

MARINA AUTUORI

**ENCONTROS E DESENCONTROS NO
PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO
PSICOLÓGICO INFANTIL**

PUC-CAMPINAS

2018

MARINA AUTUORI

**ENCONTROS E DESENCONTROS NO
PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO
PSICOLÓGICO INFANTIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato

PUC-CAMPINAS

2018

Ficha catalográfica elaborada por Marluce Barbosa – CRB 8/7313
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

t155.4 Autuori, Marina.
A941e Encontros e desencontros no processo de encaminhamento psicológico infantil / Marina Autuori. - Campinas: PUC-Campinas, 2018.
202 f.

Orientadora: Tania Mara Marques Granato.
Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexo e bibliografia.

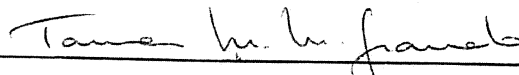
1. Psicologia infantil. 2. Pais e filhos - Narrativas pessoais. 3. Psicologia infantil - Pesquisa. 4. Psicanálise. 5. Saúde mental infantil. I. Granato, Tania Mara Marques. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 22. Ed. – t155.4

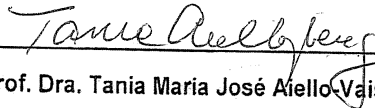
MARINA AUTUORI

ENCONTROS E DESENCONTROS NO PROCESSO DE
ENCAMINHAMENTO PSICOLÓGICO INFANTIL

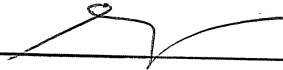
BANCA EXAMINADORA



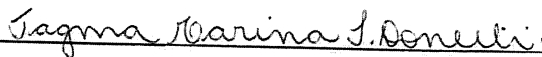
Presidente Prof. Dra. Tania Mara Marques Granato



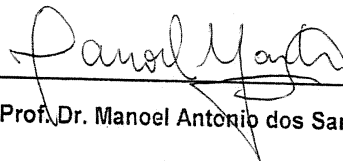
Prof. Dra. Tania Maria José Aiello Vaisberg



Prof. Dra. Vera Engler Cury



Prof. Dra. Tagma Schneider Donelli



Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos

PUC-CAMPINAS

2018

À minha mãe, com todo o meu amor.

Agradecimentos

À minha orientadora Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato pela confiança e orientação durante todo o processo de construção deste trabalho.

Às professoras que participaram da minha Banca de Qualificação, Profa. Dra. Tania Maria José Aiello-Vaisberg e Profa. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli pelas preciosas contribuições.

Aos colegas do grupo de pesquisa, Antonio Carias, Cleber Moraes, Laís Dester, Letícia Ribeiro, Marcia Miranda, Mariana Biffi, Michele Aching, Sofia Bonfatti e Vivian Pekny pelas constantes e significativas trocas.

Aos pais, familiares, crianças e profissionais que participaram desta pesquisa, pela confiança e por todo o aprendizado.

À equipe da Unidade de Saúde onde foi desenvolvida esta pesquisa pelo acolhimento e confiança no meu trabalho.

Aos professores e alunos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas.

À equipe da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

À CAPES pelo apoio financeiro.

À minha mãe, Elza Casemiro Autuori, ao meu pai, Sylvio de Souza Pereira Autuori (in memoriam), às minhas irmãs Teresa Autuori e Sandra Autuori, aos meus sobrinhos Pedro Autuori Peixoto, Antonio Autuori Peixoto, Silvia Autuori Costa e Marina Perrin, por compreenderem e aceitarem a minha ausência durante esses quatro anos de estudos.

Ao Eugênio Zveiter de Moraes por todo o conhecimento e aprendizado.

À minha amiga Fernanda Mara Lima pelo constante apoio e amizade.

Às minhas amigas Solange Frid e Alba Lyrio pelo carinho e amizade.

Ao Matheus Duarte de Moraes e ao Lucas Duarte de Moraes pela produção gráfica dos desenhos que ilustraram a Narrativa Interativa Gráfica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1. Encaminhamento de crianças para atendimento psicológico: uma revisão integrativa de literatura	15
1.1 Motivos para o encaminhamento infantil.....	20
1.2 Fontes de encaminhamento infantil	23
1.3 Perfil da clientela infantil	25
1.4 Os pais e o atendimento psicológico dos filhos	27
1.5 Adesão e abandono da psicoterapia	31
1.6 Reflexões sobre o encaminhamento psicológico infantil	36
CAPÍTULO 2. Metodologia	44
2.1 Narrativa Interativa	48
2.1.1 Narrativa Interativa apresentada aos pais.....	50
2.1.2 Narrativa Interativa Gráfica apresentada à criança	51
2.2 Os participantes.....	52
2.3 Os encontros com os participantes.....	53
2.4 A Unidade de Saúde Mental	56
2.4.1 O funcionamento da Unidade e suas bases legais	58
2.5 Os primeiros passos da pesquisa.....	61
2.6 Análise das Narrativas	63
2.7 Considerações éticas.....	64
CAPÍTULO 3. Narrativas de mães, pais, crianças e profissionais.....	66
3.1 O Caso Ariel	66
3.1.1 Breve apresentação	66
3.1.2 Narrativa transferencial do encontro com os pais	67
3.1.3 Narrativa transferencial do encontro com a criança	73
3.1.4 Narrativa transferencial do segundo encontro com a criança	76

3.1.5 Narrativa transferencial do encontro com o psicólogo responsável pelo caso.....	79
3.1.6 Narrativa transferencial do encontro com o psiquiatra	82
3.1.7 Narrativa transferencial do encontro com a psicóloga do hospital ...	85
3.1.8 Narrativa transferencial do encontro com a pediatra.....	89
3.1.9 Últimas notícias de Ariel.....	91
3.2 Caso Rafaela.....	91
3.2.1 Breve apresentação	91
3.2.2 Narrativa transferencial do encontro com a prima.....	92
3.2.3 Narrativa transferencial do encontro com a criança	95
3.2.4 Narrativa transferencial do segundo encontro com a criança	98
3.2.5 Narrativa transferencial do encontro com a psicóloga responsável pelo caso.....	100
3.2.6 Narrativa transferencial do encontro com a enfermeira.....	102
3.2.7 Últimas notícias sobre Rafaela.....	104
3.3 Tomás.....	104
3.3.1 Breve apresentação	104
3.3.2 Narrativa transferencial do encontro com a mãe.....	105
3.3.3 Narrativa transferencial do encontro com a criança	109
3.3.4 Narrativa transferencial do encontro com a Conselheira Tutelar ...	113
3.3.5 Narrativa transferencial do encontro com o psicólogo responsável pelo caso.....	117
3.4 Nicole.....	120
3.4.1 Breve apresentação	120
3.4.2 Narrativa transferencial do encontro com a mãe.....	120
3.4.3 Narrativa transferencial do encontro com a criança	124
3.4.4 Narrativa transferencial do encontro com a Coordenadora e a Vice-Diretora da Escola.....	127
3.4.5 Narrativa transferencial do encontro com o pai.....	130

3.4.6 Narrativa transferencial do encontro com a psicóloga responsável pelo caso.....	133
3.4.7 Últimas notícias de Nicole	136
CAPITULO 4. Sentidos do encaminhamento psicológico infantil	137
4.1 Fontes do encaminhamento	138
4.2 Perfil da clientela	144
4.3 Motivos para o encaminhamento.....	151
4.4 Os pais e o atendimento psicológico dos filhos	156
4.5 Adesão e abandono.....	168
Considerações finais	178
REFERÊNCIAS.....	181
ANEXOS	191

RESUMO

Autuori, M. (2018). Encontros e Desencontros no Processo de Encaminhamento Psicológico Infantil. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

A crescente demanda pelo atendimento psicológico infantil resulta no aumento do encaminhamento de crianças para os serviços de saúde mental. Entretanto, estima-se uma taxa de 50% a 60% de abandono da psicoterapia infantil. Sendo o início do atendimento psicológico infantil a fase mais delicada e decisiva para o sucesso ou fracasso da psicoterapia, cabe investigarmos os sentidos do encaminhamento psicológico infantil, a fim de compreendermos os significados atribuídos a esse processo. Para tanto, utilizando metodologia qualitativa de orientação psicanalítica entrevistamos quatro crianças e seus pais, além de psicólogos e outros profissionais envolvidos com os encaminhamentos para uma Unidade Pública de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Adotamos como procedimento o enquadre de entrevistas abertas individuais e o recurso investigativo das Narrativas Interativas, no intuito de facilitar o acesso à experiência vivida pelos participantes. Estabelecemos cinco eixos temáticos que contemplam os sentidos encontrados, tanto na literatura científica quanto nos relatos dos participantes, a saber: Motivos para o encaminhamento infantil; Fontes de encaminhamento infantil; Perfil da clientela infantil; Os pais e o atendimento psicológico dos filhos; e Adesão e abandono da psicoterapia. Tais eixos norteiam a discussão sobre o tema do encaminhamento psicológico infantil à luz da literatura científica e da obra de Donald Woods Winnicott. Os pais figuram como os principais envolvidos, embora usualmente excluídos da tomada de decisão, cuja participação em todas as etapas do processo de encaminhamento psicológico é decisiva para o sucesso ou fracasso do próprio encaminhamento. Além disso, a inclusão da perspectiva da criança nos permitiu não só revelar os sentidos que esta atribui aos esforços de compreensão dos profissionais, ao cuidado parental e ao seu próprio sofrimento, mas duvidar da eficácia de qualquer intervenção que desconsidere a visão infantil e exclua uma profunda parceria com os pais.

Palavras chave: Encaminhamento psicológico, relação pais-criança, narrativas interativas, psicanálise.

ABSTRACT

Autuori, M. (2018). Encontros e Desencontros no Processo de Encaminhamento Psicológico Infantil. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

The growing demand for child psychological care results in increased referral of children to mental health services. However, a rate of 50% to 60% abandonment of child psychotherapy is estimated. Since the beginning of child psychological care is the most delicate and decisive phase for the success or failure of psychotherapy, we must investigate the purposes of children's psychological referrals to understand the meanings attributed to this process. To do so, using a psychoanalytically oriented qualitative methodology, we interviewed four children, their parents, psychologists and other professionals involved in the referral to a Public Health Unit for Children and Adolescents. We adopted as a procedure the framework of individual open interviews and the investigative resource of Interactive Narratives to facilitate access to the experience undergone by the participants. We have established five thematic axes that contemplate the meanings found, both in the scientific literature and in the participants' reports, as follows: Reasons for child referral; Sources of child referral; Profile of children's clientele; Parents and the psychological care of their children; and Adherence and abandonment of psychotherapy. Such axes guide the discussion about the theme of the psychological referral of children in the light of the scientific literature as well as the work of Donald Woods Winnicott. Parents appear as the main part involved, although usually excluded from decision making, whose participation in all stages of the referral process is decisive to the success or failure of the referral itself. In addition, the inclusion of the child's perspective has enabled us not only to reveal the meanings that it attributes to the efforts of understanding by professionals, to parental care and to their own suffering, but to doubt the effectiveness of any intervention that disregards the child's view and excludes a deep partnership with parents.

Keywords: Psychological referral, parent-child relationship, interactive narratives, psychoanalysis.

RESUMEN

Autuori, M. (2018). Encontros e Desencontros no Processo de Encaminhamento Psicológico Infantil. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

La creciente demanda por la atención psicológica infantil resulta en el aumento de la derivación de niños a los servicios de salud mental. Sin embargo, se estima una tasa de 50% a 60% de abandono de la psicoterapia infantil. Siendo el inicio de la atención psicológica infantil la fase más delicada y decisiva para el éxito o fracaso de la psicoterapia, cabe investigar los sentidos de las derivaciones psicológicas infantiles, a fin de comprender los significados atribuidos a este proceso. Para ello, utilizando el método cualitativo de orientación psicoanalítica entrevistamos cuatro niños, sus padres, psicólogos y otros profesionales involucrados en las derivaciones a una Unidad Pública de Salud Mental Infanto-Juvenil. Adoptamos como procedimiento el encuadre de entrevistas abiertas individuales y el recurso investigativo de las Narrativas Interactivas, con la intención de facilitar el acceso a la experiencia vivida por los participantes. Establecimos cinco ejes temáticos que contemplan los sentidos encontrados, tanto en la literatura científica como en los relatos de los participantes, que son: Motivos para la derivación infantil; Fuentes de derivación infantil; Perfil de la clientela infantil; Los padres y la atención psicológica de los hijos; y Adhesión y abandono de la psicoterapia. Tales ejes guían la discusión sobre el tema de derivación infantil a la luz de la literatura científica, así como la obra de Donald Woods Winnicott. Los padres aparecen como los principales involucrados, aunque usualmente excluidos de la toma de decisiones, siendo su participación en todas las etapas de proceso de derivación decisiva para el éxito o fracaso de la derivación psicológica infantil. Además de eso, la inclusión de la perspectiva del niño nos permitió no solo revelar los sentidos que él atribuye a los esfuerzos de comprensión por parte de los profesionales, al cuidado parental y a su propio sufrimiento, sino dudar de la eficacia de cualquier intervención que no tenga en cuenta la visión infantil y excluya una profunda cooperación con los padres.

Palabras clave: Derivación psicológica; relación padres-hijos; narrativas interactivas; Psicoanálisis

APRESENTAÇÃO

Ainda adolescente, comecei a trabalhar com crianças em um orfanato, como voluntária. Anos depois, estava eu na sala de aula na função de professora e, mais tarde, como psicóloga atendendo em consultório privado e em um ambulatório público.

Observando o sofrimento das crianças, que expressava tanto em contexto de aprendizagem quanto na área da Psicologia, percebi o destacado papel do meio ambiente, o que incluía os cuidados parentais, sobre o desenvolvimento das crianças. A partir do meu contato com a obra de Donald Woods Winnicott (1896-1971) comecei a entender a necessidade de um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento saudável da criança.

Na clínica psicológica infantil pude observar diversos problemas emocionais associados a falhas na provisão ambiental, ou a situações-problema para as quais a criança ainda não conta com um ego suficientemente integrado para compreender e lidar.

Em meu último trabalho clínico, em um ambulatório público de uma Unidade Básica de Saúde, onde criei um serviço de psicologia infantil, deparei-me com uma demanda sempre muito alta, recebendo em média 90 a 100 encaminhamentos por ano em um serviço que funcionava duas vezes por semana e com apenas uma psicóloga. Tornou-se necessário criar estratégias de intervenção que permitissem, ao mesmo tempo, acolher as crianças e suas famílias e oferecer um serviço de qualidade, o que exigia uma busca constante de soluções possíveis.

Desse contexto que se reproduzia em outras Unidades de Saúde, incluindo os municípios vizinhos, questões brotaram e muitas ficaram sem resposta. O número crescente de encaminhamentos para psicoterapia seria um sinal de que as famílias estariam com dificuldades de prover um ambiente suficiente bom para o desenvolvimento de suas crianças? As crianças estariam sendo expostas a invasões da realidade dada a precocidade do enfrentamento de situações-problema na etapa maturacional em que se encontravam? E como o psicólogo poderia dar conta dessa demanda de suporte ampliado, aquele que excede as possibilidades clínicas, no serviço público? Desse questionamento pessoal sobre a afinação entre a demanda e sua escuta pelo psicólogo nasceu o projeto de investigar o processo de encaminhamento para a clínica psicológica infantil que, agora finalizado, compartilho com o leitor.

