1993), seria impossível captar e registrar todos os fenômenos entre analista e analisando, havendo uma dimensão infinita no encontro, que aparelhos de registro não conseguiriam abranger. O sujeito participa do fenômeno que observa, sendo necessário considerar que o uso de material clínico em pesquisa configura-se em um recorte, dado a partir do ponto de vista do pesquisador.

Ainda segundo Safra (1993), cada pessoa teria seu psiquismo estruturado de forma original, havendo, assim, a cada atendimento, uma renovação da psicanálise e esta apreensão de novos elementos poderia levar ao enriquecimento dos modelos em psicanálise e a uma expansão do conhecimento psicanalítico.

Para Mezan (1993), o trabalho de pesquisa em psicanálise partiria do singular, buscando apreender as determinações dessa singularidade e extrair da mesma sua dimensão universal. Assim, para o autor, a teoria se aplicaria em dois momentos diferentes, primeiramente na sessão analítica, onde funcionaria como *“a estrela polar para o navegante: fornece coordenadas para o percurso, permite alguma idéia do rumo a tomar, mas não é o alvo que se quer atingir”* (Mezan, 1993, p. 58) e posteriormente durante o processo de reflexão a respeito do ocorrido, quando buscaria vincular a singularidade do ocorrido à universalidade dos conceitos.

Para Mezan (1993), a psicanálise buscaria, além de elucidar seu objeto de pesquisa, transformá-lo ou propiciar condições para que mesmo se transforme a partir do auxílio do psicanalista, já que não se trataria apenas de uma reflexão individual e sim de uma atividade a dois, tendo tanto o caráter de ciência, dado a

cumulatividade e comunicabilidade dos conceitos, quanto de arte e ourivesaria, no que se referiria ao fazer psicanalítico, à prática terapêutica.

Todo analista faria, segundo Winnicott (1965), pesquisa, mesmo que essa não fosse planejada enquanto tal, dado que o mesmo deveria seguir as necessidades e objetivos da pessoa em análise, que poderiam se modificar. Mas, o analista poderia voltar ao acontecido, relacionando-o com a teoria e modificando-a de modo apropriado.

No trabalho universitário, recorrer-se-ia à teoria de forma diferente do que se faria no consultório, já que haveria uma busca por fundamentar, justificar e contextualizar as afirmações, objetivando-se o rigor intelectual, sendo que sua validade se daria através da coerência dos argumentos, fecundidade das hipóteses e percepção do autor. Segundo Mezan (2001), dada a regularidade da vida psíquica de cada pessoa e o fato dos processos psíquicos serem essencialmente os mesmos nos seres humanos, os conhecimentos não seriam obtidos de forma arbitrária, apesar da impossibilidade de reprodução precisa da matéria-prima a partir da qual são obtidos.

Para Silva (1996), na pesquisa psicanalítica a revisão bibliográfica prévia deveria ser a mais sumária possível, devendo o pesquisador sair a campo, colhendo os dados, sem hipóteses a serem testadas ou objetos bem definidos, aguardando pacientemente que o significado emergisse para, então, entrar em contato com as idéias anteriores confrontando os dados de sua pesquisa. Seria dessa forma que se chegaria a uma verdadeira contribuição e não à comprovação de teorias apriorísticas, aprendendo-se o que já se sabia, sendo que, para Winnicott (1961), a seqüência do método científico poderia ser vista como a

instituição de expectativas, seguida pela aceitação de provas, podendo estas serem relativas, resultando em novas questões que emergiriam de um fracasso parcial, baseando-se o trabalho do cientista nesta constante formulação de questões.

4. ASPECTOS ÉTICOS

A resolução nº. 016/2000, de 20 de Dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos, dispõe sobre itens como o risco da pesquisa, consentimento informado, sigilo das informações, dentre outros assuntos.

Quanto ao aspectos éticos do presente projeto, cabe considerar que: todo material foi coletado com fins de prática (supervisão) da psicóloga em formação; que o sujeito da pesquisa, que está com seis anos de idade, era uma criança que havia sofrido abuso físico por sua mãe e encontrava-se abrigado em uma instituição para crianças que haviam vivenciado situações de maus-tratos; além disso, estava em psicoterapia com uma nova terapeuta.

Quanto ao risco da pesquisa, apesar de se tratar de uma criança que passou por situação de maus-tratos, pode-se dizer que se tratou de uma pesquisa de risco mínimo, já que se propôs à reanálise das transcrições das sessões de atendimento. O atendimento era realizado pela psicoterapeuta, previamente selecionada, sob constante supervisão de uma profissional experiente e qualificada para tanto. Assim, os procedimentos não sujeitaram o paciente a um risco maior do que o encontrado em outras situações de atendimento psicológico.

Quanto ao consentimento informado em relação à pesquisa, que se tratou da reanálise de um material já coletado e analisado em supervisões, teve-se um sujeito que não dispunha de plena capacidade legal, cognitiva e emocional, devido a sua idade (seis anos), para entender os objetivos e conseqüências da pesquisa, tendo, além disso, pais que abusaram fisicamente do mesmo. Assim, propôs-se

que fosse requisitado o consentimento informado para a instituição atualmente cuidadora da criança, já que a mesma se configura como atual guardiã legal do sujeito. Além disso, tendo em vista que a criança não dispunha de plenas condições cognitivas e emocionais para compreensão dos objetivos e conseqüências da pesquisa, que teria sua identidade totalmente preservada e que se encontrava em processo psicoterapêutico com outra terapeuta e assim, interferências externas poderiam ser prejudiciais a seu processo psicoterapêutico, propôs-se que o consentimento fosse dado apenas pela instituição cuidadora do sujeito. Assim, como já foi citado, o sujeito teve sua identidade totalmente preservada, não tendo os dados de sessão sido utilizados para outros fins que não o deste projeto de pesquisa.

Visto que a pesquisadora inserir-se-ia em um programa de pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, o presente trabalho, junto às suas questões éticas, foi apresentado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do citado instituto.

5. RESULTADOS

5.1. LUDOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA

Iniciou-se, em 1997, um trabalho de “Ludoterapia de orientação psicanalítica com crianças vitimizadas”, cuja finalidade era o incentivo ao desenvolvimento de psicoterapeutas habilitados a atenderem crianças que haviam passado por situações de maus-tratos criando-se uma oportunidade de treino específico para os interessados e preocupando-se com a situação da população alvo habitante de um município do interior do estado de São Paulo. Firmou-se um convênio entre a faculdade e a prefeitura do município, de maneira que as crianças que eram atendidas pelos psicoterapeutas eram crianças que haviam sido retiradas do lar e os atendimentos eram realizados na própria casa abrigo onde a criança habitava.

Os psicoterapeutas, que podiam tanto ser profissionais formados quanto alunos dos últimos anos do curso de Psicologia daquela faculdade, passavam por um processo de seleção e eram orientados para um atendimento, com frequência de três vezes na semana, de acordo com a técnica ludoterápica de orientação psicanalítica. Além da supervisão semanal, os psicoterapeutas contavam com o apoio de uma reunião teórica semanal, onde eram discutidos os principais temas psicanalíticos, com apoio de bibliografia pertinente (Mayor, 1998).

O trabalho buscava considerar a criança como um todo e não apenas o evento traumático, diferenciando-se de outros tipos de trabalhos psicoterapêuticos mais focados na questão dos maus-tratos sofridos. Tendo-se em vista que os responsáveis pelos maus-tratos eram pessoas que muitas vezes haviam eles próprios passado situações de maus-tratos durante a infância, visava-se, através

dos atendimentos e da possibilidade de elaboração do trauma vivenciado, uma interrupção nesse ciclo de violência.

Mayor (1998) relata que no decorrer do trabalho foram surgindo dificuldades que poderiam ser agrupadas em: dificuldades relacionadas às ansiedades do aprendizado dos psicoterapeutas, relacionadas à realidade da problemática das crianças tratadas e relacionadas às limitações da instituição, sendo que a preocupação dos coordenadores do trabalho de ludoterapia se detinha nos dois primeiros itens. Entendia-se que a função da teoria seria de, através das observações advindas da clínica, organizar o conhecimento, libertando-se do papel de alguém que procura culpados e buscando criar condições favoráveis ao desenvolvimento emocional do paciente.

No decorrer do tempo, pequenas alterações foram feitas, dentre elas o aumento no número de psicoterapeutas selecionados e profissionais envolvidos na supervisão dos casos. Além disso, propôs-se que os psicoterapeutas atendessem mais de um caso, de forma a se poder comparar as experiências que cada caso proporcionava. Passou-se também a oferecer atendimento aos familiares, caso fosse do interesse dos mesmos, de maneira a se realizar uma intervenção mais integrada e com maiores chances de sucesso no que concerne à reintegração da criança à família biológica ou numa adaptação da criança a uma nova família, e a família a ela, quando era o caso de uma adoção.

Em relação à indicação dos casos para o atendimento psicoterápico, a mesma era realizada pelos próprios funcionários da instituição, que selecionavam, dentre as crianças e adolescentes abrigados, aqueles que consideravam que mais se beneficiariam do trabalho. Em reuniões com os psicoterapeutas, os

coordenadores expunham os dados gerais de cada criança, tais como idade, motivo pelo qual estava abrigado e melhor horário para atendimento, levando-se em conta o período em que a criança freqüentava a escola, e cada psicoterapeuta escolhia o caso com o qual mais se identificava. Também era oferecida ao paciente uma possibilidade de escolha, podendo o mesmo negar o atendimento ou preferir outro psicoterapeuta, sendo realizada uma troca, caso houvesse possibilidade.

5.2. O SUJEITO

O sujeito com quem a ludoterapia de orientação psicanalítica descrita no trabalho foi realizada era um menino, que havia vivenciado situações de maus-tratos, principalmente abuso físico, por parte de sua mãe e que, no início do atendimento psicológico, contava com três anos e nove meses de idade. Ele tinha um irmão, filho de mesmo pai e mesma mãe, dois anos mais velho, que começou a ser atendido em ludoterapia poucos meses antes dele. Ambos estavam abrigados na mesma instituição. O sujeito tinha também dois outros irmãos menores, por parte apenas de mãe, que se encontrava com um novo companheiro. Um deles estava morando em outro abrigo, havendo possibilidades de ser adotado por uma família. O outro irmão, nascido durante o período em que o sujeito estava abrigado na instituição e sendo atendido psicologicamente, foi retirado do lar materno de forma preventiva, em decorrência de seu histórico de agressões e uso de álcool que a mãe apresentava.