No caminhar da pesquisa, novas questões se apresentaram para reflexão, tais como a adesão ao atendimento psicológico e sua contraparte, o abandono; o papel dos pais, e sua própria necessidade de suporte e inclusão desde a etapa de avaliação psicológica dos filhos; a intrincada rede de motivos que levam ao encaminhamento psicológico de uma criança; o perfil da clientela infantil na rede pública; e, finalmente, as fontes responsáveis pelo encaminhamento psicológico infantil. Esses temas se tornaram norteadores da discussão realizada neste trabalho que se articula em torno da literatura produzida no âmbito da pesquisa científica que toma o encaminhamento psicológico infantil como objeto de estudo e o rico material narrativo resultante dos meus encontros com os participantes deste estudo.

Este trabalho se organiza em quatro seções: o capítulo 1 que consiste em uma revisão da literatura científica, contemplando estudos dos últimos 10

anos, e fornece um panorama atual sobre o tema do encaminhamento psicológico infantil; o capítulo 2 que apresenta a metodologia utilizada nesta pesquisa, incluindo o caminho percorrido e seus fundamentos teóricos. No capítulo 3 apresento as Narrativas Interativas produzidas por pais e crianças, além do relato das entrevistas que realizei com os participantes. O capítulo 4 se refere à discussão teórico-clínica sobre os sentidos que o encaminhamento psicológico infantil toma, fundamentada na literatura consultada e na experiência emocional narrada pelos participantes.

Espero que o conhecimento produzido por esta pesquisa de doutorado permita ampliar a nossa compreensão sobre o encaminhamento e o atendimento psicológico infantil, o que me parece fundamental para a proposição de intervenções psicológicas mais afinadas às necessidades da criança e sua família, as quais podem se ocultar sob imperativos de adaptação a uma realidade nem sempre acolhedora, da qual o próprio psicólogo participa.

CAPITULO 1. Encaminhamento de crianças para atendimento psicológico: uma revisão integrativa de literatura

Na atualidade, observa-se uma crescente demanda pelo atendimento psicológico infantil como resultado usual do encaminhamento de crianças para os serviços públicos e para as clínicas-escola (Cunha & Benetti, 2009; Finkel, 2009; Prebianchi, 2011). Finkel (2009) propõe alternativas que permitam adequar o grande volume de demanda na rede pública a uma oferta de serviço eficiente, como por exemplo, o atendimento psicológico em grupo, quando pertinente aos casos encaminhados. Cunha e Benetti (2009) salientam o paradoxo entre a escassez de trabalhos sobre a clínica infantil e o alto índice de procura, assim como questionam se a alta demanda se origina de uma falha nos cuidados oferecidos à criança, seja pela família, pelas escolas ou pela comunidade. Também observam que a maioria das intervenções é realizada na modalidade individual quando os grupos seriam uma solução eficaz. Prebianchi (2011) aponta para a ausência de critérios nos encaminhamentos realizados pelos níveis primários de atenção à saúde e também recomenda a modalidade do trabalho em grupos, desde que se respeite a indicação terapêutica, como uma resposta efetiva à alta demanda.

Smith, Daniel e Hubbard (2017) apontam dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2016 que indicam uma prevalência de 10% a 20% de crianças e adolescentes diagnosticados com transtornos ou problemas de saúde mental, enquanto dados de 2014 revelam que 50% dos casos de transtornos mentais em adultos se iniciam antes dos 14 anos de idade. Nesse sentido, a demanda não assistida pode acarretar problemas significativos de

saúde e bem-estar, na trajetória de desenvolvimento de crianças e jovens, a longo prazo (Smith, Daniel & Hubbard, 2017).

Em contrapartida, o estudo de Gastaud, Basso, Soares, Eizirik e Nunes (2011) revela uma alta taxa de abandono na clínica infantil, fato já apontado por Nunes, Silveiras, Maturano e Oliveira (2009), cujo estudo identifica uma taxa de abandono entre 50% e 65% dos atendimentos infantis. Vale ressaltar que é mais frequente que o abandono se dê na fase inicial do processo, período que se estende desde o encaminhamento inicial, passando pela acolhida inicial da criança e seus pais, até a conclusão da avaliação da criança (Cunha & Benetti, 2009).

A fase inicial do atendimento é crucial para a formação de um vínculo de confiança do profissional com os pais e com a criança, o que garante a continuidade e o sucesso do tratamento, conforme Cunha e Benetti (2009) salientam. Esta etapa costuma ser carregada de grande tensão emocional, visto que cada um dos envolvidos, sejam os pais, a criança, o psicólogo e o profissional que a encaminhou, têm suas próprias expectativas em relação ao sentido do encaminhamento e, conseqüentemente, ao tratamento que será proposto (Andrade, Mishima-Gomes & Barbieri, 2012). A consideração dessas expectativas pelo psicólogo que recebe a criança contribui para o estabelecimento de um vínculo de cuidado e confiança que se estenderá aos procedimentos adotados na condução do caso. Contudo, se as demandas que subjazem às expectativas da família e da criança forem subjugadas ao saber do psicólogo que acolhe o caso, é provável que as necessidades da criança deixem de ser atendidas (Finkel, 2009).

Nesse cenário controverso, em que uma parcela importante das buscas por atendimento psicológico infantil tem como desenlace o seu abandono por parte do paciente e de sua família, logo após seu acolhimento, urge compreender os sentidos que o encaminhamento de crianças para a clínica psicológica pode tomar, de acordo com a perspectiva de cada um dos envolvidos no processo. Salientamos que neste estudo utilizaremos o termo acolhimento com sentido diverso ao expresso pela diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), definida por:

Uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (PNH, 2013, p. 21).

Tal diretriz favorece uma modalidade de atendimento que leva em conta as relações intersubjetivas entre usuários e profissionais, constituindo-se, entretanto, em uma prática de efetivos resultados (Zini e Cury, 2014). Utilizaremos o termo acolhimento para assinalar o momento de recepção da criança e sua família no serviço de saúde para o qual foi encaminhada.

Para dar início a este trabalho, realizamos uma revisão integrativa da literatura científica recente sobre o tema do encaminhamento psicológico infantil, com o intuito de contextualizar a presente pesquisa e contribuir para o debate sobre o tipo de relação que se estabelece entre a demanda e o cuidado psicológico oferecido.

Para o levantamento de literatura foram acessados os portais CAPES e BVS-Psi, com o objetivo de selecionar artigos científicos completos, nacionais e

estrangeiros, cujo processo editorial incluísse avaliação cega por pares, que fossem publicados entre março de 2007 a março de 2017 e que tratassem do encaminhamento psicológico como objeto do estudo. A fim de obter uma literatura compreensiva, foram consultadas as seguintes bases de dados: PePSIC, SciELO Brazil, LILACS, MEDLINE/PubMed, PsycINFO e ScienceDirect, no mês de março de 2017.

Iniciamos a busca com a utilização das palavras chave “criança” AND “psicoterapia” no portal BVS-Psi onde encontramos 40 artigos na base PePSIC, 43 na SciELO BRASIL e 118 na LILACS. Em seguida, recorreremos à leitura dos títulos dos artigos e selecionamos 20 artigos na LILACS, 8 na SciELO BRASIL e 10 na PePSIC, com base no critério que restringe esta revisão ao estudo do encaminhamento psicológico infantil. Na etapa seguinte a leitura dos 38 resumos nos permitiu selecionar 10 artigos na base PePSIC, 5 na SciELO BRASIL e 13 na LILACS. Tendo descartado os trabalhos repetidos, isto é, aqueles que estão indexados em mais de uma das bases consultadas, tivemos como resultado final da busca um total de 17 artigos nacionais.

A busca por artigos internacionais foi realizada no portal da CAPES utilizando os mesmos critérios aplicados aos nacionais, ou seja, artigos completos, revisados por pares, e publicados entre março de 2007 e março de 2017. Recorreremos às bases de dados MEDLINE/PubMed e PsycINFO utilizando os termos “children” AND “psychotherapy” o que retornou na base PsycINFO 9.886 artigos e na base Medline/Pubmed 9.673 artigos. Em uma segunda etapa refinamos a busca utilizando os descritores “children” AND “referral” AND “psychological” AND “treatment” tendo como resultado 310 artigos na Medline/Pubmed e 270 na base PsycINFO. O uso desses termos

visou a aplicação de filtros que nos direcionassem para artigos que tomam o encaminhamento psicológico como objeto do estudo e não como tema tangencial ou relacionado a uma patologia, situação ou contexto específico. Na terceira etapa do levantamento realizamos a leitura dos títulos e selecionamos 22 artigos na PsycINFO e 35 na Medline/Pubmed. Em seguida fizemos a leitura dos resumos e tivemos como resultado final 2 artigos na PsycINFO e 3 na Medline/Pubmed.

Ainda no portal CAPES, realizamos nova busca usando as palavras chave “enfants” AND “psychothérapie” utilizando os mesmos critérios de inclusão, na base ScienceDirect, o que resultou em 606 artigos. Em uma segunda etapa, a leitura dos títulos nos permitiu selecionar 15 artigos. Na terceira fase realizamos a leitura dos 15 resumos que resultou em 5 artigos na base ScienceDirect.

Como resultado final do levantamento de artigos científicos para esta revisão, obtivemos um total de 27 artigos (Anexo I), sendo 17 nacionais e 10 internacionais, que tratavam diretamente do tema do encaminhamento de crianças para atendimento psicológico. A leitura e análise dos trabalhos selecionados nos permitiu identificar eixos temáticos que organizam/apresentam diferentes aspectos do encaminhamento psicológico infantil, tal como foram investigados pelos autores dos artigos científicos que compõem o *corpus* deste estudo.

Apresentamos a seguir os resultados desta revisão de literatura de acordo com cinco eixos temáticos em torno dos quais a produção científica recente se organiza: os motivos que levam ao encaminhamento psicológico infantil, as fontes desse encaminhamento, o perfil da clientela infantil, o lugar

dos pais no atendimento psicológico dos filhos e, finalmente, a adesão e o abandono do atendimento psicológico.

1.1 Motivos para o encaminhamento infantil

Encontramos na literatura científica uma gama de motivos para o encaminhamento de crianças para psicoterapia. Autores como Sei, Souza e Arruda (2008), assim como Finkel (2009), avaliam os sintomas apresentados pela criança como resultantes de conflitos familiares, configurando-se como sintoma familiar e não infantil. Finkel interpreta os sintomas escolares como uma reação de oposição ao desejo dos pais, caracterizando-se como um esforço da criança no sentido de diferenciar-se dos pais. De acordo com essa perspectiva, sintomas de agressividade e hiperatividade, por exemplo, podem ser compreendidos como um reflexo da tentativa frustrada de mães que acreditam que a boa mãe não impõe limites aos filhos.

Gomes e Zanetti (2009) analisam o motivo de encaminhamento no contexto da transmissão psíquica intergeracional, de acordo com a qual um conflito infantil da mãe é revisitado na relação desta com a própria filha, o que torna o sintoma compartilhado por mãe e filha. Polli e Arpini (2013), Prebianchi (2011), assim como Cruz e Borges (2013), concordam que o motivo apresentado pelos pais para o encaminhamento do filho para psicoterapia infantil representa sua interpretação pessoal do problema da criança.

Outro grupo de trabalhos, como os de Azevedo e Sampaio (2009), Boaz, Nunes e Hirakata (2012), Breitenstein, Hill e Gross (2009), Deakin e Nunes (2009), Frisch-Desmarez (2010), Goldman (2011), Lesourd (2008), Nunes et

al. (2009), Smadja, Golse e Moro (2011), Steibel et al. (2011) e Telles, Sei e Arruda (2010) interpretam o sintoma da criança no âmbito do desenvolvimento infantil e alertam para o risco de que um sintoma seja tomado como conduta esperada para aquela idade, podendo, caso não seja identificado nem tratado, se constituir como patologia na vida adulta. Os autores salientam a identificação da demanda de tratamento como central, uma vez que o fato da criança estar em constante desenvolvimento pode comprometer a avaliação.

Höfig e Zanetti (2016) e Osti e Sei (2016) lembram que o excesso de falhas ambientais traz consequências para o psiquismo e desenvolvimento da criança, gerando assim a necessidade de ajuda psicológica. Pfefferbaum e North (2013) apontam para a necessidade de triagem para avaliação da demanda de atendimento psicológico por meio de instrumentos que considerem os princípios normativos de desenvolvimento, os fatores culturais, a linguagem, e as necessidades especiais das crianças com problemas de saúde mental, argumentando que a interpretação do sintoma que desconsidere o contexto em que se produz um diagnóstico pode levar a equívocos.

Se ajustarmos nosso foco para as condutas infantis que motivam o encaminhamento para atendimento psicológico, tal como foram elencadas nos estudos que compõem esta revisão teremos um quadro multifacetado. Cunha e Benetti (2009), na primeira etapa de um estudo que toma por objeto o serviço de uma Clínica-escola, classificam os motivos de encaminhamento infantil em dez tipos de queixa: Dificuldades em processos cognitivos; Dificuldades no comportamento afetivo; Dificuldades de relacionamento interpessoal; Dificuldades na vida diária; Dificuldades na esfera sexual; Sintomas físicos;

Distúrbios orgânicos; Distúrbios de alimentação ou sono; Dependência química; Distúrbios psiquiátricos.

Na etapa seguinte do estudo de Cunha e Benetti (2009), essas queixas foram organizadas em quatro grandes categorias: Motivos relacionados à escola sejam eles relacionados a problemas de aprendizagem, a dificuldades cognitivas ou ao sofrimento no ambiente escolar; Motivos relacionados a problemas afetivos e de comportamento, como transtornos de conduta e emocionais, além de dificuldades no relacionamento interpessoal; Problemas somáticos, tais como distúrbios na alimentação, sono e fala; 'Outros', como categoria que reúne dificuldades familiares, dificuldades na esfera da sexualidade e distúrbios psiquiátricos.

Na análise dos seus dados, segundo as quatro categorias apresentadas acima, Cunha e Benetti (2009) verificam uma maior ocorrência de problemas afetivos e de comportamento, representando 43,6% do total de queixas para as crianças do sexo masculino e 43,5 para crianças do sexo feminino, sendo seguidas pelas queixas escolares, com 34,3% para os meninos e 27,6 para as meninas. Na sequência, temos a categoria 'Outros', com 13,1% para os meninos e 12,8% para as meninas e, finalmente, os problemas somáticos, com 16% para as meninas e 9% para os meninos.

Deakin e Nunes (2009) elencam seis categorias de condutas que motivam o encaminhamento de crianças para atendimento psicológico, segundo a sua frequência: Ansiedade, insegurança e medos; Depressão e tristeza; Agressividade e problemas escolares; Dificuldades nas relações interpessoais e problemas de comportamento; Falta de atenção; Dificuldade no sono, na alimentação, ou no controle dos esfíncteres. Gastaud et al. (2011)

levantaram as seguintes razões para o encaminhamento, em ordem decrescente de prevalência: Comportamento agressivo; Ansiedade e Depressão; Problemas de atenção; Problemas de aprendizagem; Problemas de relacionamento; Queixas somáticas; Retraimento e Depressão; Comportamento desafiador ou opositor; Problemas de pensamento; concluindo com a categoria 'Não consta', para aqueles casos em que o motivo não foi registrado.

Day, Michelson e Hassan (2011) listam os seguintes motivos para o encaminhamento: Comportamento (36,4%); Ansiedade (18,8%); Outros (14,1%); Depressão (12,1%); Problemas de aprendizagem (5,6%); Déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (3,7%); Automutilação (3,7%); Problemas escolares (2,8%); Problemas de alimentação (1,9%); Autismo (0,9%). Enquanto para Ward-Zimmerman e Cannata (2012) figuram o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com (26%); Dificuldade de adaptação associada a um estressor identificável (25%); Ansiedade (20%); Sintomas depressivos (14%); Comportamento disruptivo (10%), caracterizado como condutas de padrão repetitivo e persistente em que são violadas as normas ou regras sociais.

1.2 Fontes de encaminhamento infantil

Em alguns dos artigos consultados são abordadas as fontes de encaminhamento para psicoterapia infantil. Cunha e Benetti (2009) identificam como fontes de encaminhamento infantil, as escolas (63,5%), os familiares (10,4%), os serviços médicos e comunitários (9,4%), e os pediatras (9%).

Tomando-se como referência a faixa etária, o estudo conclui que crianças de seis a doze anos são majoritariamente encaminhadas pela escola (90%), enquanto para crianças de dois a cinco anos não houve diferença significativa entre encaminhamentos feitos pelo pediatra (26,7%) ou por familiares (25%).

Em estudo comparativo entre um grupo composto por crianças que abandonaram o tratamento e outro de crianças que chegaram até o seu término, Deakin e Nunes (2009) também identificam a escola como sendo a maior fonte de encaminhamentos de crianças para atendimento psicológico em ambos os grupos. No primeiro grupo, a segunda maior fonte foi denominada de Outros, seguida pelos Familiares, pelos pediatras, psiquiatras e as fontes sem informação (com a mesma frequência), neurologistas e, por último, os psicólogos. Enumerando as fontes de encaminhamento para o segundo grupo, após a escola como fonte principal, figuram os familiares, os psiquiatras, os neurologistas, os pediatras e Outros com as mesmas porcentagens, sendo seguidas pelos psicólogos e fontes sem informação.

Gastaud et al. (2011) também constatam que a maior fonte de encaminhamento de crianças para psicoterapia é a escola, representando 34,3% da amostra estudada, sendo seguida pelos familiares (12,7%), psicólogo (7,8%), neurologista (6,8%), pediatra (6,3%), outras instituições de atendimento (6,0%), outras modalidades médicas (5,4%), psiquiatra (3,3%), Conselho Tutelar (1,2%), pedagogo (1,0%), assistente social (0,9%), Outros (7,4%) e Não consta (6,9%). Já Prebianchi (2011) observou que mais da metade das crianças encaminhadas para psicoterapia em uma Clínica-escola era proveniente de médicos e outros profissionais da saúde; em segundo lugar,

figurava o Conselho Tutelar; depois, as escolas e, em menor número, as famílias.

Em termos da adesão ao tratamento psicológico, Nunes, et al. (2009) observam que crianças encaminhadas por neurologistas ou psicólogos apresentam maior adesão, enquanto Gastaud et al. (2011) concluem que crianças encaminhadas pelo psiquiatra apresentam maior adesão, em oposição à busca por atendimento psicológico realizada pela própria família, fonte esta que está associada a uma baixa adesão. Além disso, Gastaud et al. verificaram que crianças que recebem tratamentos concomitantes à psicoterapia, como o psiquiátrico ou o fonoaudiológico, apresentam maior adesão.

Ward-Zimmerman e Cannata (2012) investigam o desenvolvimento de uma parceria entre profissionais de saúde e psicólogos para identificação, avaliação e encaminhamento para psicoterapia infantil, baseados na ideia de que é difícil identificar e avaliar as condutas infantis. Observam, ainda, que quanto maior a confiança familiar no profissional que encaminha, maior será a adesão ao tratamento psicológico.

1.3 Perfil da clientela infantil

O perfil da clientela encaminhada para atendimento psicológico infantil é investigado em alguns dos artigos incluídos nesta revisão, a fim de contribuir com a produção de conhecimento que venha a subsidiar a reflexão e as práticas clínicas.

Em uma Clínica-escola, Cunha e Benetti (2009) identificam uma clientela infantil, na faixa de 2 a 12 anos de idade, representando 51,8% de todos os

casos atendidos. Desse total, 10,6% eram crianças na faixa etária de 2 a 5 anos de idade, 56,4% se situava entre 6 e 9 anos e 32,9% de crianças entre 10 e 12 anos. As autoras sublinham o fato de que crianças com 7 anos de idade representavam 18% dos casos, enquanto 15% de sua amostra compreendia crianças com 8 anos de idade, identificando uma demanda maior entre os 7 e 8 anos.

Quanto ao gênero, Cunha e Benetti (2009) observam que os meninos predominam, representando 67,3% das crianças que demandam psicoterapia, enquanto as meninas representam 32,7%. Entretanto, as autoras observam que entre os 2 e 5 anos de idade não há diferença significativa entre os gêneros, enquanto entre os 10 e 12 anos os meninos representam 65,9%, e entre 6 e 9 anos, 70,8%. Em relação à renda familiar, os autores constatam que 30% recebia até 1 salário mínimo, 40% recebia até 2 salários mínimos e 30% até 4 salários mínimos. Do total de crianças, 53% provinham de famílias com pai e mãe, 32% moravam somente com as mães, e as demais, com o pai ou com parentes.

Gastaud et al. (2011) analisam 2106 prontuários de dois serviços de atendimento psicológico, um situado na cidade de Porto Alegre e outro no interior do Rio Grande do Sul, ambos oferecidos como atividade de formação e estudo. Na amostra estudada, encontraram um percentual maior de meninos (67,6 %) que demandam psicoterapia, corroborando os achados de Cunha e Benetti (2009). Gastaud et al. (2011) verificaram que 43,2% da clientela tinha entre 7 e 9 anos, 29,6% entre 10 e 12 anos, 23,2% entre 4 e 6 anos, e 3,9% até 3 anos de idade, dados corroborados pelo estudo de Cruz e Borges (2013),

quando concluem que meninos entre 5 e 8 anos de idade constituem o grupo que mais demanda psicoterapia.

Quanto à escolaridade das crianças, Gastaud et al. (2011) constataram que a maioria (34,4%) frequentava a primeira e segunda séries, 29,9% cursava a terceira série e subsequentes, enquanto 11,5% frequentavam a pré-escola, 6% o maternal, creche ou berçário, e 2,3% não frequentavam qualquer escola. Quanto à composição familiar relataram que 56,7% moravam com ambos os pais, 28,3% apenas com a mãe, 6,1% com mãe e padrasto, 4,6% com outro familiar, 1,5% com o pai, 1,4% careciam dessa informação, 0,8% com pai e madrasta e 0,6% estavam em abrigo.

Em um estudo que analisou os dados de três Clínicas-escola, ao longo de três décadas, Boaz et al. (2012) observaram que, nas décadas de 1980 e 1990, era maior a prevalência de meninos (17,9% e 21,3%, respectivamente) na busca por atendimento psicológico infantil em comparação às meninas (15,5% e 18,8%, respectivamente). Contudo, constataram que, a partir do ano 2000, a demanda da parte de meninas (65,7%) ultrapassou a dos meninos (60,8%).

1.4 Os pais e o atendimento psicológico dos filhos

Dos cinco eixos temáticos que organizam os resultados desta revisão, o tema da interação dos pais com o atendimento psicológico do filho foi abordado em todos os artigos selecionados. A participação dos pais, ao longo do atendimento psicológico do filho, é apontada como determinante para o sucesso ou fracasso do tratamento. Gastaud et al. (2011) e Prebianchi (2011)

sugerem que o início do atendimento se constitui como momento crucial para a formação de um vínculo positivo entre o psicólogo e os pais da criança. Steibel et al. (2011) também apontam para a relevância do início do atendimento, quando tem lugar a avaliação do caso e o psicólogo pode optar por diferentes estratégias de intervenção, tanto para a criança como para os pais.

Deakin e Nunes (2009), bem como Sei et al. (2008) consideram o vínculo do psicólogo com os pais como mais importante do que aquele que se estabelece entre o psicólogo e a criança, uma vez que compete aos pais a decisão pela continuidade ou interrupção dos atendimentos. Em seus estudos sobre Avaliação Psicológica Infantil, Dubé e Noël (2015) verificam a importância da participação dos pais durante o processo de avaliação psicológica da criança não somente como meros informantes das suas dificuldades e de seu histórico, mas principalmente como colaboradores participativos nesse processo.

As modalidades de abordagem psicológica dos pais variam de acordo com a demanda identificada, tais como, orientação para os pais, encaminhamento da mãe, do pai ou de ambos para atendimento psicológico, ou acompanhamento dos pais, atendimentos cuja frequência pode ser desde mensal a semestral, sendo concomitante ao atendimento do filho. Azevedo e Sampaio (2009), assim como Gomes e Zanetti (2009), ressaltam que a escolha pela conduta terapêutica será orientada pelo referencial teórico do profissional que propiciará uma compreensão das necessidades e demandas avaliadas em cada caso.

De acordo com Telles et al. (2010) foi identificada uma preferência pelo atendimento inicial individual com os pais, na maioria das vezes sendo

realizado somente com a mãe e, posteriormente, uma avaliação com a criança, por meio de consultas terapêuticas livres ou na modalidade de psicodiagnóstico. Osti e Sei (2016) concluem que o psicólogo deve estar atento às expectativas dos pais em relação ao atendimento psicológico, além de fazer a mediação entre os desejos dos pais e os desejos da criança.

Uma abordagem alternativa, segundo Gomes e Zanetti (2009), são as consultas conjuntas com pais e filhos, ou mãe e filho, após as entrevistas individuais iniciais com os pais, ou mesmo como processo psicoterapêutico, embora Andrade et al. (2012) avaliem que, em alguns casos, os pais, ou somente a mãe, necessitem de atendimento psicológico. Neste caso, os autores entendem que o problema levado para a psicoterapia diz respeito aos pais e não à criança, ficando a criança dispensada de qualquer tratamento. Todos os demais autores da literatura levantada compartilham a ideia de que as expectativas dos pais em relação ao encaminhamento e às indicações de tratamento devem ser levadas em consideração pelo psicólogo já no momento de acolhida inicial, o que parece ser uma condição essencial para a efetividade do tratamento.

Finkel (2009) observa que tanto nos serviços públicos, como nos privados, na maioria das vezes, é a mãe que leva o filho para atendimento psicológico, sendo mínima a participação do pai. Sei et al. (2008), bem como Finkel (2009), observam que os pais costumam se culpar pelos problemas dos filhos, cabendo ao psicólogo que os recebe não pactuar com essa configuração inicial. Por esse motivo, o profissional deve evitar condutas baseadas em juízos de valor, nem se colocar como detentor de um saber superior sobre a criança, ou como aquele que corrigirá possíveis erros dos pais.

Breitenstein et al. (2009) lembram que alguns pais relutam em procurar ajuda psicológica por receio da estigmatização do filho, além do sentimento de culpa pelo fracasso. Andrade et al. (2012) também observam que o alívio sentido pelos pais, quando conseguem pedir ajuda, costuma ser acompanhado do sentimento de fracasso pelas falhas cometidas. Frisch-Desmarez (2010) reconhece o paradoxo que hoje se estabelece pela convivência de altas expectativas sociais em relação ao papel dos pais na educação dos filhos com a permissividade dos modelos atuais de educação.

Quando a demanda pelo atendimento psicológico não é originada na própria família, Cruz e Borges (2013) consideram que os pais podem sentir-se pressionados por quem realizou o encaminhamento do filho, seja a professora, o médico, ou outro profissional de saúde o qual, por sua vez, passa a aguardar uma mudança no comportamento da criança, gerando mais ansiedade nos pais. Polli e Arpini (2013) corroboram a ideia de que os pais, ou a mãe, são os grandes depositários das angústias levantadas em todos os envolvidos no encaminhamento da criança.

Finkel (2009) recomenda que o psicólogo acolha angústias, expectativas e sentimentos de culpa dos pais, partindo do pressuposto de que estes buscam fazer o melhor para seus filhos. Afinal, ao buscarem um tratamento psicológico, aceitam a própria necessidade de ajuda, permitindo que o profissional intervenha na relação pais-filhos. Gastaud et al. (2011) lembram que os pais podem sentir-se ambivalentes, ora aprovando, ora desaprovando a intervenção psicológica, na medida em que as mudanças observadas nos filhos, advindas dos atendimentos, podem demandar uma reorganização da dinâmica familiar, o que nem sempre corresponde às expectativas dos pais.

Ward-Zimmerman e Cannata (2012) reconhecem a necessidade de programas de educação preventiva para famílias que envolvam cuidados na área da saúde mental infantil, em serviços de saúde, tais como a orientação breve para os pais, ou mesmo o encaminhamento destes para outros serviços da comunidade. As autoras observam o impacto que a saúde mental dos pais pode ter no desenvolvimento da criança, dada a condição de dependência em que ela se encontra, corroborando as conclusões de Breitenstein et al. (2009) quando enfatizam a importância de um bom relacionamento entre pais e filhos, principalmente em se tratando de crianças pequenas, para um desenvolvimento emocional saudável.

1.5 Adesão e abandono da psicoterapia

O tema do abandono na clínica infantil é apontado na literatura como o mais enigmático e, por essa razão, configura um campo próprio que demanda mais estudos. Muitos autores afirmam que a busca pelo atendimento psicológico infantil aumentou muito nas últimas três décadas, embora as taxas de abandono da psicoterapia infantil tenham acompanhado esse crescimento.

Em um levantamento realizado em uma Clínica-escola infantil, Cunha e Benetti (2009) encontram um percentual de mais da metade de abandonos dos atendimentos psicológicos iniciados. Além disso, o número de crianças que chegam a receber atendimento psicológico é menor que 50% das crianças encaminhadas. Nunes et al. (2009) referem taxas de abandono de psicoterapia infantil entre 25% e 60% no Brasil. Gastaud et al. (2011) confirmam que é grande o número de crianças que, depois de procurar ajuda psicológica,

abandona ou nem chega a iniciar o tratamento. Ward-Zimmerman e Cannata (2012) observam que entre um terço e metade das crianças encaminhadas por pediatras para psicoterapia não chegam a acessar o serviço.

Algumas hipóteses são levantadas, embora não se tenha chegado a nenhuma conclusão. Cunha e Benetti (2009) apontam para a necessidade de avaliação dos serviços oferecidos, os quais devem levar em conta as necessidades das famílias que procuram atendimento psicológico. Além disso, recomendam que se leve em consideração a condição socioeconômica da clientela, em função de demandas específicas e características culturais próprias que não se enquadram no modelo vigente, ainda pautado na clínica psicológica privada. Nunes et al. (2009) investigam a possibilidade do abandono estar relacionado ao uso frequente da modalidade de psicoterapia individual, e ponderam se a psicoterapia de grupo seria mais apropriada e eficaz, uma vez que a demanda costuma ser bem maior que a oferta, no caso dos serviços públicos de saúde.

Cunha e Benetti (2009) observam uma estreita relação entre a adesão ao tratamento e os motivos do encaminhamento da criança, na medida em que as crianças encaminhadas por dificuldades escolares são as que permanecem mais tempo em psicoterapia, enquanto as crianças que sofrem com problemas psicossomáticos costumam abandonar mais cedo.