A família havia morado em uma cidade próxima à qual eles se encontravam na época, sendo que a mãe das crianças havia saído da antiga cidade em decorrência das denúncias de maus-tratos e do processo acerca dos mesmos aberto no fórum local. Entretanto, ao chegar na nova cidade, devido à continuidade dos maus-tratos, a mãe foi novamente denunciada.

O primeiro abrigamento de seus filhos ocorreu quando o filho mais velho foi fortemente agredido fisicamente pela mãe e pelo padrasto, tendo que ficar internado no hospital local. O período inicial de abrigamento foi de aproximadamente um ano e meio, sendo que as crianças saíram em período próximo ao final do ano, após seqüência de visitas ao lar materno.

Em visitas ao lar após o desabrigamento a assistente social responsável relatou que o irmão mais velho havia se adaptado bem. Entretanto, seu irmão, o sujeito aqui apresentado, chorava constantemente, sendo que sua mãe havia se mostrado preocupada com o comportamento por ele apresentado e orientada a ter paciência em seu tratamento, dando-lhe atenção e carinho. Grande desorganização e condições precárias de moradia foram observadas pela assistente social.

Posteriormente, o sujeito parou de frequentar a escola maternal, sendo que a mãe havia dado a justificativa de que o mesmo estava com anemia. Assim, o mesmo permanecia o dia todo em seu quarto, já que a mãe tinha medo que o mesmo saísse e se machucasse em uma fossa existente no local.

A escola suspeitava que a mãe estivesse abusando fisicamente da criança, sendo que quando a assistente social entrou em contato com a família observou uma cicatriz no sujeito, justificada pela mãe como sendo decorrente de uma queda de bicicleta, negando ter agredido de qualquer forma qualquer um dos filhos, apesar de achá-los desobedientes.

Assim, quatro meses após o desabrigamento os dois irmãos, mais o irmão mais novo, que contava com dez meses de idade, foram novamente abrigados devido a denúncias de agressão física da mãe em relação ao menino aqui apresentado, que apresentava marcas no rosto e um hematoma no olho direito. Foram constatadas negligência e agressão física por parte dos responsáveis em relação às três crianças presentes na casa. O quarto filho dessa mãe nasceu aproximadamente dois meses após o reabrigamento das outras crianças. O sujeito relatou que a mãe havia lhe batido e seu irmão testemunhou que a mãe e o

padrasto havia agredido seu irmão devido ao fato do mesmo ter feito “muita bagunça”.

Em relatório de gravidade de risco das crianças sofrerem maus-tratos, realizado junto à família, foram detectados diversos indícios tais como isolamento/mudanças freqüentes, uso de métodos inadequados de educar, uso de álcool, parceiro atual não se configurava como pai biológico das crianças, pobreza/desemprego, além de outros indícios.

Dentre os quatro filhos, o segundo mais novo, foi colocado em família substituta sem concordância da mãe, estando em processo de adoção. As outras crianças continuam abrigadas e aguardando resposta ao pedido de destituição do poder familiar, apresentada pelo conselho tutelar responsável pelo caso das mesmas. A mãe fez pedido de autorização para visitas no abrigo, justificando que não pôde visitá-las por um longo período devido ao fato de não poder se ausentar de seu emprego. A mesma mostra desejo de tê-los de volta ao seu convívio, sendo que a sua mãe, ou seja, a avó das crianças, já havia apresentado um pedido de guarda das mesmas. Nos períodos de visita da mãe, o sujeito aqui apresentado recusava-se vê-la e ter contato com ela, sendo registrado pela instituição que a mãe não havia se importado com esse fato.

5.3. A LUDOTERAPIA

O trabalho de ludoterapia de orientação psicanalítica se iniciou no final de Novembro de 2001, com duração de uma vez por semana, devido à aproximação do período de férias, que seriam de duas semanas. Foram realizadas quatro sessões neste período, planejando-se a retomada do atendimento para o início de Janeiro do ano seguinte. Entretanto, a criança foi desabrigada, retornando ao lar materno. Diante deste novo contexto, o atendimento psicológico passaria a ser realizado na escola que o sujeito fosse freqüentar, retornando, dessa forma, assim que se iniciassem as aulas. Para o trabalho de ludoterapia de orientação psicanalítica era firmado um acordo com as escolas freqüentadas pelos pacientes, que acabavam por ceder um espaço onde eram realizadas as sessões de ludoterapia, sendo que se buscava adequar o horário de atendimento psicológico às outras atividades escolares e, assim, o mesmo era muitas vezes realizado antes ou após as aulas. Tinha-se o objetivo de não atrapalhar o andamento das atividades escolares, nem expor ainda mais a criança ao retirá-la da sala de aula.

Foram feitos, em Fevereiro de 2002, contatos com a escola que ele freqüentaria e acertado os detalhes em relação à disponibilidade de sala e melhores horários para o atendimento da criança. No dia que se tentou reiniciar o atendimento, o paciente não quis ir para a sala que havia sido preparada para a sessão, preferindo permanecer em sua sala da aula. Foi-lhe perguntado se permitia que a psicoterapeuta ficasse ao seu lado e como o sujeito não demonstrou resistência em relação à sua presença, a mesma permaneceu na sala de aula, tentando estabelecer algum tipo de comunicação com o sujeito. Após esse primeiro contato, teve-se o feriado de Carnaval, período em que a escola permaneceria

fechada e, após o mesmo, a criança começou a faltar na escola, algo que impossibilitava o atendimento, sendo que quando comparecia, apresentava-se sujo e com marcas, segundo relatos da escola.

Buscou-se então comunicar a assistente social da instituição em que ele estava anteriormente abrigado, responsável pelo caso naquela época, contato este que foi bem difícil de se realizar. Quando este ocorreu, a profissional explicou que o atual responsável pelo caso era o Conselho Tutelar e que deveria entrar em contato com a assistente social daquele serviço. Foi, então, realizado um contato com os profissionais daquele serviço, sendo que, assim que foram contactados, agendaram uma visita à casa da família, para verificar a situação em que se encontravam as crianças. Entretanto, um dia antes da realização desta visita, a criança foi reabrigada, devido a um novo episódio de forte agressão física, que foi denunciado junto ao disque-criança.

A partir do reabrigamento da criança, no mês de Abril, foi possível retomar o atendimento, tendo então, o mesmo a frequência de sessões usuais do trabalho proposto de ludoterapia de orientação psicanalítica, ou seja, de três vezes por semana. Novas interrupções só ocorreram devido a férias, nos meses de Julho de 2002 e entre Dezembro de 2002 e Janeiro de 2003, sendo que a criança era sempre avisada com antecedência para que conteúdos relacionados ao afastamento pudessem ser trabalhados nas sessões. Quanto à interrupção final do trabalho, a criança foi avisada um mês antes, tendo sido avisada também que uma outra psicoterapeuta assumiria seu caso, sendo-lhe sempre explicado quantos dias faltavam para o término do trabalho.

Quanto ao atendimento psicológico, inicialmente era muito difícil compreender o que o pequeno paciente falava, dado a sua idade e um certo atraso em seu desenvolvimento. Além disso, fisicamente apresentava-se menor que outras crianças de sua idade. Demorou bastante tempo para se interessar e aprender o nome de sua psicoterapeuta e às vezes não parecia saber se localizar, falando do abrigo como se não estivesse nele naquele momento. Tendo em vista o atraso geral no desenvolvimento do paciente, era-lhe sempre explicado de maneira simples quando haveria outra sessão, tentando fazê-lo compreender, em linguagem próxima ao seu dia-a-dia, o número de dias teria que esperar até o próximo encontro: *“Você dorme um dia, dorme dois, no outro é o dia que a gente vai se ver”*.

Como o atendimento era realizado na própria casa abrigo e como o paciente era uma criança pequena, que tinha que ser buscada nos horários das sessões, não sendo possível combinar com a mesma um horário e local na instituição para nos encontrarmos, buscava-se sempre respeitar seus desejos em relação à não realização do atendimento. Diferentemente de um atendimento em consultório particular, o paciente não tinha a chance de escolher faltar em sua sessão. Dessa forma, caso ele se manifestasse, demonstrando não querer ir à sala para realização da sessão naquele dia, esse desejo era respeitado, frisando-se que a psicoterapeuta estaria lá na sessão seguinte. Além disso, caso quisesse sair antes do término do horário, como ocorria em momentos em que ouvia ou via as outras crianças se dirigindo para o refeitório para jantar, isso também era respeitado, sendo-lhe dito que estaria ali até o final do horário, caso quisesse retornar para o atendimento naquele dia.

Em relação à instituição, pode-se dizer que não havia um local especial para a realização dos atendimentos. Havia uma sala a princípio reservada para os atendimentos de Psicologia, mas nem sempre a mesma estava disponível, já que eram vários os psicoterapeutas que participavam do trabalho de ludoterapia, realizando os atendimentos na instituição, e também porque, após algum tempo, a instituição passou a contar com o apoio de um psicólogo vinculado a um projeto governamental de atendimento a crianças que haviam sofrido maus-tratos. Assim, a cada dia os funcionários designavam a sala disponível naquele dia e momento, podendo ela dispor de mais ou menos espaço ou conter objetos que a criança não pudesse mexer, tais como telefone, mesas com documentos, tesouras, grampeadores e outros materiais de escritório. Devido a isso, em vários momentos se fazia necessário a colocação de um limite em relação à possibilidade de manuseio dos objetos da sala, de forma a proteger a criança e também evitar danos em materiais que pertenciam à instituição.

A possibilidade de a criança ter contato com objetos que não apenas aqueles de sua caixa nem sempre se mostrava como negativa, visto que, em alguns momentos, objetos que eram da instituição e estavam à disposição na sala, como alguns tipos de brinquedos, auxiliaram na percepção de certos interesses do paciente, tornando-se possível o acréscimo dos mesmos à caixa lúdica, acréscimos estes que se mostraram ricos, auxiliando no desenvolvimento do trabalho.