Deakin e Nunes (2009) observam que das crianças atendidas em um ambulatório público, as meninas representam 62,5% da clientela que permaneceu em atendimento psicológico até o seu término, quando comparadas com os meninos (37,5%). Delineando o perfil dessa clientela, de acordo com a idade, os autores verificam que crianças na faixa de 9 anos de

idade são as que permanecem mais tempo em psicoterapia, representando 25% da amostra, sendo seguidas pelas crianças de 6 anos (20,8%), pelas de 8 e 10 anos (16,7% cada), pelas de 7 anos, com 12,5% e, finalmente, as de 11 anos de idade (8,3%). Outro achado significativo diz respeito ao fato de crianças com maior grau de escolaridade permanecerem mais tempo em atendimento, sendo 29,2% da terceira série, 20,8% da quarta série, 16,7% da primeira série, 12,5% da quinta série, enquanto crianças de segunda série (8,3%) e pré-escolar (8,3%) são as que permanecem menos tempo em psicoterapia.

Nunes et al. (2009) constatam que crianças encaminhadas por neurologistas ou psicólogos apresentam menor risco de abandono. Já a mudança de psicoterapeuta, a proximidade do início do tratamento, a discordância entre os pais e o psicólogo sobre os motivos do encaminhamento dos filhos para psicoterapia são fatores que aumentam o risco de abandono do tratamento. Osti e Sei (2016) apontam para a possibilidade de resistência por parte dos pais quando o sintoma da criança é colocado em evidência. De modo geral, conflitos entre os pais e o psicólogo ameaçam a continuidade do atendimento, visto que esta depende do consentimento dos pais. Contudo, Nunes et al. (2009) afirmam que, apesar do expressivo abandono da psicoterapia infantil, os tratamentos realizados mostram-se, na maioria das vezes, eficazes em relação à melhora na qualidade de vida das crianças.

De acordo com Finkel (2009), muitos pais chegam ao consultório sentindo-se culpados pelos problemas dos filhos e, conforme a conduta do psicólogo frente a esse sentimento de culpa, os pais podem, de modo defensivo, decidir interromper o tratamento que eles mesmos solicitaram.

Breitenstein et al. (2009) notam que o sentimento de culpa relacionado à responsabilidade dos pais pode vir a se configurar como uma barreira que os impedirá de buscar ajuda nos estágios iniciais do sofrimento dos filhos.

Prebianchi (2011) salienta que a falta de comunicação entre o psicólogo e os pais, aliado ao fato do psicólogo não levar em consideração as expectativas parentais durante o tratamento, assumindo a postura de detentor exclusivo do saber sobre a criança, terá como consequência principal o abandono da psicoterapia. A autora também observa que as exigências impostas pelo tratamento, como frequência em dias e horários determinados, ou durante o horário de trabalho dos pais, podem inviabilizar o tratamento, levando ao abandono da psicoterapia.

Outro dado significativo, referido na literatura, diz respeito ao momento em que o abandono da psicoterapia costuma ocorrer, sendo identificado por Cunha e Benetti (2009), além de Gastaud et al. (2011) como o seu período inicial, sugerindo pouca efetividade do acolhimento nos primeiros encontros com o paciente. Nunes et al. (2009) concordam que os índices de abandono são maiores nos três primeiros meses, diminuindo consideravelmente a partir do sexto mês de tratamento. Observam também que entre a primeira e a décima quinta sessão predominam os abandonos sobre as altas; porém, dobram-se as chances de abandono antes do primeiro mês e quando o paciente falta mais de cinco vezes às sessões. Também consideram um fator relevante o tempo decorrido entre a avaliação diagnóstica e a psicoterapia, pois nos casos em que esse intervalo é superior a um mês a taxa de abandono é muito alta.

Nunes et al. (2009) chamam a atenção para a ausência de consenso quanto à definição de abandono, o que dificulta a caracterização desse fenômeno. O abandono pode ter ocorrido devido à percepção dos pais de que a criança já estava livre dos sintomas, enquanto para o psicólogo essa criança ainda não estaria em condições de receber alta. Embora tais casos possam ser caracterizados como bem sucedidos, entram na contagem de abandonos, visto que os pais deixam de comparecer às consultas sem comunicar sua intenção de interrompê-las. Segundo as autoras, de 14% a 51% dos casos são interrompidos antes da alta.

Em busca do que caracteriza o abandono em psicoterapia infantil, Nunes et al. (2009) concluem que são os casos em que o paciente, por decisão unilateral, com ou sem o conhecimento prévio do psicólogo, tendo comparecido a pelo menos uma sessão de psicoterapia, cessa de fazê-lo, de modo definitivo e independente do motivo. Já Gastaud et al. (2011) definem o abandono como o encerramento da psicoterapia antes de serem atingidos os objetivos estipulados no contrato, independente dos motivos que levaram o paciente ou o terapeuta a interrompê-la, ou ao fato da decisão ter sido unilateral ou bilateral. A não adesão é caracterizada por Gastaud et al. como a interrupção que se dá durante a avaliação psicológica, antes que se decida sobre a necessidade de tratamento, ou antes que os objetivos estabelecidos para o tratamento estejam claros para os envolvidos.

Nunes et al. (2009) concluem que o abandono da psicoterapia infantil tende a ocorrer nos casos de crianças com menor idade, com menor grau de escolaridade, do sexo masculino, com menor potencial intelectual, com pai e mãe jovens, pai com menor grau de escolaridade, famílias com percepção

menos favorável da criança, e família com dificuldade em manter uma frequência assídua.

1.6 Reflexões sobre o encaminhamento psicológico infantil

Embora tenhamos apresentado os resultados desta revisão de literatura segundo eixos temáticos, ressaltamos que estes são complementares e interdependentes. Portanto, a participação dos pais no processo psicoterapêutico do filho, os motivos do encaminhamento, o perfil da clientela infantil, as fontes de encaminhamento, além do risco de abandono da psicoterapia são eventos que se entrelaçam, contribuindo ou comprometendo a adesão da família à intervenção proposta pelo profissional.

Também pudemos constatar que o modo como o encaminhamento psicológico é conduzido determinará a evolução da própria psicoterapia, já que envolve as expectativas dos pais, da criança, do psicólogo e do profissional que a encaminhou (Andrade et al., 2012), além das angústias dos pais e familiares frente ao sofrimento que originou o encaminhamento da criança (Finkel, 2009).

Durante o processo de encaminhamento, o psicólogo poderá criar um vínculo positivo com os pais, possibilitando a adesão ao tratamento (Gastaud et al., 2011). Entretanto, podemos supor que dúvidas, receios e questionamentos demandem uma elaboração parental da queixa antes que os pais se decidam a buscar efetivamente o atendimento psicológico, quando tem início a avaliação psicológica (Mari & Kieling, 2013).

A identificação do problema e a escolha do tratamento são definidos pela avaliação inicial ou triagem (Prebianchi, 2011). Contudo, o que se segue, a partir do primeiro contato com a família é a avaliação psicológica da criança, seja por meio de testes, entrevistas, jogos ou brincadeiras, dependendo da abordagem teórica adotada pelo psicólogo (Ocampo, Arzeno & Piccolo, 2009).

Embora haja toda uma literatura sobre o caminho percorrido desde a identificação de um sofrimento infantil ou familiar, passando pela avaliação psicológica da criança até o seu encaminhamento para psicoterapia, notamos que muitas questões ainda aguardam resposta, seja no âmbito da pesquisa ou da prática clínica. A realização desta revisão levou-nos a muitas interrogações, movimento este que é próprio da pesquisa, já que uma resposta leva à próxima pergunta, como, por exemplo, quando nos detemos sobre o acolhimento dos pais no atendimento psicológico infantil. Como receber e acolher pais que, na maioria das vezes, chegam à Clínica de Psicologia sentindo-se culpados e angustiados? Como obter a confiança dos pais para garantir não somente a adesão da criança, mas também a eficácia da intervenção? Como conciliar expectativas e possibilidades de solução do problema apresentado? Como articular o conhecimento profissional com o saber dos pais?

Em relação ao motivo do encaminhamento também nos defrontamos com diversas questões. Como avaliar se o motivo do encaminhamento justifica ajuda psicológica ou se caracteriza uma fase do desenvolvimento da criança? Como garantir uma ajuda psicológica para a criança quando os pais não aderem a nenhum tipo de intervenção, seja para a criança ou para si mesmos? Como garantir uma comunicação clara e sensível com os pais, uma vez que ora o psicólogo se utiliza da nosografia psiquiátrica, ora cria suas próprias

definições, nem sempre amparado por um modelo teórico sobre a saúde mental? Para cuidar da saúde mental de crianças não teríamos que pensar na implementação de políticas públicas que priorizassem a qualidade de vida de maneira mais ampla e irrestrita, levando em consideração os ambientes socioculturais e suas peculiaridades?

A literatura consultada oferece alguns argumentos que ora apresentamos, não como respostas às indagações, mas como pontos de partida, como sinalizadores de caminhos para novas reflexões. Gastaud et al. (2011) observam que a busca de atendimento psicológico para os filhos não está livre de tensões para os pais, que se mostram ambivalentes nas diversas etapas que compreendem o encaminhamento. Defendem os autores que engajar os pais, principalmente na fase inicial desse processo, é fundamental para o sucesso do tratamento.

Osti e Sei (2016) recordam que na clínica infantil raramente é a criança que manifesta o desejo pelo tratamento psicoterapêutico. Prebianchi (2011) observa que as crianças são usualmente encaminhadas por uma instituição ou profissional de saúde, de maneira que chegam com expectativas que podem ser bastante diferentes daquelas que os psicólogos têm sobre o tipo de sofrimento apresentado e as modalidades de tratamento. Breitenstein et al. (2009) advertem que o sentimento de culpa dos pais e a possibilidade de serem estigmatizados podem impedir a busca de atendimento psicológico para o filho, o que nos remete à inclusão das necessidades dos pais no próprio projeto de atendimento.

Gastaud et al. (2011) observam maior adesão à psicoterapia quando o encaminhamento é realizado por psiquiatras, fato que pode sugerir que as

expectativas dos pais e da criança já tenham sido trabalhadas pelo profissional que a encaminhou, no sentido de diminuir a ansiedade de todos e facilitar a construção de novos vínculos de confiança. Entretanto, estes profissionais representam uma minoria dentre as fontes encaminhadoras, sendo a escola considerada a maior delas.

Cunha e Benetti (2009) verificam uma incidência maior de meninos encaminhados para atendimento psicológico, sugerindo que os meninos apresentam mais comportamentos externalizantes do que as meninas. Além disso, o fato dos encaminhamentos se concentrarem na faixa etária dos 6 aos 9 anos, e a escola ser a maior fonte de encaminhamento, leva-nos a supor que o início da escolarização desafie a criança com suas demandas de adaptação, constituindo-se como oportunidade para que vulnerabilidades sejam expressas, ou mesmo aprofundadas.

Pfefferbaum e North (2013) recomendam que a escolha de instrumentos de avaliação infantil leve em conta processos de desenvolvimento, idade cronológica, fatores culturais, linguagem e aspectos familiares, para que a atribuição de sentido a uma determinada conduta se dê nos limites do contexto de vida da criança. Outros autores, como Breitenstein et al. (2009), ressaltam a necessidade de identificação precoce do problema, na medida em que promove resultados positivos no tratamento psicoterapêutico de crianças e evita que um padrão de comportamento se fixe, apresentando-se como um evento em transição. Smith, Daniel e Hubbard, (2017) lembram ainda que a ausência de um conjunto comum de categorias rotineiramente usadas, na prática, para descrever o motivo do encaminhamento dificulta um estudo aprofundado.

Para Breitenstein et al. (2009) ainda é difícil avaliar de que modo as intervenções realizadas com os pais podem afetar a vida emocional dos filhos. Deakin e Nunes (2009) observam que mesmo no contexto de uma orientação psicanalítica ou psicodinâmica, a qual prioriza o sentido de uma conduta e não a sua modificação, os pais associam o término do tratamento com a remissão dos sintomas, prevalecendo a normalização do comportamento da criança como o objetivo principal do atendimento psicológico.

Ward-Zimmerman e Cannata (2012) relatam que, de modo distinto do que ocorre em qualquer outra especialidade médica, o psicólogo não costuma fornecer um feedback sobre as conclusões de sua avaliação, nem sobre seu plano de intervenção, aos demandantes do atendimento. Amparado pela questão do sigilo profissional, além do cuidado com a privacidade do paciente, o psicólogo acaba por se isolar e perder a oportunidade de discutir o caso com outros profissionais que poderiam, inclusive, auxiliá-lo a atingir seus objetivos terapêuticos.

Frisch-Desmarez (2010) salienta a ambivalência que atravessa a relação entre pais e filhos, uma vez que a sociedade atual desvaloriza a família e, conseqüentemente, o lugar dos pais, além de gerar um conflito entre a exigência tirânica de que os pais tenham sucesso com os filhos e uma tendência geral para que se afrouxem os limites parentais, empreitada que é, no mínimo, contraditória. A esse respeito, Finkel (2009), citando Bettelheim (1977), lembra que “sem dúvida não existe nada de novo quanto ao fato de os pais pretenderem acertar em relação aos filhos. Novo é o fato de terem se tornado muito receosos de errar” (p. 11).

Foram poucos os estudos que focalizavam o tema do encaminhamento psicológico infantil, e nenhum que desse voz aos pais e à criança para acrescentarem suas próprias compreensões sobre o encaminhamento para a psicoterapia. O estudo de Ward-Zimmerman e Cannata (2012) aborda os sentidos atribuídos pelos profissionais responsáveis pelo encaminhamento. Observamos que, quando referidos, os sentidos atribuídos pelos pais costumam ser inferidos pelos pesquisadores, enquanto nenhum dos trabalhos consultados tenha focalizado o sentido dado pela criança, sinalizando uma lacuna a ser preenchida futuramente pela pesquisa no campo da clínica psicológica infantil.

A partir da leitura dos artigos científicos considerados para esta revisão sobre o encaminhamento de crianças para atendimento psicológico, pudemos observar que existem descompassos quando tomamos em consideração as expectativas de todos os envolvidos nesse processo. Nesse contexto, o psicólogo acaba se tornando o responsável por articular todas as perspectivas envolvidas, embora não conte com um modelo único de intervenção que o ampare nessa tarefa, como é o caso de outros profissionais. Dada a importância da família no atendimento psicológico infantil, faz-se necessário encontrar maneiras mais eficazes de promover sua inclusão e repensar a participação, não menos importante, dos profissionais que realizam os encaminhamentos.

A diversidade de teorias e práticas psicológicas, ao mesmo tempo em que cria um campo rico e variado de propostas interventivas que se afinem às diferentes subjetividades, pode comprometer a necessária autorreflexão. Quando uma das abordagens psicológicas é tomada como única e soberana

sobre as demais, a aproximação psicológica do fenômeno do sofrimento infantil se torna acrítica, e compromete o projeto de intervenção.

Curiosamente, apesar de a literatura científica reconhecer a fase inicial do atendimento psicológico como crucial para a criação de vínculos de confiança entre a família, a criança e o psicólogo, propiciando um trabalho psicológico efetivo, não encontramos trabalhos que elejam o processo do encaminhamento como objeto central da investigação. Além disso, outro achado que nos pareceu significativo na literatura revisada diz respeito à preocupação com o fluxo de ações que garantiria ao psicólogo que uma criança, uma vez identificada como problemática ou sofredora, conforme a perspectiva teórica adotada fosse conduzida por seus pais em direção à terapêutica indicada. No entanto, o alto índice de abandono apontado pelas pesquisas científicas indica a necessidade de novos estudos que promovam uma reflexão aprofundada sobre a atuação do psicólogo nesse contexto do encaminhamento psicológico infantil, sobretudo no que tange à promoção e articulação do diálogo entre os envolvidos o qual subjaz à adesão e à eficácia de qualquer intervenção.