5.4. UMA LUDOTERAPIA SUFICIENTEMENTE BOA

Os maus-tratos podem trazer diversas conseqüências para o desenvolvimento de uma pessoa que o vivencia e o sujeito retratado neste trabalho apresentava algumas das conseqüências anteriormente citadas. A ludoterapia teria, assim, a função de proporcionar um espaço de sustentação (Abram, 2000), onde o paciente poderia trazer suas angústias e elaborá-las através do estabelecimento de uma relação suficientemente boa, talvez não vivenciada até então, podendo caminhar rumo a uma maior integração e desenvolvimento.

A seguir serão ilustrados alguns movimentos apresentados pelo paciente durante o atendimento psicológico prestado através do trabalho de ludoterapia de orientação psicanalítica, sendo os mesmos mais amplamente discutidos e relacionados a aspectos teóricos no próximo capítulo.

5.4.1. Expressando suas necessidades

No início do trabalho era comum que o paciente não conseguisse pedir para sair da sala de atendimento para ir ao banheiro, sem expressar verbalmente suas necessidades fisiológicas. Assim, acabava por fazer xixi nas calças durante a sessão, sendo que essa situação era identificada não apenas na sessão como também em outros momentos, visto que por vezes, quando a terapeuta ia buscá-lo para o atendimento, ele tinha que trocar de roupa por estar molhado de xixi. Além disso, era muito difícil compreender o que o paciente falava, sendo observado um atraso tanto na linguagem como em seu desenvolvimento físico de forma geral, apresentando um tamanho não condizente para alguém de sua idade. O atraso na

linguagem se relaciona com o apontamento trazido por Jourdan-Ionescu e Palacio-Quintin (1997) de que crianças maltratadas podem efetivamente apresentar um retardo na linguagem, que afetaria a expressão das necessidades tanto de cunho sentimental quanto fisiológico.

As dificuldades observadas podem ser ilustradas através das seguintes sessões:

3^a. sessão – *“Cheguei e quando fui chamá-lo, ele estava assistindo televisão. Quase não se mexeu e a monitora foi pegá-lo. Ele novamente teve que trocar de roupa. (...) Enquanto mexia na água, fez xixi nas calças.”*

4^a. sessão – *“Em um dos momentos, vi que ele começava a fazer xixi e perguntei se ele queria ir ao banheiro. Ele disse que sim e eu o acompanhei. Esperei e voltei com ele para o quarto.”*

20^a. sessão – *“Percebi que quando ele mexeu com água acabou por fazer xixi na bermuda. Perguntei se ele queria fazer xixi e ele disse que não.”*

Foi necessário que a terapeuta, ressaltando sua atenção e presença junto ao paciente, passasse a identificar e nomear algumas de suas necessidades, de forma que a criança pudesse tomar mais contato com as mesmas para posteriormente ela mesma poder comunicá-las à sua terapeuta.

1^a. sessão após o reabrigamento – *“Ele mexeu na caixa, que era muito grande para seu tamanho. Ele tinha dificuldades em pegar os objetos lá dentro e eu comentei: ‘É grande a caixa’ e ele concordou. Eu perguntei se ele queria uma menor e ele disse que sim. Eu disse que tentaria levar uma menor.”*

3ª. sessão – *“Em um dos momentos, ele tentou abrir a tinta vermelha e não conseguiu. Ele começou a chorar e eu perguntei se ele queria ajuda. Eu disse que às vezes quando não conseguíamos fazer alguma coisa dava uma vontade de chorar, e que estava ali e poderia ajudá-lo.”*

26ª. sessão – *“Ele procurou as bexigas na caixa dele, mas elas tinham acabado. Ele pareceu ficar triste com isso. Eu disse que se ele quisesse mais, deveria me falar para que pudesse levar mais, já que se ele não me falasse que queria mais, não haveria como eu saber.”*

45ª. sessão – *“Às vezes ele queria abrir a embalagem pra colocar mais água e não conseguia. Tentava com os dentes e eu perguntei se ele queria que o ajudasse e ele disse que sim. Depois ele sempre vinha e pedia ‘abre tia’.”*

A ludoterapia buscava constituir-se como um local de maior contato consigo mesmo, de maneira que o paciente pudesse se ver, se diferenciar, sendo incentivada, assim, uma maior comunicação por parte do paciente em relação às suas necessidades e desejos, após a identificação destes. Essa diferente possibilidade e, por vezes, incentivo dado pela terapeuta de comunicar o que sente pode ser ilustrada através dos trechos a seguir:

11ª. sessão – *“Eu cheguei e ele estava no Jardim. Ele foi rapidamente comigo para a sala de atendimento. Ao passar em frente ao refeitório ele disse ‘ai que fome!’.”*

60ª. sessão – *“Fomos para a sala, abri a porta, mas ele não quis entrar. Ficou na porta e eu lhe pergunto: ‘Você não quer entrar?’. Ele faz que não e eu me sento no chão com ele, cada um de um lado da porta. Eu lhe digo: ‘Tudo bem, se você não quer entrar, eu fico com você.’. Várias pessoas*

passaram e perguntaram se ele não queria entrar, falando com ele, que não respondia. Percebi que nesses momentos, ele me olhava na expectativa do que eu diria e eu nada falava. Disse para ele: 'É, às vezes eu acho que você quer que fale por você, se você quer entrar ou não, mas isso só quem sabe é você. Você é quem pode responder se você quer ou não entrar.'. Após isso, voltaram a perguntar se ele não queria entrar e ele respondeu que não com a cabeça."

A terapeuta colocava-se em uma posição de respeito às necessidades expressadas pelo paciente, buscando, quando possível o atendimento destas, tal como na seguinte sessão:

49ª sessão – "Cheguei e chamei-o. Quando estávamos saindo, a monitora perguntou se ele sentiria frio e foi perguntado se ele queria um agasalho. Ele disse que sim. A monitora perguntou, então, se aonde ele iria era fechado e diante de uma resposta positiva, se questionou sobre a necessidade do agasalho. Perguntei para ele: 'D., você quer um agasalho?' e ele disse 'Quero'. Eu digo para ele ir lá que a monitora iria dar um agasalho para ele. Ele vai e volta chorando e dizendo que queria um agasalho. Pergunto: 'Ela não te deu um agasalho? Eu vou buscar um para você.' e vou até a sala, aguardando até que a monitora coloque o agasalho nele."

5.4.2. Maternagem

Durante o atendimento algo que se apresentou de forma marcante foi a demanda que o paciente apresentava por uma maternagem, despertando, por vezes, sentimentos maternos de proteção, atenção às necessidades nem sempre

claramente verbalizadas, fazendo com que a terapeuta tivesse atitudes próximas às de uma mãe, tal como quando a mesma se adapta ao bebê, sentindo aquilo que ele necessita e buscando proporcionar o necessário à sua criança. Parte dessa movimentação foi ilustrada anteriormente que se refere às possibilidades dele passar a expressar aquilo que sentia, que necessitava ou desejava. Essa busca de uma maternagem pode ser também ilustrada nos seguintes trechos:

Na primeira sessão seis dias após o reabrigamento, o paciente estava bastante sensibilizado e fisicamente machucado. Ele não queria que a terapeuta se aproximasse dele assim, permaneceu-se próximo a ele, respeitando-se os limites por ele impostos.

1ª. sessão após o reabrigamento – “Eu sentei-me em uma cadeira, próximo de onde ele estava. Fiquei lá, olhando-o. Várias crianças se aproximavam de mim, mostrando-me brinquedos, pedindo colo, querendo conversar. Eu dizia que estava ali para conversar com D., limitando-me quase que a só perguntar o nome das crianças. A funcionária disse que ele estava olhando para mim e eu comecei a olhar para ele. Decidi me aproximar novamente e sentei-me ao seu lado. Ele não me rejeitou e eu fiquei um tempo lá parada.”

Durante esses momentos de aproximação, havia uma constante preocupação com o paciente buscando uma atitude protetora e não invasora. Seu irmão estava próximo pulando perto dele e foi dito que aquela atitude poderia machucar D. Assumia-se, assim, essa postura de cuidado e atenção para com o paciente. A terapeuta passou quase meia hora junto a ele na sala do Jardim, para então rerepresentar verbalmente a caixa, a sala e o atendimento, sendo possível

para o mesmo dirigir-se para o atendimento de mãos dadas à sua terapeuta, assim física e psiquicamente sustentado por ela.

1ª. sessão após o reabrigamento – *“Ao final, já estava lá há meia hora, recomecei a falar sobre a caixa, os brinquedos dele, que estava voltando lá e deixando as coisas na sala. Disse que se ele não quisesse entrar na sala, não haveria problemas, que eu ficaria ao lado dele. Perguntei, então, se ele queria ir para a sala e ele concordou. Levantamos e ele me deu a mão. Fomos até a sala.”*

Cuidados próximos aos maternos eram diversas vezes dispensados nas sessões, através desse contato de dar as mãos, limpar seu nariz, sua mão ou parte do corpo que se sujava na sessão, acompanhá-lo no trajeto até o banheiro quando assim o pedia, além da adoção de uma postura protetiva quando o mesmo se encontrava com outras crianças próximas e simbolicamente quando, por exemplo, ele se utilizava da bacia, ao final da sessão, para se proteger no caminho até o Jardim.

2ª. sessão após o reabrigamento – *“Durante a sessão ele estava com o nariz escorrendo e às vezes limpava na blusa. Eu vi papel higiênico na sala e comecei a usá-lo, limpando o nariz dele. (...) Quando tirou uma das árvores do saquinho de brinquedos disse que tinha machucado seu dedo, falou ‘ai’, eu perguntei ‘machucou’ e ele respondeu afirmativamente. Peguei a mão dele e passei a minha no dedo dele.”*

6ª. sessão após o reabrigamento – *“Quando estávamos lá, D. fez xixi nas calças e nesse momento pediu para trocar. Fomos para o Jardim e o irmão mostrou onde estavam as roupas e ajudou-o a se trocar. Eu ajudei também, procurando peças e ficando a seu lado. (...) Na hora em que nos*

despedimos ele falou 'Tchau mãe' e eu expliquei-lhe que era sua psicóloga."

7ª. sessão após o reabrigamento – "Ele não queria voltar para a sala porque estava chovendo. Coloquei a bacia em cima de sua cabeça e levei-o até o pátio onde estavam as outras crianças."

Os cuidados puderam ser aos poucos internalizados pelo paciente que os reproduzia consigo mesmo e com os bonecos de sua caixa, através de atividades como alimentá-los, dar-lhes banho e colocá-los para dormir.

9ª. sessão após reabrigamento – "Quando estávamos indo para o banheiro ele disse 'Tá chovendo' (apesar de não estar), querendo que eu o levasse utilizando a bacia em cima de sua cabeça para protegê-lo."

36ª. sessão – "Na sala ele tinha mostrado a tomada, dizendo que não podia por o dedo lá, pois dava choque e eu disse: 'é mesmo'."

40ª. sessão – "Ele foi comigo, carregando a caixa dele, jogar a água da bacia e disse que estava chovendo para ir com a bacia em sua cabeça."

78ª. sessão – "Fui buscá-lo no parquinho e ele levou uma garrafa cheia de areia. Havia um neném de brinquedo na sala e ele brincou, deu banho e disse que a garrafa era mamadeira. Colocou-o para dormir e eu disse que ele queria muito que a mamãe dele também cuidasse dele."

5.4.3. Percebendo-se e percebendo o outro

Através do trabalho e da aceitação inicial dessa fusão, quando o paciente esperava que sua terapeuta descobrisse aquilo que o mesmo precisava, tal como

feito por uma mãe nas fases iniciais do desenvolvimento, o paciente pôde, aos poucos, começar a se perceber e perceber o outro e o meio a sua volta, vendo este outro como alguém diferente de si, com um corpo, uma identidade próprios.

18^a. sessão – *“Ele também gostou de se ver no espelho. Eu sentei-o na mesa, em frente ao espelho, e ele estava com a bolinha de isopor. Ficou jogando a bolinha de isopor no espelho e dando risada.”*

20^a. sessão – *“Eu tinha escrito o nome dele na bacia e na caixa e ao ver a bacia, ele perguntou o que era aquilo na bacia. Eu achei interessante ele ter reparado e disse o que estava escrito, mostrando seu nome também na caixa e na tampa da mesma.”*

22^a. sessão – *“Ele reparou novamente no nome escrito na caixa, perguntando o que era aquilo. Eu li o nome dele e mostrei na tampa e na bacia.”*

23^a. sessão – *“Ele falou ‘Eu vou abrir. Tá?’ e eu concordei dele abrir a caixa. Ele foi retirando os objetos (pasta, saquinho com brinquedos, caixa de tintas). Na caixa de tintas, ele ‘leu’ seu nome e depois ‘leu-o’ na caixa de brinquedos.”*

29^a. sessão – *“Ele pegou uma das bandejinhas (do jogo de cozinha), que era prateada, e disse ‘espelho’. Ficou se olhando e depois colocava para eu me ver.”*

33^a. sessão – *“Ele mostrou seu nome na tampa da caixa e na caixa. Depois, pegou a tinta e pintou na folha, dizendo que estava escrevendo D. (seu nome).”*

87^a. sessão – *“No início da sessão ele pegou a foto em que ele aparece e que estava pendurada no corredor, trazendo-a para dentro da sala. Falou um pouco sobre a mesma, sobre quem estava na foto, pendurando-a depois na parede.”*

O paciente passou a se perceber, observar-se no espelho, brincando com a imagem ali refletida. Pôde também notar seu nome nos objetos que realmente lhe pertenciam e eram trazidos a cada sessão pela sua psicóloga, sendo importante ressaltar que em ambientes como abrigo é raro que a criança consiga possuir objetos só seus, podendo preservá-los e desfrutar dos mesmos quando deseje. Roupas, brinquedos, dentre outros objetos são de uso comum, não tendo a criança, principalmente as menores, a possibilidade de escolha e de manutenção de objetos que sejam efetivamente seus.

O paciente passa então a se interessar pelo outro, tal como ilustrado pelo seguintes trechos:

12^a. sessão – *“Nesse dia eu estava com uma bolha no pé e como estava de sandália, esta podia ser vista. Ele viu e comentou comigo ‘machucado’. Eu concordei com ele e comentei que ele estava podendo prestar atenção em mim, observando-me.”*

24^a. sessão – *“Nessa sessão ele perguntou como eu me chamava e eu disse ‘Maira’.”*

25^a. sessão – *“Nessa sessão ele novamente perguntou o meu nome e eu o disse. Em seguida ele perguntou de novo, apesar de ainda não conseguir repeti-lo corretamente.”*

65^a. sessão – *“Perguntou como eu me chamava e depois disse: ‘Eu sei como você chama.’ e eu disse: ‘É mesmo? Como?’ e ele ‘Maíra’ (ele nunca tinha conseguido falar o meu nome).”*

66^a. sessão – *“Durante a sessão ele disse: ‘Eu sei o seu nome.’ e eu disse: ‘É mesmo? Como é?’ e ele ‘Maíra’.”*

O paciente pôde ter um espaço onde havia um reconhecimento de si, podendo buscar constituir uma identidade própria e através dessa construção passa também a reconhecer o outro como um ser separado de si, com nome, com uma identidade e até mesmo com seus próprios machucados. Ao reconhecer sua identidade, o paciente passa a querer também imprimir sua marca:

46^a. sessão – *“Quis que eu fizesse o contorno da mão dele e eu fiz. Depois ele mesmo fez o contorno da mão dele, dizendo inicialmente que não conseguia. Fizemos a mão dele em um papel que tinha a minha mão desenhada e escrevi os nomes de cada um no desenho. Ele pareceu gostar daquilo.”*

5.4.4. Mostrando-se

Ao encontrar um espaço de cuidado e atenção, o paciente passa a se mostrar, seja trazendo o seu dia-a-dia, através do relato sobre que havia feito, como mostrando também sua “casa”, quando, por exemplo, mostra o Jardim, onde estão guardadas as suas roupas. Além disso, a criança pôde, através do desenvolvimento de uma confiança com a terapeuta, falar sobre seus próprios machucados e maus-tratos sofridos.

3^a. sessão após o reabrigamento – *“Ele começou a jogar os bonecos na água, como se estivessem caindo. Dizia ‘Caiu!’ e dava risada. Eu lhe perguntei se os bonecos haviam caído enquanto tomavam banho e ele disse que sim. Os bonecos faziam impacto quando caíam e ele disse ‘Bateu a cabeça.’. Eu perguntei se o bebê havia batido a cabeça quando estava tomando banho e ele concordou. Perguntei se havia machucado e ele novamente deu uma resposta afirmativa. Perguntei o que mais havia machucado e ele disse ‘as pernas’ e enquanto mexia em um dos bonecos, passando o pincel no olho, disse ‘o olho’. Mostrou os machucados na perna dele. Eu falei que ele estava cuidando dos machucados do bebê e eu estava lá para cuidar dos machucados dele.”*

14^a. sessão – *“Quando entramos no Jardim, deixei-o ir ao banheiro e expliquei para a monitora que ele havia pedido para ir ao banheiro. Nisso, ele voltou, com as calças abaixadas e me chamou. Fui e ele me mostrou o chuveiro, dizendo que tomava banho ali.”*

37^a. sessão – *“Fui chamá-lo e ele veio correndo. Eu disse para ele pegar o chinelo e ele foi buscá-lo no Jardim. Ficou procurando-o e enquanto isso queria me mostrar algumas coisas no Jardim. Achei o chinelo e fomos para a sala de atendimento.”*

45^a. sessão – *“Em um dos momentos, ele disse que tinha ido ao médico. Eu perguntei se ele estava doente e perguntei se o médico havia cuidado dele. Ele disse que sim e eu disse que também estava lá para cuidar dele, cuidar da cabeça dele, para falar dele, falar de seus sentimentos. Ele disse que a cabeça dele estava doendo. Ele tinha mostrado o pé dizendo que estava machucado. Disse que tinha machucado o dedo e que estava saindo sangue. Passei a mão onde ele disse que estava machucado e disse,*

enquanto passava a mão no dedo dele, para que a dor passasse, que talvez ele quisesse que eu cuidasse dele. (...) Ele falou que a mãe dele bateu nele e no irmão. Disse que ela deu um soco nele e no irmão. Eu disse que ele deveria ter se sentido bastante triste quando a mãe bateu nele.”

5.4.5. Limpar

O paciente demonstrava uma grande preocupação com atividades de limpeza, limpando o chão, a caixa, seus pés ou mãos. Essa atividade poderia estar relacionada com uma possibilidade de reparação, de limpar algo sujo como talvez fossem as suas lembranças para então inserir algo melhor. Uma atividade similar a esta era o encher e esvaziar bexigas, que pode ser visto como uma maneira de se esvaziar de coisas ruins, percebendo-as indo embora, quando fica ouvindo o som do ar saindo da bexiga e podendo inserir coisas novas, quando pede que a terapeuta as encha novamente. Seguem alguns trechos que ilustram esse movimento do paciente:

17ª. sessão – “Fomos para a sala e parte da cola tinha derramado. Ele ficou com uma cara bem triste e eu disse que poderíamos limpar. Ele ficou com o carrinho na mão enquanto eu limpava parte da caixa e da massinha que haviam sujado. Eu disse que iria com ele lavar e limpar o carrinho que ele disse que queria lavar na torneira.”

19ª. sessão – “Em vários momentos ele derrubou água no chão e pediu para eu limpar, para eu secar. Também pediu para eu limpar sua mão quando ele sujou-a com tinta.”

26^a. sessão – “Ao final, devido à água, o chão acabou por ficar todo molhado e ele decidiu limpá-lo. Ele molhava e limpava o chão e eu perguntei se poderia ajudá-lo e fiquei ajudando-o. Passamos bastante tempo fazendo isso.”

41^a. sessão – “Ao final, ele disse que ia limpar o chão, que havia ficado sujo com a água e pegadas dos sapatos. Começou a derramar água pelo chão, dizendo que ia limpá-lo. Disse que era para eu ajudá-lo e eu fiquei limpando também.”

47^a. sessão – “Ele pegou, então, o saco de bexigas. Tirou uma e pediu que eu a enchesse. Ele pediu que eu não a fechasse e eu lhe dei a bexiga em sua mão. Ele ficou brincando de esvaziar a bexiga, ouvindo o barulho que fazia quando o ar saía. Fez isso com duas bexigas, sendo que uma delas acabou estourando e a outra foi deixada cheia e guardada na caixa. (...) Ele disse que ia lavar o pé dele. Ia lavar na bacia e depois decidiu lavar na cadeira.”