Dados os objetivos e os limites desta revisão não pretendemos esgotar o assunto nem responder ao nosso próprio questionamento sobre a adequação de determinados encaminhamentos que se iniciam sem uma análise rigorosa dos custos e benefícios de uma intervenção psicológica, além de seus objetivos, estratégias terapêuticas e os resultados obtidos. Este quadro aponta para a complexidade da questão e para a necessidade de estudos que tomem como objeto o delicado momento em que uma queixa infantil é ouvida e interpretada em termos de um cuidado ético-clínico.

Tomando esse panorama delineado pela literatura científica como pano de fundo para esta pesquisa de doutorado, pretendemos realizar um estudo investigativo dos sentidos atribuídos ao encaminhamento da criança para psicoterapia infantil, por pais, filhos, e profissionais envolvidos a fim de compreender a relação entre as demandas explícitas e implícitas e o atendimento psicológico proposto.

CAPÍTULO 2. Metodologia

Este estudo pretende uma aproximação qualitativa do processo de encaminhamento psicológico infantil, focalizando sua singularidade, seu contexto e os sentidos atribuídos por seus participantes. A adoção da abordagem qualitativa nos distancia da verificação de hipóteses e teorias, bem como da previsão e controle dos fenômenos naturais (Guba & Lincoln, 1994), mas nos aproxima dos sentidos de uma experiência vivida, cujo acesso nos permite uma compreensão aprofundada (Flick, 2014; Stake, 2011).

Stake (2011) enfatiza que a abordagem qualitativa permite que um fenômeno ou acontecimento particular seja estudado sem que se perca de vista sua singularidade e o contexto no qual se produz, motivo pelo qual tal abordagem se mostra adequada ao objetivo desta pesquisa que visa compreender os sentidos que o encaminhamento psicológico infantil pode tomar. Trata-se, portanto, de um estudo de caráter exploratório, que toma o material narrativo gerado por encontros dialógicos entre a pesquisadora e os participantes, os quais ocorreram de modo a preservar o processo e o contexto em que os quatro encaminhamentos psicológicos se produziram, em uma Unidade Pública de Saúde Mental, alinhando-nos com a postura não intervencionista do pesquisador qualitativo.

A psicanálise, tomada em um de seus três eixos – como método de investigação – como Laplanche e Pontalis (2000) apontam, configura-se como ciência interpretativa, na medida em que possibilita captar os sentidos afetivo-emocionais a partir dos significados atribuídos pelos participantes, conforme Guba e Lincoln (1994) pontuam. O pesquisador psicanalista também procura

se colocar de modo a favorecer as trocas afetivas mobilizadas na entrevista ao oferecer uma escuta atenta, sensível e cuidadosa (Turato, 2000).

O método psicanalítico - a associação livre do paciente e a atenção flutuante do terapeuta - se afina com a proposta desta pesquisa uma vez que permite que o participante associe livremente sobre o tema investigado (Brunet, 2009). Quanto a propormos a atenção flutuante do pesquisador, Herrmann afirma que uma escuta diferenciada como a psicanalítica visa “quebrar os limites que a rotina do dia a dia impusera aos significados” (Herrmann, 1983, p.9), o que nos permite supor que essa postura do pesquisador permitiria não só a descoberta, mas a criação de novos sentidos. Aiello-Vaisberg e Machado (2005) realçam a atenção flutuante como uma suspensão de juízos, crenças, valores e conhecimentos prévios por parte do pesquisador, sendo “uma atitude que inclui intelecto e afeto” (p. 6) porque acontece diante do participante que expressa os dramas do seu viver cotidiano.

Como contraponto necessário aos movimentos associativos do participante, a escuta psicanalítica, que é associativa e interpretativa (Wildlöcher, 2010), permite ao pesquisador vislumbrar os sentidos afetivo-emocionais que animam os relatos dos participantes, trazendo para o campo da pesquisa conhecimentos antes circunscritos ao espaço da clínica. (Granato & Aiello-Vaisberg, 2013, p. 22)

O método psicanalítico é também um “método receptivo que valoriza mais a escuta do que a fala e mais a espera do que a indução de um sentido” (Silva, 1993, p. 21), propiciando assim a livre associação de ideias dos participantes. Pretende-se assim que os sentidos atribuídos, pelos participantes, ao encaminhamento psicológico infantil sejam revelados na sutileza da relação com o pesquisador, por meio da fala, do silêncio, das

pausas, dos gestos, das inflexões, dos olhares e das feições, promovendo por fim a possibilidade da emergência de novos significados. Cabe, então, ao pesquisador despir-se de conhecimentos prévios, colocando-se numa posição receptiva e curiosa. “Abrindo-se ao novo, o pulsar por sentidos, do pesquisador, será apaziguado na espera de novos significados” que se manifestarão (Silva, 1993, p. 22).

Contudo, o que se toma como objeto de análise, tanto na clínica quanto na pesquisa psicanalítica é o próprio drama que é narrado por aquele que o vive e reinterpretado por aquele que o escuta, sendo “de um sentido a outro sentido que se move a análise” (Ricoeur, 1965/1977, p. 17).

Partindo do pressuposto de que o homem narra em busca de reconhecimento de si, compreensão e orientação para a vida (Ricoeur, 1978/1999), reconhecemos o narrar como um procedimento privilegiado de acesso aos múltiplos sentidos afetivo-emocionais (Kohn, 2008) que se revelam não apenas na vida e na clínica, mas também no âmbito da pesquisa. (Granato & Aiello-Vaisberg, 2013, p. 20)

Por drama, adotamos a concepção de Politzer (1998) que, ao refutar as elucubrações teóricas da psicanálise, “situa a dramática humana como objeto da investigação psicanalítica, sendo a narração — tanto a que o paciente faz de suas experiências como sua contraparte, a escuta interpretativa do analista — o método pelo qual nos aproximamos da experiência humana” (Granato, Russo & Aiello-Vaisberg, 2009, p. 44).

De uma perspectiva construtivista e autobiográfica, Bruner (2004) entende que o narrar proporciona uma possibilidade ímpar de construção de interpretações e reinterpretações de vivências ao longo de nossas vidas. Nesse sentido a narrativa pessoal torna-se a abordagem mais próxima e concreta da

experiência vivida, uma vez que guarda uma dupla função: compartilhar e construir novos sentidos para o drama vivido.

É por essa razão que as narrativas não se limitam a contar a vida, mas a reelaboram, tornando-se elas mesmas histórias vivas. A continuidade do eu ficaria assim garantida pela sucessão e encadeamento das histórias que contamos sobre nós, o que permite que sejamos nós mesmos, sem que sejamos os mesmos (Ricoeur, 1990), em uma perspectiva que abriga a mudança e a permanência a um só tempo, em termos de uma identidade narrativa que se mantém no tempo. (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 82)

Jovchelovitch e Bauer (2002) recomendam o uso da narrativa como recurso metodológico facilitador do acesso, pelo participante, ao tema abordado, uma vez que “contar histórias é uma forma elementar de comunicação humana, é uma capacidade universal” (p. 104), o que se dá em todas as culturas e extratos sociais.

Pretendemos, assim, criar um campo dialógico em que a subjetividade do pesquisador esteja implicada na construção dos sentidos revelados pelos participantes, considerando-se os valores éticos e morais de sua cultura e época (Silva, 1993). Portanto, compreendemos a entrevista como o espaço privilegiado e natural da pesquisa, considerada em seu contexto de relações entre o participante e o pesquisador (Bleger, 1979). Deste modo, recusamos a noção de neutralidade do pesquisador, já apontada como um mito da ciência que procurava revelar a verdade objetiva, universal e atemporal. Vemos “a produção de conhecimento como assinada e datada, além de priorizar o cuidado responsável e ético nas suas formulações e interpretações” (Silva, 1993, p. 18).

Brunet (2009) amplia a contribuição do método psicanalítico para além da clínica, alçando-o a método de pesquisa e a instrumento de transformação social. Compreende que a psicanálise oferece uma abordagem dos fatos humanos pautada na singularidade dos sujeitos, nas suas experiências afetivas e emocionais. Neste sentido, funciona como transformadora de uma realidade que poderia ser pautada na pura objetividade dos fatos, no controle e na quantificação dos indivíduos, oferecendo um olhar mais humanizado para as experiências de ser e estar no mundo. Brunet (2009) assinala o papel social da psicanálise como a ciência que escuta e se ocupa do sofrimento humano procurando sua compreensão, não seu controle, e tampouco se restringe a sua vertente terapêutica.

2.1 Narrativa Interativa

O procedimento das Narrativas Interativas (NI) foi criado por Granato e Aiello-Vaisberg (2013, 2016) como recurso investigativo psicanaliticamente orientado. São histórias fictícias elaboradas pelo pesquisador na interlocução com o seu grupo de pesquisa, de modo a delinear um campo em que a situação ou conflito a ser investigado se expresse tal qual na experiência concreta. A história se interrompe no momento em que atinge seu clímax, quando o pesquisador, sem anunciar seu desfecho, convida o participante a conduzir a narrativa, de modo livre e associativo, em direção à solução que julgar apropriada para aquela trama.

Desse modo a NI contempla o método da associação livre, uma vez que o participante completará a história da maneira que desejar, além de

proporcionar um enquadre que não expõe diretamente o participante ao problema investigado, permitindo uma aproximação lúdica do problema por meio do enredo e dos personagens da NI. O uso da NI visa produzir ressonâncias emocionais que permitam que o participante se identifique com os personagens e seus conflitos, desejos, crenças, frustrações, e formule estratégias para lidar com o conflito enunciado, uma vez que o desfecho da história é reservado ao participante (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011).

Como estratégia para explorar os sentidos dos encaminhamentos de crianças para atendimento psicológico, fizemos uso de duas modalidades de entrevista, conforme o participante fosse a criança, seus pais ou os profissionais envolvidos.

No caso dos profissionais foram realizadas entrevistas abertas individuais iniciadas por uma questão disparadora sobre os motivos do encaminhamento daquela criança (Flick, 2014). Uma NI foi elaborada para ser apresentada aos pais, convidando-os a completar, por escrito ou oralmente, uma história que abordava o tema deste estudo, ou seja, o encaminhamento de uma criança para atendimento psicológico. Na entrevista com a criança foi utilizada uma Narrativa Interativa Gráfica (NIG), isto é, uma breve história em quadrinhos a ser completada pela criança, seja desenhando ou oralmente, com a finalidade de levá-la, de modo lúdico e protegido, a associar livremente sobre os motivos pelos quais uma criança faria psicoterapia.

Caso os pais preferissem completar a NI sob a forma de relato oral, o pesquisador realizaria seu registro por escrito no momento da entrevista; fato que ocorreu com um participante adulto que, no momento da entrevista,

segurava um bebê em seu colo. Quanto às crianças era comum que desenhassem e pedissem para a pesquisadora anotar a parte verbal da NIG, o que foi feito. Após a conclusão das NI e NIG, a pesquisadora disponibilizou um espaço para que os participantes colocassem suas observações e reflexões sobre o tema abordado pela história.

Apresentamos, a seguir, a NI e a NIG elaboradas para esta pesquisa, lembrando que a primeira foi destinada à entrevista com os pais e a segunda para as crianças.

2.1.1 Narrativa Interativa apresentada aos pais

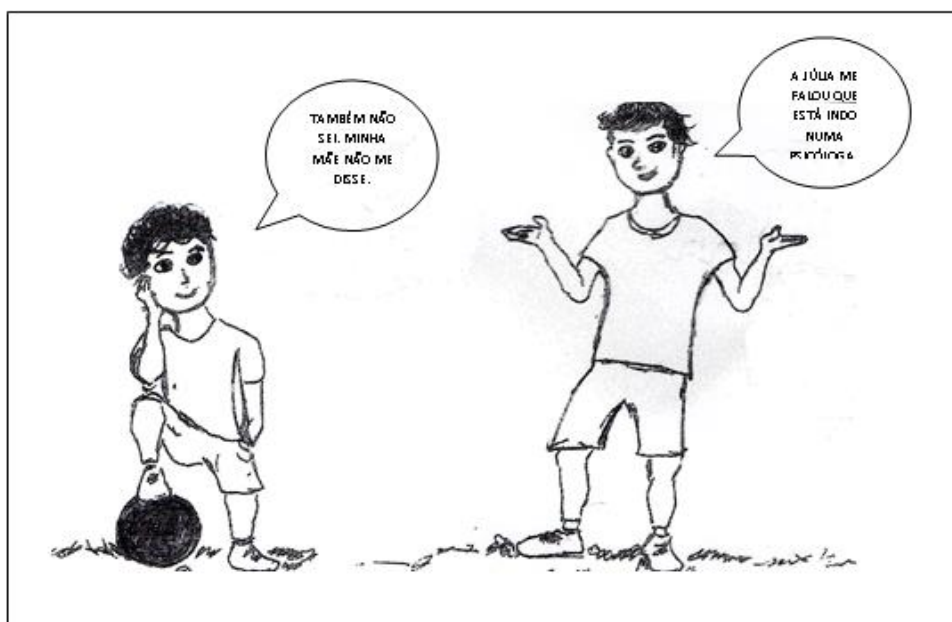
Letícia chegou cedo em casa, naquele dia o ônibus não atrasou. Foi direto para a cozinha preparar o jantar, pois seus dois filhos, Caio de 7 anos e Stefany de 9 anos estavam para chegar da escola. Seu marido, Murilo, dormia na sala, tinha trabalhado a noite toda fazendo plantão. O telefone tocou, era a diretora da escola dizendo que precisava conversar com os pais de Caio. No dia seguinte, de manhã bem cedo, Letícia e Murilo, bastante preocupados, foram ao colégio. Letícia sabia que as notas de Caio não estavam boas. A diretora sugeriu aos pais que levassem Caio a uma psicóloga. Letícia e Murilo se entreolharam sem saber o que responder. Os dois foram para casa sem falar nada. Chegando em casa, Murilo perguntou?

Murilo: - O que você acha Letícia, será que tem alguma coisa errada com nosso filho?

Letícia: - Não sei Murilo, talvez seja melhor a gente levá-lo na psicóloga mesmo.

Murilo: - Mas o que você acha que ela vai poder fazer pela gente?

2.1.2 Narrativa Interativa Gráfica apresentada à criança



2.2 Os participantes

Participaram deste estudo quatro crianças, sendo um menino de 7 anos, uma menina de 9, e outras duas meninas de 11 anos, os quais foram encaminhados para atendimento psicológico em uma Unidade Pública de Saúde Mental Infanto-Juvenil em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Também foram incluídos seus pais ou responsáveis e os profissionais que participaram do processo de encaminhamento e do acolhimento das crianças e de seus pais.

Adotamos como critério de inclusão que a criança tivesse entre três anos de idade, em função da maturidade e verbalização necessárias para a tarefa de completar a NI, e 12 anos de idade incompletos, faixa etária que O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como criança. Outro critério utilizado para a seleção das crianças participantes do estudo foi o fato de terem iniciado atendimento psicológico há no máximo seis meses na Unidade de Saúde Mental, período em que foi possível localizar e entrevistar todos os envolvidos com o caso. No período de agosto a dezembro de 2015, quando a pesquisadora se aproximou da instituição para conhecer seu funcionamento, seus profissionais e seus critérios para admissão dos casos, havia poucos casos novos na faixa etária pretendida, sendo absorvidos pelo Serviço que estava, inclusive, discutindo os próprios critérios de acolhimento dada a grande demanda do município. A Unidade havia acabado de mudar de endereço e ainda se organizava internamente. Quanto aos pais ou responsáveis incluímos aqueles que estivessem envolvidos diretamente com o cuidado da criança participante do estudo. Em relação aos profissionais foram incluídos psicólogo hospitalar, psicólogo infantil, pediatra, psiquiatra,

conselheira tutelar, vice-diretora, coordenadora de escola e enfermeira, conforme circunscrevíamos cada caso. Todos os participantes foram incluídos em caráter voluntário e desde que tivessem relação direta com o encaminhamento psicológico daquela criança.