53^a. sessão – “Ele pega o saco de bexigas e tira todas de dentro, pegando uma amarela e dizendo: ‘Enche’. Eu comecei a enchê-la e ele disse: ‘Não amarra’. Eu lhe dava a bexiga sem amarrar e ele inicialmente a deixava esvaziar em sua mão. Depois começou a deixá-la solta e a bexiga voava pela sala toda.”

55^a. sessão – “Ele pega o carrinho e diz: ‘Vou por gasolina’. Coloca água no carrinho e fica vendo ela escorrer no chão. Muda o carrinho de lugar na sala e faz a mesma coisa, sendo que desta vez ele coloca mais água. Depois, ele passa a mexer nas outras coisas da caixa e pega o saquinho de bexigas, jogando-as no chão. Pega três e me dá, falando: ‘Enche tia’. Eu encho, lhe dou e ele fica ouvindo o barulho dela enquanto ela esvazia. (...)”

Pede: 'Enche, tia. Fecha.'. Ele pede para eu encher e fechar as três bexigas e começa a brincar sozinho pela sala com uma delas".

56^a. sessão – *"Pedi para encher uma bexiga e depois outra, menor. Eu e ele, minha e dele. Depois pedi para fazer uma pequena para mim. Brincamos um pouco com elas".*

59^a. sessão – *"Pede para encher a bexiga. Brinca com a tinta colocando água dentro dos potes e chacoalhando. Depois, molha toda a sala. Eu lhe digo: 'É, acho que você queria colocar pra fora todo esse sentimento, pra limpar aí dentro.'"*

63^a. sessão – *"Ao final da sessão ele arrumou o giz e levou a caixa e eu a bacia. Disse: 'Lava tia' mostrando-me a bacia e dando-me a bucha. Eu lavei a bacia e ele disse: 'Lava a minha mão. Tá suja.' e ele a lava. Eu lhe dou a toalha do banheiro e ele decide pegar a toalha de sua caixa. Vamos para o Jardim e ele fica no refeitório com as outras crianças."*

70^a. sessão – *"Tinha levado um brinquedo que era um chuveirinho e ficou dando banho no boneco da caixa, nas paredes, no chão, enchendo a caixa (que havia sido anteriormente esvaziada) com água e lavando o seu pé."*

73^a. sessão – *"Colocou a água dentro da caixa dizendo que era o seu berço. Pôs os pés dentro. (...) Encheu duas bexigas amarelas com água e pediu para fechar. Uma para mim e uma para ele. Ficou jogando e depois queria estourar no ventilador ou pisando nela, dizendo que estava amassada. (...) Lavou as minhas mãos e depois as dele."*

5.4.6. Construindo uma casa

O paciente através da ludoterapia obteve um espaço para constituição de uma identidade própria, podendo elaborar os maus-tratos sofridos e construindo um lado saudável e cuidador dentro de si. Suas vivências puderam ser acolhidas pela terapeuta e o paciente pode ir em busca de experienciar um lar durante as sessões. Assim, era constante a representação do lar e dos cuidados recebidos no mesmo, seja utilizando os bonecos nessa representação, seja utilizando a própria terapeuta. Essa busca pela construção de uma casa, de demonstração de cuidados, pode ser ilustrada pelos seguintes trechos:

27^a. sessão – *“Em um momento ele disse que cada sofá era uma cama e disse para eu dormir, acordar, dormir novamente e acordar, levantando-me. Deu banho em um dos ‘nenéns’. Passou tinta azul com o pincel na cabeça do boneco dizendo que era sabão para lavar a cabeça. Depois o colocou de volta na bacia, deixando-o lá. Ao final, ele colocou o boneco na toalha para enxugá-lo e embrulhou-o.”*

33^a. sessão – *“Ele pegou a tinta e fez uma outra pintura, dizendo que era uma casa. Eu perguntei quem morava nessa casa e ele disse que morava ele e eu. Depois de um tempo, ele disse que morava ele e sua mãe, que eu relacionei para ele com o desejo que eu fosse sua mãe. (...) Ele disse que ia fazer suco. Pegou a cola e colocou no pote de café, colocando a água e deixando. Pegou tinta dizendo que era cola e colocou na água. Disse que estava fazendo suco e ficou colocando tinta na água. Depois colocou tinta preta e disse que estava fazendo chocolate. Distribuiu os copinhos, depois dizendo ter feito sopa e sobremesa. (...) Depois disse que ia dar banho no neném. Perguntei-lhe se ele estava me mostrando como era o dia na casa,*

primeiro fazendo a sopa, sobremesa, depois tendo o banho e ele concordou comigo.”

39^a. sessão – *“Dizia para eu comer bolo e eu fingia estar comendo. Pediu também uma casinha de plástico que estava no alto da estante e disse que era a casinha dele. Às vezes pedia para eu abrir e trancar a casinha. Ele pegou, então, os dominós grandes e ficou montando o que chamou de uma casa. Tinha deixado a caixa dos dominós em pé e montou uma estrutura e depois colocava as peças em cima dessa estrutura. Fez uma com cada caixa de dominó e disse que um era dele e um meu.”*

40^a. sessão – *“Nessa sessão fez novamente casa, sendo uma minha e uma dele.”*

55^a. sessão – *“Ele então vai fazer comida e me dá para beber. Disse: ‘senta aqui’, mandando-me sentar na mesa. Ele vai pegar as coisas e fica pulando no outro sofá, se olhando no espelho. Ele vê um papel na parede e disse: ‘Tá escrito’ minha mãe “’ e eu digo: ‘É mesmo? Está escrito” sua mãe “. ‘E ele disse: Tá escrito” você “... Psicóloga.”*

63^a. sessão – *“Ele vai ver os desenhos pregados na parede e diz: ‘Esse é seu (apontando para o desenho de uma menina). Esse é meu (apontando para um desenho de flor e depois para um desenho de casa). Minha casa’. Eu pergunto: ‘Quem mora nela?’ e ele responde: ‘Minha mãe. ... Eu, você.’”*

O desenvolvimento de um aspecto saudável de sua personalidade, com uma possibilidade de demonstração de afeto, de ter sentimentos bons, positivos, não relacionados à agressão, pode ser observado através dos seguintes trechos:

36^a. sessão – “*Ele viu o barbante e quis mexer com ele. Quis cortar um pedaço, mas não conseguiu e eu cortei para ele. Ele disse para fazer um coração e com um outro pedaço pediu que eu fizesse outro. Ele disse que um era meu e um era dele. Ele colou as pontas do barbante que faziam a entrada do coração.*”

69^a. sessão – “*Ele diz: ‘Pega papel, tia.’ Eu vou na pasta dele, pego algumas folhas e dou uma para ele. Ele diz: ‘Um coração.’, desenhando um coração em verde. Eu digo: ‘É? E de quem é esse coração?’ e ele responde ‘Meu. Seu.’ e lhe pergunto ‘E o que tem dentro dele?’ e ele responde: ‘Eu. Você.’”*

5.4.7. Independência x dependência

Durante o processo, houve uma constante alternância entre uma demonstração de independência, de força, quando o paciente mostrava que podia ir e voltar sozinho do banheiro ou do bebedouro, carregar sua caixa, mesmo ela estando pesada para ele ou que conseguia quebrar o pirulito que estava em sua boca, e uma necessidade de cuidados, de regressão, desejando ser novamente um bebê cuidado por sua mãe, já que transformava sua caixa em berço e intercalava momentos onde ainda necessitava que eu lhe assinalasse os momentos de ir ao banheiro.

8^a. sessão – “*Ele pediu para ir ao banheiro e que eu fosse com ele. (...) Ele quis ir comigo jogar a água da bacia e guardou os objetos na caixa. Ele que segurou a bacia até o banheiro falando ‘Pesado’.*”

13^a. sessão – *“Ao final, ele me ajudou a guardar as coisas em sua caixa e a levar a bacia no banheiro. Ele sempre faz questão de levar, mas como é muito pesado, ele pede ajuda.”*

25^a. sessão – *“Durante a sessão quis recortar papel. Primeiro recortou alguns pequenos pedaços e depois ele pegou uma folha inteira para recortar. Estava com dificuldades, mas disse ‘eu consigo’, tentando deixar o papel reto, como eu falo para ele fazer quando tem dificuldades.”*

49^a sessão – *“Ele pede: ‘geladeira’, apontando para o jogo de cozinha que está no alto do armário da sala onde o atendimento está sendo realizado. Digo-lhe que não dava para pegar a geladeira e que se ela havia sido deixada lá é que era para nós não pegarmos. E, então, ele diz: ‘eu derrubo’.”*

54^a. sessão – *“Na sala ele abriu a caixa e colocou-a em cima da tampa. Disse: ‘eu consigo’ e eu digo: ‘você é forte, hein!’ (...) Depois, ele pega a mesinha (com rodas) e a cadeira (de plástico) e as afasta, colocando-as do outro lado da sala. Diz: ‘Eu fiz sozinho.’ e eu digo: ‘é, você está me mostrando que é forte e que consegue fazer um monte de coisas sozinho.’”*

58^a. sessão – *“No início estava com um pirulito na boca e diz: ‘eu quebro, oh’ e eu pergunto se ele quebrava e ele repete, dizendo ‘eu quebro’ e quebrando uma parte do pirulito, depois a outra e jogando fora o palito. (...) Ele vira a caixa em cima do sofá em que estava sentado e traz a caixa. Tenta colocar a toalha em cima, cobrindo, dizendo ser lençol. Eu digo que parece que ele estava me mostrando que sabia cuidar das próprias coisas. Depois ele sobe na parte de cima do sofá, descendo e virando a caixa para poder subir no sofá. Desvira-a e decide colocar a almofada dentro dela, dizendo: ‘Meu berço.’”*

72^a. sessão – *“Ele começou a chutar a bola. (...) Alguns momentos ele dizia: ‘Eu sou mais forte.’ (...) Em dois momentos da sessão ele disse: ‘Xixi. Fica aqui.’, indo e voltando sozinho do banheiro. (...) Durante a sessão ele tinha apontado para a caixa lúdica, que estava vazia, já que ele havia virado todo o conteúdo da mesma no chão (há três sessões que faz isso) e disse ‘meu berço’.”*

73^a. sessão – *“Virou o conteúdo da caixa lúdica. Colocou água dentro da caixa dizendo que era o seu berço. Pôs os pés dentro da mesma.”*

Buscava-se, por vezes, estimular e reconhecer a capacidade do paciente em reconhecer aquilo que o machucava, estimular as suas escolhas, dentre outras atitudes que se relacionassem com uma maior independência do paciente, como no trecho abaixo, onde há também uma requisição por uma maternagem, atenta, cuidadora e ao mesmo tempo, limitadora:

68^a. sessão – *“Em um dos momentos ele vai até o ventilador e pede que eu o ligue. Digo que não é para colocar o dedo e uma das vezes ele quase o coloca. Eu lhe digo: ‘É, parece que você quer que eu fique como uma mãe, dizendo o que você deve ou não fazer. Mas sabe de uma coisa, eu acho que você sabe o que te machuca ou não.’. Ele continuou querendo mexer, ligar e desligar e eu não deixei, dizendo que não queria que ele se machucasse.”*

5.4.8. O setting

Como o atendimento se realizava na própria instituição onde a criança estava abrigada, era necessário a adaptação às possibilidades oferecidas pela instituição, que nem sempre eram as usualmente consideradas como ideais para

uma ludoterapia. Assim, era comum que a sala que era mais adequada não estivesse disponível, fazendo com que o atendimento se realizasse em escritórios, salas das funcionárias, estando assim com objetos que não poderiam ser manipulados pelo paciente, tais como grampeadores, máquinas de escrever, telefones, papéis diversos. Além disso, por diversas vezes, algumas crianças subiam nas janelas das salas, tentando observar o que se passava dentro da sala ou simplesmente conversar com o paciente. Ter pessoas batendo na porta ou efetivamente abrindo-a, quando não era possível que ela fosse trancada, era algo também natural de acontecer durante o atendimento na instituição. Assim, pode-se notar que o *setting* encontrado para o atendimento não era um *setting* que seria considerado como ideal ou adequado. Entretanto, devido à força das vivências das crianças atendidas e necessidade de acolhimento destas, buscava-se privilegiar a relação estabelecida com os pacientes numa tentativa, quase sempre bem sucedida, de superação das dificuldades impostas pelo meio. Abaixo serão ilustrados alguns dos momentos onde essas interferências estiveram presentes:

9ª. sessão – *“No início da sessão a cortina estava aberta e ele pediu para eu fechar. Eu fechei, mas como ele estava falando alto, uma das crianças o chamou e ele respondeu, pedindo que a cortina fosse aberta para ele ver essa criança. Eu abri, chamei a criança também para que se vissem e despedissem. Eles deram ‘oi’ e eu disse para nos deixar a sós. A criança foi embora e D. recomeçou a brincar sozinho.”*

Dia anterior à 19ª. sessão – *“Eu disse que o local estava passando por reformas e que não tinham sala para eu atendê-lo. Ele começou a chorar. Eu disse que voltaria no dia seguinte e que não era porque eu não queria*

atendê-lo, já que ele podia ver que eu estava lá, que havia levado sua caixa, mas que não havia um local para atendê-lo.”

24ª sessão – *“Ele começou a explorar algumas coisas da sala, vendo a mesa (que não estava lá antes da reforma), mexendo no teclado do computador. Eu disse que era para mexer apenas nas coisas dele e não nas coisas da sala. Ele também mexeu um pouco no teclado de uma máquina de escrever elétrica e eu repeti a mesma coisa. Depois ele parou, dizendo que não era para mexer.”*

42ª. sessão – *“Ele tinha acabado de falar que a mãe havia batido nele e em seu irmão quando começaram a chamá-lo e como estávamos ao lado do pátio, escutamos esse chamado. Eu pergunto se ele quer ir falar com a tia e ele diz que sim. Quando estávamos no corredor, as funcionárias falam para ele olhar para a porta, dizendo que seu irmão (que mora em outra instituição) está lá. Ele olha, mas vai em direção ao pátio. No caminho encontramos uma funcionária que está trazendo seu outro irmão, que mora com ele no abrigo. Ele queria ir para o pátio, mas como a porta estava fechada ele se colocou de frente para a parede, começando a chorar. Pergunto-lhe se ele quer voltar para a sala, mas ele diz apenas ‘lá fora’. Perguntei se ele queria que eu o acompanhasse até lá fora e ele respondeu que sim. (...) Ele foi em direção ao Jardim e eu o acompanhei. Chegando lá, pedi folha e giz para a monitora, dando uma para mim e uma para ele. Perguntei o que iríamos desenhar e ele disse ‘a chuva’. Fiz uma nuvem”. e “. depois a chuva e ele fez a chuva. Perguntei se o céu estava chorando, assim como ele, e ele pediu para que eu fizesse uma nuvem no desenho dele. (...) Já tinha passado uns dez minutos do horário e disse que tinha que ir embora, perguntando-lhe se estava tudo bem. Ele respondeu que sim e eu lhe disse que voltaria no dia seguinte. Vi que ele*

foi para o pátio, sentando-se tranqüilamente próximo de seus irmãos, que estavam brincando.”

Pode-se perceber que algumas interferências provocadas pelo atendimento em instituição podem ter grandes repercussões para o atendimento, interrompendo uma sessão em momentos delicados, como na sessão apresentada acima, onde o paciente falava do abuso físico sofrido. Foi necessária a presença da terapeuta, de forma a acolher os sentimentos despertados tanto pela comunicação realizada na sala de atendimento, quanto aqueles despertados pela visão de seu outro irmão e possíveis lembranças doloridas associadas à essa visão.

44ª. sessão – “Durante a sessão abriram a porta e era um menino mais velho. Ao vê-lo, D. gritou ‘sai’, mas um pouco dando risada. (...) Depois apareceram alguns meninos na janela e disseram o nome dele. Eu fui até lá e disse para saírem e eles saíram. Então, ele pediu que eu fechasse a cortina e eu expliquei que não podia, mostrando que ela estava quebrada.”

46ª. sessão – “Durante a sessão uma das crianças abrigadas bateu na porta, sendo que já haviam batido nela antes. Eu fui abrir e como essa criança não queria nada, eu disse ‘Por que você está atrapalhando a sessão do D. se não atrapalhamos a sua?’, já que tinha conhecimento que essa criança era atendida por uma das outras terapeutas.”

Algumas das interferências eram mais simples de serem resolvidas, bastando uma atitude mais limitadora por parte da terapeuta, que pontuava os limites de espaço da sessão para as crianças que queriam invadir o espaço do companheiro.

60^a. sessão – “No caminho para a sala havia dito: ‘Tomei veneno.’ e eu lhe perguntei ‘veneno?’ e ele disse ‘É, assim, oh (fazendo o movimento de quem está tomando alguma coisa)’. Encontramos, então, uma funcionária, que é monitora do Jardim, no caminho para a sala de atendimento. Ela o cumprimenta, dizendo seu nome no diminutivo e lhe diz: ‘Fala para a tia onde você mora.’ e ele fica quieto diante dessa pergunta. Ela continua ‘Fala onde você mora. Fala que nem você me fala.’ e ele continua quieto, olhando para baixo. Eu fico imaginando que ela iria dizer o nome da instituição e lembro-me de que ele, em alguns momentos, se confunde, dizendo ‘eu fui no (e fala o nome da instituição)’ quando está na própria instituição. A funcionária diz então: ‘Eu vou ajudar. Você mora no coração da tia (e fala o nome dela)’. Ele começa a chorar. A funcionária pergunta o meu nome e como ele não responde, eu lhe digo o meu nome. Ela diz então: ‘Você mora no coração da tia Maíra.’ e nesse momento ele já”. estava “. sentado no chão, chorando e mexendo as pernas. Eu me abaixo e lhe digo: ‘Você pode estar no coração de nós duas. Não tem problema. Isso mostra que muita gente gosta de você, que você está no coração delas.’”

Na sessão acima, a interferência de uma funcionária novamente mudou os rumos da sessão, interrompendo parte da comunicação do paciente, que se defronta com sensações talvez fortes demais, que fazem com que o mesmo não consiga entrar na sala de atendimento, necessitando de um acolhimento por parte de sua terapeuta, que busca sustentar suas vivências sem impor-lhe a entrada na sala, como em um atendimento psicológico mais tradicional.

5.4.9. Finalização do processo

A fase final do trabalho se constituiu de catorze sessões realizadas entre Janeiro e Fevereiro de 2003, quando já se sabia que o caso seria assumido por outra terapeuta. Foi feito então um trabalho de desligamento, sempre avisando a criança desta troca e assinalando que esta ocorreria devido a uma mudança de cidade de sua atual terapeuta.

Dentre estas catorze sessões, houveram seis em que a criança não quis entrar e seu desejo foi respeitado. Buscava-se mostrar para a criança, durante as sessões, que a terapeuta interessava-se pelo trabalho ali realizado, sendo outros os motivos de sua mudança, já que no caso de crianças maltratadas pode haver um sentimento de culpa, como se tivessem causado ou merecido algumas das situações pelas quais passaram junto à família.

Quanto ao trabalho de desligamento, buscou-se trabalhá-lo de forma que a criança pudesse compreender que nada do que havia sido trabalhado, experienciado ali seria levado embora, ficando dentro dela. Além disso, há manutenção da mesma caixa lúdica na continuação do atendimento quando uma nova terapeuta assume o caso, sendo uma atitude adotada pela coordenação desse trabalho de ludoterapia, de maneira que o paciente possa se identificar, de alguma forma, com o terapeuta seguinte, reconhecendo-se através dos materiais deixados na caixa.

O momento de separação se constitui em um momento delicado e nem sempre fácil, principalmente após um trabalho denso como o realizado, com uma frequência de três vezes por semana. Pode-se perceber que havia uma ansiedade da criança em saber como seria a nova terapeuta e quando se iniciaria o trabalho com ela. Além disso, diante da separação, há uma preferência por separar-se

primeiro, através da recusa em entrar nas sessões, desejo sempre respeitado, já que uma grande insistência nesse sentido poder-se-ia constituir em uma violação ao paciente e às suas necessidades naquele momento tão peculiar.