Tendo aplicado os critérios de seleção dos participantes, todos que foram convidados a participar do presente estudo aceitaram. Quando as entrevistas ocorreram em outra instituição que não a Unidade de Saúde Mental, ao participante eram apresentados a Carta de Autorização da Secretaria de Saúde, o Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da PUC-Campinas e a identificação da pesquisadora como doutoranda na PUC-Campinas.

Os participantes mostraram-se interessados e envolvidos com o tema da pesquisa, narrando com espontaneidade suas experiências à pesquisadora.

2.3 Os encontros com os participantes

Agendamos uma entrevista com cada participante, mas deixando em aberto a possibilidade para outros encontros, caso houvesse necessidade tanto da parte do pesquisador como dos entrevistados. Com duas das crianças foram necessárias uma entrevista adicional, uma delas pelo fato do tempo não ter sido suficiente para concluir a história (a entrevista teve duração de uma hora) e a outra pelo fato da criança ter, espontaneamente, usado o espaço e o tempo da entrevista para relatar acontecimentos da sua vida, após as apresentações iniciais e a colocação dos objetivos da entrevista, o que foi respeitado e acolhido pela pesquisadora. As entrevistas foram realizadas

individualmente com os participantes, com exceção de uma das entrevistas com os pais de uma das crianças, pois assim preferiram.

As crianças e os psicólogos que as atenderam foram entrevistados na própria Unidade de Saúde, enquanto os pais e os profissionais responsáveis pelo encaminhamento da criança puderam optar por realizar a entrevista na Unidade de Saúde, em seu local de trabalho, ou em suas residências. O cuidado com o participante esteve presente não somente em relação à garantia do anonimato, por meio da não identificação de seus dados pessoais, assim como em relação ao tratamento sigiloso do conteúdo relatado nas entrevistas, o que exigiu da pesquisadora uma atenção cuidadosa permanente, a fim de evitar que o posicionamento de um participante fosse inadvertidamente revelado a outro envolvido no mesmo caso clínico.

Os registros dos encontros foram realizados logo após o seu término, procurando-se manter alguns trechos de narrativa com as próprias palavras dos participantes, visando a aproximação de sua linguagem pessoal e dos sentidos por eles atribuídos. Os encontros foram registrados por escrito, pela pesquisadora, sob a forma de narrativas transferenciais (NT). As NT visam apreender os sentimentos e impressões captados pela pesquisadora, num registro que se produz a partir do campo transferencial e contratransferencial, (Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron, & Beaune, 2009). Além disso, as NT foram realizadas na primeira pessoa do singular, em função de seu caráter pessoal, não obstante compreendamos que a produção de conhecimento é uma construção coletiva de nosso grupo de pesquisa.

As entrevistas com os participantes se organizaram em torno de alguns procedimentos básicos gerais:

1. Apresentação da pesquisadora e da pesquisa, seus objetivos e metodologia, abrindo espaço para perguntas e dúvidas eventuais;

2. Leitura e/ou explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), abordando a participação na pesquisa e os cuidados éticos (Anexo III, IV e V);

3. Como premissa, entrevistamos primeiramente os pais e/ou responsáveis pela criança, uma vez que necessitaríamos da sua autorização para entrevistar a criança. As duas autorizações – dos responsáveis e dos responsáveis representando a criança - eram apresentadas na entrevista com os pais, embora na entrevista com a criança também houvesse a explicação verbal;

4. A pesquisadora decidiu não ler os prontuários dos participantes antes das entrevistas, uma vez que as informações lá encontradas poderiam direcionar a entrevista, ainda que de maneira inconsciente e contratransferencial. Além disso, seguindo um enquadre psicanalítico, realizamos o primeiro contato conhecendo somente a queixa principal do encaminhamento e a idade da criança, facilitando assim tanto a atenção flutuante do pesquisador como a associação livre do entrevistado;

5. Em todos os registros, o nome dos participantes foi substituído por nomes fictícios, contemplando assim os direcionamentos do código de ética na pesquisa quanto ao sigilo e proteção dos participantes.

6. Nas entrevistas com as crianças, a pesquisadora levou uma pasta de plástico amarela contendo lápis preto, borracha, apontador, caneta, uma caixa de lápis de cor e papel ofício branco.

2.4 A Unidade de Saúde Mental

A Unidade Pública de Saúde Mental Infanto-Juvenil é referência e único dispositivo de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico à criança e adolescente da cidade em questão, situando-se em uma casa na área central desse município. Na parte externa, a casa possui uma varanda frontal e um abrigo na lateral com várias cadeiras, onde os usuários costumam aguardar os atendimentos. No interior da casa há quatro salas para atendimento, sendo que o acesso a uma delas se dá pela sala principal; já as outras três possuem acesso pela copa e pelo corredor. Essas três salas são utilizadas para atendimento individual e em grupo, tanto pelos psicólogos como pela terapeuta ocupacional e pela professora de educação artística; já a outra sala que fica na parte da frente da casa é utilizada preferencialmente pelos médicos, mas quando estes não estão atendendo pode ser usada por qualquer outro profissional. A sala principal da casa funciona como recepção e também como sala de ambiência, que é um espaço de interação lúdica (jogos, desenhos, etc.) entre as estagiárias e as crianças que estão aguardando atendimento. Desta sala temos uma porta de acesso à copa que fica sempre aberta, onde as crianças lancham após serem atendidas. Nesta copa há uma geladeira e uma pia grande. Ao lado, uma cozinha pequena com fogão e mesa, de acesso restrito aos funcionários, que está sempre com a porta fechada. A sala da coordenação fica em uma área externa, possui uma mesa pequena, um computador, um armário e fica sempre com a porta aberta. Na área externa, há também uma sala aberta para a realização de grupos e oficinas.

O serviço funciona das 07:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira. Sua equipe é multidisciplinar, composta por dois médicos na função de

psiquiatras infantis (um especialista em pediatria e outro em neuropsiquiatria), quatro psicólogos, sendo um destes o Coordenador da Unidade, uma professora de Educação Artística, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, uma atendente, uma funcionária para serviços gerais e limpeza, e cinco estagiárias que são estudantes de Psicologia. Os profissionais, exceto os médicos e a terapeuta ocupacional (TO), trabalham 40 horas por semana; a TO, por medidas legislativas de sua categoria profissional, trabalha 30 horas, e os médicos se revezam em escalas de plantão semanal.

Além dos atendimentos psicológicos individuais e atendimentos médicos, a Unidade também trabalha com Grupos Terapêuticos, Grupo de Qualidade das Interações Familiares (QIF), que faz orientações com pais, Oficinas Terapêuticas, Grupo de Avaliação, Reuniões de avaliação de casos e Acolhimento, sendo este último realizado em escala de plantão por todos os profissionais de nível superior, com exceção dos médicos, todos os dias durante todo o horário de funcionamento.

Os casos novos são discutidos e avaliados quanto ao seu encaminhamento - se serão atendidos, colocados em fila de espera ou se não são casos para atendimento psicológico - nas Reuniões de Avaliação que acontecem diariamente no mesmo horário, exceto às sextas-feiras. Todos os profissionais de terceiro grau - que possuem nível universitário - participam dessa reunião com exceção dos médicos. Quando a equipe não consegue chegar a uma conclusão sobre a avaliação de alguma criança, esta é encaminhada para o Grupo de Avaliação, constituído por psicólogos e terapeutas ocupacionais, a fim de que juntos consigam avaliar essa demanda.

O grupo acontece como uma oficina de artes onde as crianças interagem entre si e com os profissionais.

A Unidade não conta com supervisão clínica nem institucional. Os casos, após iniciarem tratamento psicoterapêutico, são conduzidos pelo psicólogo responsável e só colocados em discussão quando houver alguma dúvida e solicitação do profissional. De acordo com declaração do coordenador da Unidade, o referencial teórico adotado pelos psicólogos para a compreensão e o manejo dos atendimentos é psicanalítico, sendo, entretanto, adaptado à realidade do serviço público.

2.4.1 O funcionamento da Unidade e suas bases legais

Embora a Unidade de Saúde se autodenominasse “Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil” (CAPSi), ainda não era cadastrada no Ministério da Saúde como CAPSi e nem funcionava de acordo com as diretrizes legais da Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (Ministério da Saúde, 2002) que regulamenta os CAPS. A Portaria 336 é um dos regulamentos da Lei 10.216, de 06/04/01 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Ministério da Saúde, 2001) e foi o marco divisor da mudança do paradigma manicomial para os serviços de base comunitária da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contudo, a Unidade de Saúde Mental funcionava como um ambulatório de saúde mental infanto-juvenil. Os ambulatórios de Saúde Mental obedecem às diretrizes da Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992 quanto ao seu funcionamento.

O encaminhamento psicológico infantil na rede pública de saúde é atravessado pelas leis que regem o funcionamento das Unidades de Saúde. Assim sendo, e obedecendo ao princípio do acesso universal preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Unidade deverá estar sempre de portas abertas para receber casos novos e realizar o primeiro atendimento.

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Ministério da Saúde, 1990, p. 1)

Entretanto, na prática institucional, a principal diretriz do SUS sobre o acesso universal carrega a marca do desequilíbrio entre a demanda e a possibilidade de oferta dos serviços existentes.

No contexto de diferentes países, é evidente uma marcada defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela. Esta defasagem está presente em nações de todas as regiões do mundo, independente de seus níveis econômicos e de distribuição de renda, mas é especialmente significativa no grupo de países em desenvolvimento. (Couto, Duarte & Delgado, 2008, p.391)

Nesse cenário, o psicólogo que trabalha na rede pública encontra-se sobrecarregado ao receber um número de encaminhamentos que não é capaz de atender. Como resultado, os serviços criam listas de espera pautadas em avaliações de urgência, acarretando em longo tempo de espera e desistências. A alta demanda por encaminhamento psicológico é um dos desafios às condições de trabalho do psicólogo como verificado no relatório de pesquisa

sobre as Práticas Profissionais de Psicólogos do Conselho Federal de Psicologia (2010). Nesse documento, relatos de psicólogos advertem sobre a escassez de profissionais, a pressão pela produtividade, o excessivo número de atendimentos diários e o tempo insuficiente para realização das consultas. Como resultado, os psicólogos elencam a necessidade permanente de espaços de reflexão sobre suas práticas, haja vista a sobrecarga de responsabilidade que acompanha essa demanda excessiva (Oliveira & Caldana, 2014).

Na rede pública observamos uma variedade de fontes de encaminhamento, muitas vezes determinantes da necessidade e/ou urgência desses atendimentos e nem sempre com o mesmo entendimento compartilhado pelos pais. Esses setores, além de encaminhar, muitas vezes continuam prestando serviços e envolvidos nos cuidados oferecidos à criança.

Este [cuidado à crianças e adolescente], especificamente no caso de crianças e adolescentes, frequentemente envolve a atividade de vários setores autônomos em relação à saúde mental propriamente dita, como os setores da saúde geral/atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos. Esses setores tradicionalmente operam isolados uns dos outros, mas todos proveem serviços ou agem de alguma forma sobre crianças e adolescentes com problemas mentais. O uso simultâneo de serviços de diferentes setores ocorre com frequência. (Couto, Duarte & Delgado, 2008, p.392)

Como consequência desse processo, a complexidade dos casos na rede pública é grande, pois envolve um numero variado de profissionais tanto no encaminhamento quanto no cuidado à criança. Assim, os pais podem mostrar-se mais resistentes quando são encaminhados, mas não concordam com a proposta de atendimento psicológico e, ainda assim, não podem renunciar ao tratamento psicológico do filho.

Os dias e horários disponibilizados pela rede pública também são um fator de adesão ao tratamento, uma vez que os serviços funcionam somente nos dias úteis e em horário comercial. À distância entre a Unidade que oferece o serviço e a residência da família também pode ser um fator determinante, visto que pode ser custoso em termos financeiros e quanto ao tempo de deslocamento. Portanto, a maneira como os serviços de saúde pública estão estruturados pode não atender a necessidade das famílias assistidas (Prebianchi, 2011).

Haja vista as particularidades do serviço público, podemos concluir que aos desafios do encaminhamento psicológico infantil somam-se outros que geram uma complexidade sem precedentes.

2.5 Os primeiros passos da pesquisa

O primeiro contato com a Unidade de Saúde foi realizado no segundo semestre do ano de 2014, por indicação da Coordenadora de Saúde Mental do município com a qual foi realizado contato telefônico solicitando informações sobre os serviços de psicologia infantil da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal. Na época, a coordenadora de Saúde Mental forneceu o e-mail do Coordenador do Serviço Infante-Juvenil e foi agendado um encontro na Unidade de Saúde de referência para o atendimento psicossocial de crianças e adolescentes. Nesse encontro foram explicados os objetivos e a metodologia da pesquisa e, após uma hora de conversa, o coordenador se mostrou bastante interessado e disposto a colaborar, verbalizando que era a primeira vez que ele recebia uma doutoranda que *“não era exclusivamente uma teórica, e que já tinha experiência em atendimento infantil na rede pública de saúde”*

(sic). Foi curioso constatar, nesse encontro, a grande familiaridade entre as demandas de dois serviços públicos de atendimento psicológico infantil, em cidades tão diferentes, um na cidade do Rio de Janeiro, e o outro nesta cidade do interior paulista. O coordenador se disponibilizou para intermediar o contato com o Secretário de Saúde do município que, após tomar conhecimento do projeto de pesquisa que lhe foi enviado impresso juntamente com uma carta de apresentação, forneceu a autorização para a realização da pesquisa. Nessa mesma época, fomos convidados pelo coordenador a participar de uma reunião de equipe; oportunidade onde fomos apresentados à equipe que trabalha na Unidade de Saúde e pudemos expor o objetivo e a metodologia do presente estudo. A equipe foi muito solícita e elogiou o método e o fato de que os psicólogos também seriam entrevistados.

Após os trâmites no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, que aprovou esta pesquisa sob o parecer nº 1.118.152 em 19/06/2015 (Anexo II), retornamos à Unidade de Saúde, em meados do primeiro semestre de 2015, para dar início às entrevistas. Ao retomar o contato, fomos convidados a participar de algumas reuniões de avaliação de casos novos o que nos permitiu conhecer o público que buscava o serviço naquela época, além de participar das escolhas dos casos que poderiam participar da pesquisa. Essa reunião acontecia diariamente com o objetivo de apresentar para a equipe os casos novos acolhidos no plantão para que avaliassem as necessidades de cada caso recebido. Durante o tempo em que frequentamos essas reuniões, houve a oportunidade de conhecer um pouco melhor os membros da equipe e o trabalho que era ali realizado.

Como a Unidade só dispunha de quatro salas de atendimento, sendo que uma delas era preferencialmente utilizada pelos médicos, os quatro psicólogos, uma professora de Educação Artística e uma terapeuta ocupacional dividiam as demais salas. Contudo, os profissionais disponibilizaram uma sala para as entrevistas deste estudo sempre que necessário, desde que realizássemos o agendamento com uma semana de antecedência.

Como era comum que aguardássemos na mesa da copa da cozinha, enquanto esperávamos algum participante, o coordenador da Unidade brincava dizendo que éramos “*um elo aglutinador da Unidade*” (sic), porque enquanto esperávamos, os profissionais que por ali passavam paravam para conversar. A partir das indicações do coordenador e dos psicólogos os casos foram sendo selecionados para a pesquisa. Os quatro casos escolhidos representavam o total de casos que atendiam aos critérios de participação, durante o período destinado à realização das entrevistas.

2.6 Análise das Narrativas

O material narrativo foi analisado à luz da teoria psicanalítica, tomando como autor de referência Donald Woods Winnicott (1896-1971) em diálogo com as pesquisas científicas recentes sobre o tema do encaminhamento psicológico infantil. A triangulação como estratégia adequada ao estudo de corte transversal, a qual agrega rigor à pesquisa qualitativa, foi utilizada na modalidade de triangulação do investigador, o qual discute seus dados com o grupo de pesquisa de modo a ampliar a análise interpretativa dos sentidos. As NI e as NT foram, primeiramente, apresentadas nas reuniões do grupo de pesquisa, possibilitando o surgimento de novas percepções, trazendo novos

olhares e potencializando novas interlocuções. Esse primeiro momento de emergência de novas reflexões, possibilita o surgimento de novas interpretações. A triangulação agrega valor às análises, uma vez que evita, ou minimiza, um viés do pesquisador (Flick, 2014).

Focalizamos a perspectiva das próprias crianças, de seus pais, e dos profissionais envolvidos, buscando uma compreensão holística do processo de encaminhamento psicológico infantil. Os sentidos afetivo-emocionais que emergiram interpretativamente do material narrativo foram discutidos de modo a articular os eixos temáticos identificados ao longo do processo de revisão da literatura científica com a experiência vivida pelos participantes no contexto do encaminhamento psicológico infantil.

Dessa forma, pretendemos aprofundar nossa compreensão sobre o fenômeno do encaminhamento psicológico, levando o psicólogo a refletir sobre as demandas explícitas e implícitas que permeiam esse processo, a interrogar suas práticas em termos de seus limites e possibilidades e, finalmente, elaborar estratégias mais afinadas com as necessidades daqueles que o procuram.

2.7 Considerações éticas

Esta pesquisa está de acordo com as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e pelas resoluções 016/2000 e 023/2007 do Conselho Federal de Psicologia no que tange à realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas sob o Parecer de número 1.118.152 (Anexo II).

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III, IV e V) a cada participante, explicando resumidamente os objetivos e a metodologia da pesquisa, assim como as garantias de sigilo aos participantes, preservando-os de possíveis constrangimentos e exposição desnecessária, e garantindo que o material fosse utilizado somente para fins de pesquisa. Além disso, os participantes foram orientados sobre a possibilidade de abandonar a pesquisa a qualquer tempo, sem que esta atitude lhes acarretasse qualquer tipo de prejuízo. A pesquisadora se comprometeu a estar sempre atenta para qualquer desconforto, privilegiando sempre o bem-estar do participante, embora a pesquisa não tenha oferecido nenhum tipo de risco.

CAPÍTULO 3. Narrativas de mães, pais, crianças e profissionais

3.1 O Caso Ariel

3.1.1 Breve apresentação

O primeiro caso desta pesquisa foi organizado em torno do encaminhamento de uma menina de 9 anos de idade, que chegou de ambulância à Unidade de Saúde para atendimento psicológico, encaminhada por um hospital da rede privada e conveniado com o SUS, após a realização de uma cirurgia para a retirada de uma pilha que a menina havia engolido.

Ressaltamos que os nomes de todos os participantes foram substituídos por pseudônimos para preservar o anonimato e evitar demasiada exposição. Desse modo, listamos abaixo os nomes atribuídos aos participantes deste estudo, os quais foram entrevistados em virtude de seu envolvimento com este encaminhamento psicológico infantil:

Mãe = Dina

Padrasto = Carlos

Criança = Ariel

Psicólogo = Rodrigo

Psiquiatra = Paulo

Psicóloga do hospital = Sophia

Pediatra do hospital = Dara

O primeiro contato com o caso se deu em uma das reuniões de avaliação, quando os profissionais do ambulatório avaliam a conduta a ser tomada em cada um dos casos. Nessa oportunidade, conhecemos alguns detalhes da história, além da queixa apresentada. Ariel chegou à Unidade de

Saúde em uma ambulância, antes de receber alta hospitalar, acompanhada por sua mãe e por uma técnica de enfermagem. Foi acolhida por um psicólogo e pelo psiquiatra que entrevistaram conjuntamente mãe e filha. Ariel voltou para o hospital e, após receber alta, retornou para atendimento psicológico.

O agendamento da entrevista com os pais de Ariel foi intermediado pelo psicólogo responsável pelo caso, que já havia convidado os pais para participarem da pesquisa. A entrevista foi agendada pelo psicólogo por contato telefônico, em data e horário escolhidos pelos pais.

3.1.2 Narrativa transferencial do encontro com os pais

Dina, mãe de Ariel, tem 35 anos, segundo grau incompleto, é atendente em um serviço público do município e recebe entre um e três salários mínimos. O padrasto tem 44 anos, segundo grau completo, é funcionário público e recebe entre três e seis salários mínimos. Moram em casa própria, com mais três filhos, além de Ariel: a filha mais velha, de 13 anos, um menino de 11 anos e outra menina de 5 anos, que é filha da mãe com o padrasto. Os dois irmãos mais velhos, assim como Ariel, são filhos do primeiro casamento da mãe.

A entrevista foi realizada pela manhã, na Unidade de Saúde, e durou aproximadamente uma hora. Utilizamos a sala dos médicos, pois não havia consultas agendadas para aquele horário. O casal chegou pontualmente no horário marcado e, após as apresentações e explicações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, iniciamos a entrevista.

A mãe parecia um pouco desconfiada, olhando-me de forma interrogativa, o que mais tarde compreendi como sua expectativa de que seria novamente julgada sobre a maneira como exerce a maternidade. Essa

desconfiança foi desaparecendo à medida que Dina percebia que ali não se tratava de um espaço para correção ou orientação de comportamentos, mas para uma escuta interessada sobre os motivos que levaram sua filha ao encaminhamento psicológico.

Apresentei a NI e Carlos, o padrasto, mostrou-se logo interessado, estendendo a mão para pegar o papel a fim de escrever a sua história. Já Dina pegou o papel e rapidamente completou a história, parecendo apenas cumprir uma tarefa que lhe foi designada, sem grande interesse ou envolvimento. Logo parou de escrever e levantou a cabeça do papel, mas, quando percebeu que Carlos ainda escrevia, concentrado e absorto em suas ideias, pegou novamente o lápis e voltou a escrever. Não me pareceu intimidada ou constrangida por ter visto Carlos envolvido com a sua história; deu-me a impressão de que tê-lo visto envolvido foi um estímulo para que ela lançasse um olhar mais interessado sobre a tarefa. Foi curioso observar que a escrita dela mudou a partir desse momento, a letra ficou diferente parecendo mais carregada de emoção do que a da primeira parte, que exibiu uma caligrafia mais desenhada, mais caprichada.

Narrativa Interativa do padrasto

Leticia: *Pode ser importante que ele vá até lá e discuta algum problema que ele talvez tenha.*

Murilo: *Ok. Então vamos.*

Chegando na psicóloga, e com o decorrer de algumas entrevistas, descobriu-se que Caio estava muito agressivo com outras crianças, em razão do fato do pai trabalhar durante todas as noites não tinha muito tempo para o filho, que descontava sua frustração nas outras crianças.

Por isto, apesar de continuar trabalhando a noite toda, conseguiu um espaço maior para se dedicar ao filho.

Narrativa Interativa da mãe

Orientar os pais, como deve educar os filhos pois as vezes, estamos muito atarefados esquecemos dos filhos. Se preocupamos com as tarefas da casa, do serviço. (Essa foi a frase que ela escreveu de modo apressado, parecendo preocupada em cumprir mais uma tarefa).

Então naquele dia Caio foi a psicóloga, a psicóloga orientou que Caio avaliado no local precisa de mais atenção, por isso que Caio, fazia as coisas para chamar atenção. Então seu pai e sua mãe reorganizaram suas vidas e conseguiram que trouxessem seu filho perto deles. Assim com os outros viveram felizes para sempre.

Perguntei o que acharam da história e Carlos tomou a palavra, passando a falar de Ariel, deixando de lado a história que havia escrito. Carlos disse que agora estava tudo bem, que Ariel parara de engolir pilhas. Porém, tanto no hospital onde ela fez a cirurgia como na Unidade de Saúde onde estavam recebendo atendimento psicológico, eles haviam sido tratados como se tivessem maltratado a menina, ou cometido abuso ou aplicado castigos severos. Perguntei de que maneira ele percebeu esse tipo de tratamento. Ele respondeu que ninguém falou claramente a respeito de maus tratos, mas, pelas conversas e pela maneira como se comportavam com eles, principalmente no hospital, sentia que as pessoas desconfiavam deles. Já na Unidade de Saúde foram poucos os profissionais que fizeram esse tipo de abordagem e Carlos elogiou a conduta do psicólogo que os atendeu desde a primeira vez em que lá estiveram. Carlos parecia bastante aborrecido com a situação à que se viu

exposto, além do fato de que, no hospital, nem ele nem Dina foram consultados ou avisados com antecedência sobre a necessidade de levarem a menina de ambulância para consultar um psiquiatra. Quando falava sobre esse assunto demonstrava indignação e total descontentamento. Argumentou que os profissionais do hospital deveriam ter conversado com eles e avisado sobre a consulta, pois ficaram sabendo somente no dia e que não precisava ter sido assim. A justificativa que recebeu no hospital foi a de que só dariam alta para Ariel depois que ela se consultasse com um psiquiatra.

Perguntei a Dina o que achava de tudo isso, pois até o momento ela prestava atenção ao que o marido contava, apenas acenando que concordava com suas apreciações. Dina disse que não entendia o que estava acontecendo nem o motivo pelo qual sua filha tinha engolido as pilhas. Ninguém havia lhe explicado. Demonstrava profunda irritação e alguma indignação. Contou que falaram que ela não dava atenção para a filha e que, por esse motivo, Ariel teria engolido as pilhas. Dina disse que isso não era verdade, que ela e o marido trabalhavam fora porque precisavam e não podiam ficar o tempo todo com os filhos. Ela estava bastante irritada e parecia não concordar com essa explicação. Dina achava que psiquiatra era “*coisa pra maluco*” e que a filha dela não era maluca. Contou que tudo começou quando Ariel voltou da casa do pai biológico. Foi somente neste momento que eu soube que Ariel morava com a mãe e o padrasto; que Carlos não era seu pai. Dina explicou que o pai biológico levou Ariel para a sua casa e não trouxe a menina de volta. Achava que ele havia feito isso para não pagar pensão. Como se ele pudesse ficar com ela e assumir tudo. Dina acrescentou que Ariel manifestou o desejo de ficar com o pai, enfatizando que isso aconteceu um dia antes do Dia das Mães. E,

portanto, Ariel acabou passando o Dia das Mães com o pai. Porém, depois de uma briga com a atual mulher, o pai ligou para Dina e pediu que ela buscasse Ariel na escola, justificando que precisava viajar e que não poderia mais ficar com Ariel. Quando a mãe chegou à escola, Ariel resistiu a acompanhá-la, pois o pai não lhe havia contado nada a esse respeito. Ariel chorou, reclamou, e foi preciso que a mãe ligasse para o pai para que este confirmasse a sua versão para a filha.

Perguntei para Dina o motivo da preferência de Ariel pela casa do pai, e ela respondeu que lá não tem uma rotina, a menina faz o que quer. Dina acha que a briga do pai com a atual mulher foi por causa de Ariel e imagina que a mulher não aceitou que ela ficasse lá; portanto, Ariel sentiu-se rejeitada. Perguntei se ela havia conversado com Ariel sobre a ida para a casa do pai, sobre a volta, sobre o que pode ter acontecido lá, e então Dina disse que não gostava de falar sobre esse assunto. Nesse instante, ela abaixou a cabeça e sua voz pareceu sumir. Percebi que este era um assunto bastante difícil para ela e, independentemente dos conflitos entre pai e filha, pareceu-me haver questões pendentes entre a mãe e o pai de Ariel. Foi quando, com uma voz mais firme e decidida, a mãe disse que o problema de Ariel era o pai biológico. Dina reclamou que ninguém chamara o pai biológico para conversar e disse que nada iria adiantar se ninguém falasse com ele, porque ele teria começado isso tudo. Dina contou que às vezes o pai ameaçava pedir a guarda de Ariel, mas que ela sabe que ele fazia isso para tentar se livrar da responsabilidade de pagar a pensão. Quando ela se separou do pai de Ariel, o juiz estipulou dias de visita e pensão para a filha, o que ele só cumpriu no início; depois parou de visitar e de pagar a pensão. Carlos concordou com Dina que foi após a visita

ao pai biológico que Ariel começou a engolir pilhas, pois antes ela nunca havia feito algo parecido. Ele argumentou que a conduta de engolir coisas não condizia com a idade da menina. Dina reiterou que “*o pai só aparece para trazer problemas*”.

Perguntei como o atendimento psicológico poderia ajudá-los. Segundo Carlos, o psicólogo avaliou que, por ora, daria alta para Ariel, mas que os pais deveriam participar do Grupo de Orientação. Entretanto, eles só poderiam começar no ano seguinte, em março, porque, durante as férias, o movimento aumenta muito em seu trabalho e a mãe não poderia disponibilizar duas horas na parte da manhã para participar do grupo. Dina disse que esperava receber orientação para entender o motivo do problema de Ariel e contou que também gostou do psicólogo que os atendeu, mas que ele não sabia explicar o motivo da conduta de Ariel. Carlos concordou com Dina, disse que agora Ariel estava bem, mas voltou a falar que a equipe do hospital agira de forma “*muito bruta*”, além de não lhes terem dado nenhuma orientação.

Perguntei a ambos se teriam mais alguma coisa para colocar, se gostariam de saber mais alguma coisa e me disponibilizei caso quisessem conversar novamente. Eles disseram que não precisavam, pois já haviam falado tudo. Depois de explicar os procedimentos da entrevista, marcamos a entrevista com Ariel para a semana seguinte. Agradei a participação do casal e percebi que se sentiram satisfeitos por terem participado, pois se despediram com sorrisos nos lábios e agradecimentos.

3.1.3 Narrativa transferencial do encontro com a criança

A entrevista com Ariel foi realizada na Unidade de Saúde, em uma sala de atendimento cedida gentilmente pelos profissionais que lá trabalham. Ariel chegou acompanhada pelo padrasto. O encontro durou pouco mais de uma hora. Fui à sala de espera e me apresentei a Ariel, convidando-a a me acompanhar para lhe explicar sobre a pesquisa que eu estava fazendo. Comentei que já havíamos sido apresentadas pelo psicólogo no mesmo dia em que conheci seus pais, mas Ariel disse que não se lembrava de mim. Ariel permaneceu um tempo só me olhando, ao lado do padrasto, parecendo um pouco desconfiada, até que ele dissesse que ela poderia ir comigo, que ele a estaria aguardando na sala de espera. Então, ela aceitou me acompanhar.