Apesar das “faltas”, o paciente compareceu na última sessão, interagindo bem e despedindo-se alegremente. Pode-se dizer, através da interação e despedida, que o trabalho de desligamento efetuado foi efetivo no sentido de prepará-lo e assegurar-lhe que tudo o que havia sido trabalhado no decorrer dos atendimentos foi de grande importância e que o atendimento se encerrava por questões outras que não a dupla, externas ao próprio paciente, ao atendimento e desenvolvimento dos mesmos.

6. DISCUSSÃO

O fenômeno dos maus-tratos, tal como visto no decorrer da dissertação como um todo, é um fenômeno complexo e que para ser superado necessita do trabalho conjunto e integrado de profissionais de diversas áreas, tais como a área social, a psicológica e a jurídica.

Diversas são as intervenções possíveis diante da verificação de uma situação de maus-tratos infantis, sendo que uma delas é o abrigamento da criança em uma instituição específica para o atendimento a essa população. O abrigamento, diferentemente da realidade frequentemente encontrada, não deve ser algo definitivo e sim algo transitório até que a família não apresente mais riscos para a criança ou até que uma nova família, mais adequada, seja encontrada.

No caso do paciente descrito, foi tentada uma readaptação à família, tendo o mesmo voltado a morar com sua mãe. Entretanto, as situações de maus-tratos foram novamente observadas ocasionando o retorno dos irmãos à casa abrigo. Após o reabrigamento, um possível retorno definitivo ao lar materno tornou-se mais distante e até o presente momento algo não acontecido. Assim, a situação de abrigamento, que teria um caráter transitório como o proposto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1997), passa a possuir cada vez mais um caráter definitivo para essas crianças, ressaltando-se a importância do oferecimento de um atendimento psicológico às mesmas diante do afastamento de um ambiente e de uma dinâmica mais familiar.

Essa necessidade de uma psicoterapia e dos possíveis ganhos advindos de um trabalho terapêutico talvez tenham sido sentidas pelos profissionais da casa abrigo que acabaram por indicar o paciente aqui apresentado e seu irmão para a ludoterapia de orientação psicanalítica.

Como foi exposto, diversas são as conseqüências dos maus-tratos que uma criança pode apresentar e a criança atendida realmente apresentava algumas delas, como o atraso no desenvolvimento físico, da linguagem, podendo, futuramente, apresentar outras, tais como desajustes à escola e à sociedade de forma geral.

Cabe ressaltar que, apesar da importância da psicoterapia no caso de maus-tratos, Ferreira et al (1999) apontam para as dificuldades de realização de um atendimento psicológico dada a importância de um engajamento direto, representado em parte pela necessidade da presença constante do paciente para que o trabalho possa ser realizado e essa é uma dificuldade que pôde ser superada através da realização da ludoterapia na própria casa abrigo. Crianças que moram em instituições muitas vezes não teriam condições de realizar deslocamentos freqüentes para um atendimento que fosse realizado em locais outros que não o abrigo, sendo que a ludoterapia na própria casa abrigo se constitui como uma tentativa de superação dessa limitação provocada pela institucionalização.

Em relação aos limites encontrados, pode-se dizer que o atendimento em abrigo efetivamente impõe alguns limites tais como o não oferecimento de um local dentro do esperado para um atendimento ludoterápico usual, fazendo com que existissem na sala objetos que não poderiam ser manipulados e que talvez não estivessem disponíveis em uma sala mais bem preparada para atendimentos psicológicos, além disso, o terapeuta defrontava-se com interrupções das sessões,

com a impossibilidade de realização das mesmas devido a reformas, dentre outras dificuldades. Fazia-se necessário que a figura do terapeuta trabalhasse com esses obstáculos encontrados, limitando, quando era possível, as invasões no *setting*, como quando conversa com as crianças que querem interromper as sessões, e também, o próprio paciente quando o mesmo ultrapassava os limites impostos por este *setting*, arriscando-se ao querer manusear um grampeador ou colocar o dedo em uma tomada, ventilador, sendo que a necessidade de limites para o paciente dentro do *setting* terapêutico também é pontuada por Magalhães (2003).

É importante colocar que Winnicott (1971) ressalta a importância, para um desenvolvimento saudável, da criança experienciar limites, ou seja, de experienciar uma estrutura firme em seu ambiente, que é sentida como um cuidado. Assim, *“a princípio a criança precisa ter consciência de uma estrutura, se quiser sentir-se livre e estar apta a brincar, a fazer seus próprios desenhos, enfim, ser uma criança irresponsável”* (Winnicott, 1971, p. 257), sendo que se faz possível a transposição dessa necessidade de limites também para a situação terapêutica, tal como buscado pela terapeuta. A criança pode expressar suas vivências, muitas vezes desestruturantes, após a percepção de uma estrutura firme o suficiente para acolhê-las, pode ser irresponsável quando percebe que há alguém que se propõe a olhá-la e cuidar dela.

Dessa forma, ao longo de suas obras, Winnicott destaca o papel que o ambiente desempenha no desenvolvimento de uma criança e a importância de um desempenho adequado àquilo que a criança necessita. Problemas relacionados às provisões ambientais fornecidas à criança, que se mostram presentes através das diversas formas de maus-tratos possíveis, podem gerar distúrbios no desenvolvimento emocional, propiciando, por exemplo, o surgimento de um falso

self ou o desenvolvimento de uma tendência anti-social, sendo que a psicoterapia teria a função de prover um ambiente suficientemente bom ainda não experienciado ou experienciado e posteriormente perdido.

O terapeuta pode ter, então, que exercer funções que se assemelhem, de alguma maneira, às funções maternas, sustentando as vivências trazidas pelo paciente na psicoterapia. A possibilidade de oferecimento de um ambiente de acolhimento, não invasivo, foi constantemente buscada durante o atendimento descrito. Nos momentos em que são descritas atitudes próximas àquelas de maternagem teve-se essa intenção de prover essa atenção às necessidades apresentadas pelo paciente, promovendo o acolhimento e sustentação importantes para esse processo de vir-a-ser do paciente (Abram, 2000).

Tal como pontuado por Junqueira (2002) e Rotondaro (2002), é importante que o terapeuta possa seguir o ritmo imposto por seu paciente de maneira que não seja cometida uma nova invasão em seu processo de desenvolvimento e esse respeito foi seguido através, por exemplo, da aceitação das negativas do paciente em entrar na sala de atendimento. O acolhimento dessas negativas e a sobrevivência do terapeuta que retornava normalmente, vivo e inteiro, para a sessão seguinte puderam ter o sentido de aplacar uma possível persecutoriedade que uma criança maltratada poderia ter diante do contato com sua agressividade. Assim, as interpretações verbais não se constituíam como a única ferramenta disponível para o atendimento infantil, tal como pontuado por Avellar (2004), podendo a interação lúdica, a movimentação, a presença viva e atenta do terapeuta desempenhar um papel primordial no atendimento psicológico.

No atendimento de casos de crianças que passaram por maus-tratos, o terapeuta tem o papel de funcionar como um objeto acolhedor (Rotondaro, 2002 e Lamanno-Adamo, 1999), percebendo as necessidades da criança e fazendo com que as experiências da mesma possam ser pensadas, simbolizadas, buscando-se construir um lado não-abusado em sua personalidade (Alvarez, 1994). Isso foi buscado através do acolhimento dos maus-tratos sofridos, reconhecendo a tristeza sentida pelo paciente, tal como ilustrado em alguns momentos, oferecendo um espaço de esvaziamento desses sentimentos ruins, representados em diversas sessões pela manipulação do ar das bexigas e da água, além de promoção de aspectos bons, saudáveis, de sua personalidade, observados através da demonstração de sua afetividade quando o mesmo começa a representar corações seus e de sua terapeuta.

O paciente pôde construir não apenas aspectos positivos dentro de si como também uma casa interna, suficientemente boa na provisão dos cuidados de um neném, dando-lhe alimentação, banho, carinho. Isso pode representar a possibilidade de internalização dos cuidados recebidos pela terapeuta atenta e presente (Sussuman, 2000), que, “vivendo com” ele, ajuda-o a significar o trauma e vivenciar outras situações, agora estruturantes (Junqueira, 2002).

Pode-se dizer que houve um avanço no caminho rumo à integração, à independência, saindo de um estado mais fusionado com a sua terapeuta, quando não conseguia percebê-la como mais separada, com nome, identidades próprios para momentos em que expõe suas potencialidades, sua força e o caminho de independência já percorrido. Como pontuado na exposição acerca do desenvolvimento emocional segundo a perspectiva winnicottiana, esse processo

rumo à independência nunca se faz totalmente completo, já que se está sempre na dependência do outro, não se vivendo de forma isolada (Winnicott, 1963a).

Além disso, em relação ao paciente, foram obtidos alguns ganhos, um início de um caminhar para uma maior integração, mas como Alvarez (1994) observa, a superação do trauma se constitui como um processo longo, não sendo possível uma costura cirúrgica dos fragmentos da mente e sim uma espera de que os mesmos voltem a desenvolver-se e é devido a esse reconhecimento da lentidão de um processo terapêutico mais profundo que se indicou a continuidade do atendimento a esse paciente de maneira que o mesmo possa crescer da forma mais saudável e feliz que lhe for possível, podendo contar com cuidadores suficientemente bons que possibilitem o desenvolvimento de seu potencial.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Situações de maus-tratos trazem importantes conseqüências para o desenvolvimento de uma criança, tal como assinalado pela literatura, fazendo-se necessário uma intervenção que objetive o apoio a essa criança de forma que a mesma possa caminhar rumo a um desenvolvimento saudável. Uma maior integração e saúde foi o principal objetivo da ludoterapia realizada com o sujeito aqui apresentado.

Buscou-se na presente dissertação, ilustrar o processo vivenciado pela dupla terapeuta-paciente num atendimento fora dos padrões usuais de *setting*, buscando relacionar a vivência prática aos aspectos teóricos trazidos pela teoria acerca do desenvolvimento emocional proposta por Winnicott, de maneira a auxiliar a reflexão sobre as estratégias de atendimento empregadas com esse tipo de população, esforço reforçado pela observação a respeito da falta de material sobre atendimentos ludoterápicos de orientação psicanalítica com crianças que passaram por situações de maus-tratos que não apenas aqueles de cunho sexual.

Através da ludoterapia e da apresentação da mesma no decorrer deste trabalho, é possível observar que o atendimento pôde acontecer e trazer resultados positivos para o sujeito, no sentido do mesmo alcançar uma maior integração de sua personalidade, a despeito das interferências ocorridas dada a falta de um espaço mais adequadamente preparado para um atendimento ludoterápico e dificuldades vivenciadas diante do *setting* pouco usual.

Assim, pôde-se perceber que, através da ludoterapia e da experiência de vivenciar um ambiente não intrusivo, acolhedor e atento às suas necessidades, a

criança pôde trabalhar aspectos relativos a sua identidade, casa e família, podendo desenvolver-se emocionalmente e elaborar vivências traumáticas, desenvolvendo um aspecto saudável de sua personalidade.

Pode-se pensar, então, que um atendimento ludoterápico como o realizado, mesmo não contando com condições ideais de trabalho, pode trazer ganhos tanto para o paciente quanto para aquele que com ele trabalha, constituindo-se em uma experiência rica para quem se dispõe a dela participar, devendo assim ser mantida, divulgada e expandida.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: dicionário de palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.
- ALVAREZ, A. **Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- AMAZARRAY, M. R. e KOLLER, S. H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 3, 1998.
- ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, v. 7, n. 2, 2002.
- ASSIS, S. G. O percurso da violência na história ocidental: infância e saúde. **Horizontes**, v. 17, 1999.
- ASSIS, S. G. Crescendo em meio à violência. Em: WESTPHAL, M. F. (org.) **Violência e Criança**. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2002.
- AVELLAR, L. Z. **Jogando na análise de crianças**: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.
- BELSKY, J. Child maltreatment: an ecological integration. **American Psychologist**, v. 35, n. 4, 1980.

BRASIL **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 2. ed. rev., atual. e ampl. Brasília, Imprensa Nacional, 1997.

BRINGIOTTI, M. I. Maltrato infantil. Em: BRINGIOTTI, **La escuela ante los niños maltratados**. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2000.

CAVALCANTI, M. L. T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, 1999.

CICCHETTI, D. e TOTH, S. L. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 34, n. 5, 1995.

D’AFFONSECA, S. M. E WILLIAMS, L. C. A. Clubinho: intervenção psicoterapêutica com crianças vítimas ou em risco de violência física intrafamiliar. **Temas sobre desenvolvimento**, v. 12, n. 67, 2003.

DEL ROSSO, M. A., MARMO, D. B. e KEIRALLA, D. M. B. Investigação de maus-tratos na infância e adolescência. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 18, n. 2, 2000.

EIZIRIK, M. F. Por que fazer pesquisa qualitativa? **Revista brasileira de psicoterapia**, v. 5, n. 1, 2003.

FERRARI, D. C. A. Visão histórica da infância e a questão da violência. Em FERRARI, D. C. A. e VECINA, T. C. C. (orgs.) **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo, Ágora, 2002a.

- FERRARI, D. C. A. Atendimento psicológico a casos de violência familiar. Em: FERRARI, D. C. A. e VECINA, T. C. C. (orgs.) **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo, Ágora, 2002b.
- FERREIRA, A. L., GONÇALVES, H. S., MARQUES, M. J. V. e MORAES, S. R. S. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, 1999.
- GONÇALVES, H. S. **Infância e violência no Brasil**. Rio de Janeiro, NAU Editora/FAPERJ, 2003.
- JOURDAN-IONESCU, C. e PALACIO-QUINTIN, E. Effets de la maltraitance sur les jeunes enfants et nouvelles perspectives d'intervention. **Psychologie Française**, n. 42-3, 1997.
- JUNQUEIRA, M. F. P. S. Violência e abuso sexual infantil: uma proposta clínica. **Caderno de psicanálise**, SPCRJ, v. 18, n. 21, 2002.
- JUNQUEIRA, M. F. P. S. e DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, 2003.
- LAMANNO-ADAMO, V. L. C Violência doméstica: uma contribuição da psicanálise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, 1999.
- MAGALHÃES, J. S. **Abuso sexual intrafamiliar**: reflexões sobre um caso clínico sob a perspectiva da psicanálise do *self*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

- MALINOSKY-RUMMELL, R. e HANSEN, D. J. Long-term consequences of childhood physical abuse. **Psychological Bulletin**, v. 114, n. 1, 1993.
- MARTINS, J. e BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo, Editora Moares, 1989.
- MAYOR, N. M. S. Trabalho com crianças que sofreram negligência, violência e abuso sexual: uma experiência extracurricular. Trabalho apresentado no **1º. Simpósio Brasileiro de Psicanálise**. Ribeirão Preto, 1998.
- MEIRELES, C. **Obra Poética**. Rio de Janeiro, Nova Aguilar, 1976.
- MELLO, A. C. M. P. C. **O brincar de crianças vítimas de violência física doméstica**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MEZAN, R. Que significa “pesquisa” em psicanálise? Em: SILVA, M. E. L. (org.) **Investigação e psicanálise**. Campinas, Papyrus, 1993.
- MEZAN, R. Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos e reflexões. **Psicanálise e Universidade**. São Paulo, n. 14, 2001.
- NIC/National Information Clearinghouse **What is Child Abuse and Neglect?**
Disponível em
<<http://nccanch.acf.hhs.gov/pubs/factsheets/whatiscan.cfm>> Data de
acesso: 05/07/2004.
- OUTEIRAL, J. O. Perspectivas de pesquisa na abordagem winnicottiana. Em:
CATAFESTA, I. F. M. **D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo**.
São Paulo, Instituto de Psicologia, 1996.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia de pesquisa**: abordagem teórico-prática. 6^a. ed. rev. e ampl. Campinas, Papirus, 2002.

PINTO JUNIOR, A. A. O trabalho com crianças vítimas de violência sexual doméstica: promovendo resiliência. **Temas sobre desenvolvimento**, v. 10, n. 55, 2001.

REICHENHEIM, M. E., HASSELMANN, M. H. e MORAES, C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, 1999.

ROTONDARO, D. P. Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 22, n. 3, 2002.

ROUYER, M. As crianças vítimas, conseqüências a curto e médio prazo. Em: GABEL, M. (org.) **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo, Summus, 1997.

SAFRA, G. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. Em: SILVA, M. E. L. (org.) **Investigação e psicanálise**. Campinas, Papirus, 1993.

SANTOS, B. R. **A emergência da concepção moderna de infância e adolescência**: mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1996.

SEGUIM, C. e DAFFRE, S. G. Atendendo bebês a tempo: intervenções em um abrigo. **Pediatria Moderna**, v. 39, n. 3, 2003.

- SEI, M. B. **Representações plásticas de doentes mentais em oficinas de expressão e criação.** Monografia de conclusão do Bacharelado Especial em Pesquisa, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- SILVA, M. E. L. Pensar em psicanálise. Em: SILVA, M. E. L. (org.) **Investigação e psicanálise.** Campinas, Papirus, 1993.
- SILVA, M. E. L. Natureza e delimitação da pesquisa psicanalítica. Em: COUTO, L. F. S. (org.) **Pesquisa em psicanálise.** Belo Horizonte, SEGRAC, 1996.
- SUSSUMAN, D. Encontrando um lugar seguro: a recuperação de uma criança de quatro anos, vítima de abuso sexual. Em: RUSTIN, M., RHODE, M., DUBINSKY, A. e DUBINSKY, H. (orgs.) **Estados psicóticos em crianças.** Rio de Janeiro, Imago, 2000.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987.
- WINNICOTT, D. W. (1945) O desenvolvimento emocional primitivo. Em: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro, Imago, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1956) A Preocupação materna primária. Em: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro, Imago, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1960a) Teoria do relacionamento paterno-infantil. Em: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos

sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1960b) Distorção em termos de falso e verdadeiro “*self*”. Em: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1961) Psicanálise e ciência: amigas ou parentes? Em: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D. W. (1963a) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. Em: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1963b) Os doentes mentais na prática clínica.. Em: **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1964) A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise. Em: WINNICOTT, C., SHEPHERD, R e DAVIS, M. (orgs.) **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1965) O preço de desconsiderar a pesquisa psicanalítica. Em: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

- WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro, Zahar, 1971.
- WINNICOTT, D. W. (1970) Sobre as bases para o *self* no corpo. Em:
WINNICOTT, C., SHEPHERD, R e DAVIS, M. (orgs.) **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro, Imago, 1990.
- WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. 2^a. Ed. São Paulo, Martins Fontes, 2001.
- WISSOW, L. S. Child abuse and neglect. **The New England Journal of Medicine**, v. 332, n. 21, 1995.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apresentação do pesquisador e da pesquisa

Meu nome é Maíra Bonafé Sei, RG 29774145-7. Sou Psicóloga, mestranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Estou realizando um estudo que objetiva uma maior compreensão acerca do psiquismo de crianças vítimas de violência doméstica de forma a possibilitar futuros aprimoramentos do trabalho realizado junto a esta população. Para tanto, proponho a análise, em profundidade, do material obtido a partir do processo psicoterapêutico realizado, no período de 28 de Novembro de 2001 a 26 de Fevereiro de 2003, com uma criança abrigada nesta instituição. O material foi coletado, inicialmente para fins de prática, através de um estágio curricular do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, tendo sido a estagiária previamente selecionada e assistida por uma supervisora qualificada e experiente para tanto durante todo o atendimento psicoterapêutico.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista, a partir da resolução nº 016/2000, de 20 de Dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos, que:

- a) A criança pela pesquisadora atendida, no período acima mencionado, não dispõe de plenas condições cognitivas e emocionais para compreensão dos objetivos e conseqüências da pesquisa;
- b) Que os pais da mesma abusaram fisicamente desta;
- c) Que terá sua identidade preservada em eventuais utilizações em trabalhos científicos do material coletado acerca da psicoterapia realizada, tendo-se em vista que as informações já coletadas serão utilizadas apenas para os objetivos desse estudo;
- d) Que se encontra em processo psicoterapêutico com outra terapeuta e que, assim, interferências externas poderiam ser prejudiciais a seu processo psicoterapêutico;

Propõe-se que o consentimento para realização da presente pesquisa seja dado apenas pela atual instituição cuidadora do sujeito desta pesquisa.

Eu, _____, responsável por _____, autorizo a utilização do material clínico de _____, pela psicóloga Maíra Bonafé Sei, em seu estudo de mestrado.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2004.

Assinatura:

Assinatura da pesquisadora:

R.G.

R.G.