Chegando à sala de atendimento, expliquei a pesquisa e me apresentei mais detalhadamente. Quando terminei, perguntei se ela havia compreendido ou se queria que eu repetisse alguma explicação. Ela disse não ter perguntas, confirmando que havia compreendido.

Comecei a explicar que a NI que eu havia levado para ela completar era uma história inventada por mim, que leríamos juntas para ela colocar o final que quisesse. Quando abri a pasta e comecei a pegar o material, Ariel começou a falar. Disse que a única coisa que não gostou é que ela não mais veria o psicólogo que a atendia. Perguntei o motivo e ela, irritada, diz que não sabe: *“Não sei, e tenho raiva de quem sabe”*. Perguntei se ela não poderia mais vê-lo, e ela disse que o psicólogo explicou que ela poderia visitá-lo. Contou que gostava de ir à Unidade, mas que não gostava do Dr. Salsicha. Perguntei quem era o Dr. Salsicha, ela disse que era o médico (psiquiatra), que ele fazia uma mágica com moeda, mas que mesmo assim ela não gostava

dele. Rindo, explicou que o apelidou de Dr. Salsicha porque ele era careca. Perguntei por que Ariel não gostava do médico e ela disse que ele a deixava confusa. Quando perguntei como ele fazia isso, ela respondeu que eram as perguntas que ele fazia.

Como eu havia deixado a pasta de lado para prestar atenção ao que ela dizia, voltei ao material e coloquei a NI em cima da mesa. Ariel pegou o desenho e riu, disse que adorou o desenho e que iria desenhar. Li a história junto com ela e ela riu do último desenho, dizendo que o menino era feio. Ariel me pareceu uma menina inteligente, comunicativa e alegre. Ela pegou o papel e começou a desenhar. Olhou para mim e disse, enquanto desenhava, que eu deveria fazer o meu desenho. Avisei que eu não desenhava bem, mas ela insistiu que eu desenhasse qualquer coisa, talvez para se sentir acompanhada naquela tarefa. Peguei um papel, lápis preto e comecei a fazer uma casinha - o único desenho que consigo fazer. Ela olhou o meu desenho e continuou a fazer o dela. Então começou a falar de si espontaneamente. Ariel contou que também desenhava na escola, além de ter aulas de música, dança e teatro. Disse que passa o dia todo na escola.

Ficamos um tempo em silêncio, cada uma fazendo o seu desenho. Compenetrada, ela desenhava e apagava. Então, ela disse que eu precisava chamar o pai dela (pai biológico) para conversarem com ele. Esse discurso pareceu muito semelhante ao da mãe. Não tenho ideia se o repetia ou se expressava a sua opinião. Contou que esteve na casa do pai, e que ele não quis ficar com ela, mas ela queria ficar com o pai. Disse que foi por isso que engoliu pilha. Nesse momento pareceu ter se lembrado das consequências desse ato e sua expressão mudou, ficando séria e preocupada. Falou que a

mãe ficou muito chateada. Perguntei o que havia acontecido na casa do pai e Ariel explicou que a madrasta que não a deixara ficar lá. Então ela começa a desenhar a menina com o pé quebrado, gritando “*ai, ai, ai!*” e, assumindo o papel da menina do desenho, explicou: “*Meu pé está quebrado*”. Nesse momento, voltou a sorrir, como se a menina do desenho estivesse fazendo alguma arte. Perguntei como ela havia quebrado o pé e Ariel disse que a menina quebrou o pé na escola e desenhou uma amarelinha, que associei com a que está pintada no chão da área externa da Unidade de Saúde. Em seguida, desenhou a escola e comentou que “*o desenho ficou legal*”. Observei que ela desenha muito bem, e disse que seu desenho estava muito bonito, mas ela disse que não, que “*não está bonito, está muito legal. Legal mesmo, sabe!*” (sic).

Ariel falou que eu sou muito meiga e que ela nunca havia conhecido ninguém assim, que as pessoas não eram assim. Ela desenha muito bem, mas demora para fazer os desenhos, apaga, faz de novo. Como já havia passado uma hora, e percebi que ainda faltava bastante para ela completar a história em quadrinhos, propus que continuássemos num próximo encontro. Expliquei que eu pediria para o padrasto trazê-la novamente para terminarmos a história. Ela concordou e gostou da ideia de ter um novo encontro. Ariel decidiu que o meu desenho seria a capa da sua história e acrescentou uma estrela ao meu desenho dizendo que era uma estrela cadente e que era fácil fazer céu, pois era só fazer “*um monte de estrelas*”. Escreveu o nome dela no desenho dela e pediu que eu escrevesse o meu nome no meu desenho.

Ao conduzir Ariel até seu padrasto, solicitei novo encontro e ele prontamente consentiu. Para não onerar a família com mais uma ida à Unidade

de Saúde, combinei de encontrá-los no dia da próxima consulta de Ariel com o psiquiatra.

3.1.4 Narrativa transferencial do segundo encontro com a criança

O encontro se deu na Unidade de Saúde, numa sala de atendimento, e durou aproximadamente meia hora. Como não havia sala disponível por uma hora, combinei com o profissional que usaria aquela sala que terminaria a entrevista com Ariel em meia hora e, caso precisasse mais tempo, agendaria outro encontro. Porém, isso não foi necessário.

Mais uma vez Ariel chegou à Unidade de Saúde acompanhada pelo padrasto. Quando chegamos à sala, avisei que nós teríamos um horário fixo para terminar, mas que, se fosse necessário, agendaríamos novo encontro. Disse também que havia avisado a seu pai (padrasto, que ela chama de pai) que, se precisasse, poderia interromper a entrevista, caso o psiquiatra chamasse Ariel para consulta, e que depois retomariamos. Diante da anuência de Carlos, Ariel comentou que o padrasto “*sempre diz sim pra todo mundo, ele não sabe dizer não*”. Perguntei se ele sempre diz sim para ela, o que foi confirmado com um aceno de cabeça. Ariel explicou que, às vezes, a mãe é quem dava bronca.

Ariel contou que foi abandonada, que não queria ter parado de frequentar a Unidade. Perguntou se eu não queria ficar com ela, uma vez que recebeu alta de seu psicólogo. Perguntei se ela lembrava o motivo dele ter dito que ela não precisava mais ir - já que eu não trabalho na Unidade e estou indo lá só para fazer a pesquisa. Ela ignorou minha pergunta, insistindo em se

mostrar sedutora e, de certa forma, testando se iria reagir como o padrasto e “responder sim para tudo”.

Apresentei a NI que Ariel havia completado na entrevista anterior e lhe perguntei se preferia terminar aquela ou começar outra nova. Ela escolheu continuar a anterior. Segurou sua história na mão e começou a ler o que havia escrito. Quando chegou ao quadrinho da Julia gritando com o pé quebrado, aproveitei para perguntar como ela havia quebrado o pé, com o objetivo de explorar os sentidos que Ariel construiria para o sofrimento da personagem. Ela respondeu:

Ela quebrou o pé, pulando amarelinha no quintal da casa dela. Ela quebrou o pé e mesmo assim foi pular amarelinha, aí quebrou o outro pé, teve que andar de cadeiras de roda. Ela tava gritando muito, os dois ossos estavam quebrados por dentro, e eles (os médicos) não fizeram nada, só colocaram gesso.

Ariel falou com desenvoltura e emoção, como se estivesse interpretando a personagem. Perguntei o que os médicos deveriam ter feito. Ela explicou:

Eles deveriam ter colocado pino pra segurar, porque abriu a pele dela. Depois ela perdeu as duas pernas porque as pernas estavam fracas. Eles não fizeram nada. Depois que a perna dela caiu, a mãe dela chorou. Ela tentou colocar perna mecânica e não se adaptou e foi pra escola de cadeira de rodas. Ela sofreu Bullying. Depois, todos que zoaram (sic) dela perderam a perna. Nunca se deve zoar (sic) um menino ou uma menina cadeirante.

Retomando a NI, perguntei o motivo de Julia procurar uma psicóloga e Ariel respondeu:

Ela ia na psicóloga porque ela engolia pilha. Ela achou que ela poderia sofrer lá, ser agredida, porque as pessoas que trabalhavam lá não gostavam dela. Achavam que ela era muito mandona, mas não conheciam ela direito. Pela cara dela, acharam ela meio chata. Depois que começaram a conhecer, começaram a ter amizade por ela.

Então ela me olhou e disse: “*Eu tô contando meu verso (sic) mesmo. Eu tinha medo das pessoas*”. Perguntei o motivo desse medo e ela respondeu que achava que ali era o Conselho Tutelar e ficava com medo do que iria dizer, tinha medo de perder sua mãe. Perguntei como ela se sentiu depois que descobriu que ali não era o Conselho Tutelar. Ela disse que, depois, todo mundo gostou dela e que ela também gostava de ir lá (referindo-se à Unidade).

Voltei novamente para a história para investigar por que a personagem Julia engolia pilhas. Ela explanou:

Ela engolia pilha porque ela sentia muita saudade da mãe e do pai dela, porque ela morava num orfanato. Eles tratavam ela mal lá. Batiam nela, davam cintada (sic). Aí os pais foram procurar ela. Eles queimavam o braço dela com fósforo. Os pais foram pegar ela de volta. Os pais tavam presos porque se meteram com drogas e, só depois que eles saíram da cadeia, foram pegar ela lá.

Perguntei como a pilha traria os pais de volta. Ela explicou:

Se ela engolisse pilha ela ia ficar internada no hospital e, no hospital, ela ia ser livre porque ela podia brincar. Ela não ia apanhar mais no hospital porque ela ia ficar com alguma pessoa. Ela ficou um pouquinho com medo, mas ela gostava de estar internada.

Em seguida, tentei explorar o que aconteceu com a Julia na psicóloga.

Ariel relatou:

Quando ela apareceu com as pernas quebradas, todo mundo começou a rezar por ela. Daí ela conseguiu a perna dela de volta. O médico tentou fazer exames com ela e ela não tinha nada e, quando ela acordou, a perna dela já estava de volta. Depois disso, ela não foi mais na psicóloga. Os meninos que zoaram (sic) ela, perderam a perna para sempre, porque Deus castigou eles.

Ariel vai entrelaçando a sua própria história com a história de Julia de modo criativo e dramático, expressando o seu modo pessoal de elaborar o seu conflito. Entretanto, chama a atenção o modo alegre com que narra o drama da menina que perde as pernas, o que pode denotar uma representação teatral que visa criar um efeito no ouvinte, ou ainda o ambiente onírico que cerca o seu sintoma, já que a menina vê suas pernas recuperadas quando acorda. Encerramos o encontro depois de me certificar que Ariel havia terminado a sua história.

3.1.5 Narrativa transferencial do encontro com o psicólogo responsável pelo caso

Rodrigo tem 45 anos e é coordenador da Unidade de Saúde Infanto-Juvenil há oito anos. O encontro, que durou aproximadamente uma hora, se deu na Unidade de Saúde, em dia e horário escolhidos pelo profissional entrevistado.

Rodrigo falou sobre o caso de Ariel, fazendo uma retrospectiva desde a chegada da menina à Unidade de Saúde até aquele momento. Quando

recebeu Ariel, achou que iria se deparar com um problema muito mais grave, visto que ela chegou de ambulância na Unidade. Antes de sua chegada, ele havia recebido um telefonema do hospital, solicitando o atendimento. Rodrigo recebeu Ariel e realizou sua avaliação conjuntamente com o psiquiatra da Unidade. A mãe de Ariel também acompanhou a avaliação. Rodrigo disse que Ariel não caminhava direito, “*parecia meio dopada de remédio*”, talvez algum medicamento para dor, pois fora operada recentemente no hospital para retirada da pilha que havia engolido. Ariel contou para o psicólogo e para o psiquiatra que pretendia continuar engolindo pilhas, o que levou este último, de acordo com Rodrigo, a medicá-la.

Rodrigo disse que, na consulta seguinte, Ariel estava bem diferente, mais disposta, mais alegre, mais comunicativa, e começou a acreditar que o caso não seria tão grave como lhe parecera no primeiro contato. Ariel ainda passou algum tempo dizendo que voltaria e engolir pilhas, enquanto Rodrigo avaliava se ela teria noção do perigo que corria, afinal, a criança “*já tinha nove anos de idade e um bom desenvolvimento cognitivo*”.

Rodrigo também se questionou sobre o motivo pelo qual os pais continuavam deixando pilhas ao alcance de Ariel quando saíam para trabalhar, uma vez que ela avisava que pretendia continuar engolindo pilhas. Ele começou a acreditar que “*faltava firmeza*” aos pais. De fato, Ariel continuou engolindo pilhas, sendo que, nos dois outros episódios que se seguiram, a mãe ligou para Rodrigo, que orientou que a levassem para a emergência do hospital. Rodrigo relatou que “*observou uma dificuldade grande dos pais em estabelecer limites para os filhos, não somente para Ariel, mas para suas irmãs também*”. Rodrigo deu um exemplo dessa dificuldade: os pais combinaram com

Ariel que, se ela parasse de engolir pilhas, ganharia a boneca que tanto queria – uma boneca cara que falava – e eles acabaram dando a boneca bem antes da data combinada porque a filha havia insistido muito. Além disso, depois de um tempo, Ariel disse para os pais que atenderia ao desejo da irmã menor, dando-lhe a boneca, quando, na realidade, ela já havia se desinteressado da boneca e queria ganhar outro presente.

Rodrigo contou que, quando começou a conversar com os pais, achou que a mãe era mais firme porque era mais séria, mas logo percebeu que ela tinha tanta dificuldade quanto o padrasto. À medida que Rodrigo foi percebendo que Ariel manipulava os pais com muita facilidade, sinalizou a ambos tanto a conduta de Ariel como a dificuldade deles para impor limites aos desejos da filha. Rodrigo relatou outros episódios que confirmam a dificuldade dos pais, como quando deram para a filha mais velha um celular de três mil reais, ou quando o próprio Rodrigo ganhou deles uma camisa cara, em seu aniversário, o que lhe pareceu um paradoxo, já que ambos recebiam salários insuficientes para esse tipo de despesa.

As sessões com Ariel permitiram que Rodrigo concluísse que se tratava de uma criança inteligente, comunicativa, alegre, e que, no decorrer das sessões, foi entendendo a gravidade do que fez e mostrando-se bastante preocupada com as consequências de seu ato. Rodrigo entendeu que a dinâmica dos pais de permissividade excessiva provocava a atitude de Ariel assim como uma disputa entre os filhos pela atenção dos pais. Perguntei se ele achava que os pais tentavam compensar algum sentimento de culpa pelo fato de trabalharem fora o dia inteiro e não poderem dar tanta atenção aos filhos. Rodrigo achava que a atitude dos pais não era motivada por culpa, embora não

tivesse ideia do que os motivava e explicou que essa questão seria trabalhada no grupo de orientação de pais para o qual foram encaminhados.

Perguntei se Rodrigo pensou em chamar o pai biológico para conversar e ele respondeu que no início sim, pois sabia que tudo havia começado com a ida de Ariel para a casa do pai biológico, mas, ao conceber o problema como resultado da dinâmica familiar, percebeu que não havia necessidade. Todavia, antes de tomar uma decisão, perguntou a Ariel se ela queria que ele chamasse o pai biológico, e ela respondeu que não. Na versão de Rodrigo sobre o episódio da casa do pai biológico, Ariel teve a iniciativa de ir para a casa do pai (e não o pai, como contou a mãe), mas acabou não dando certo porque a madrasta não permitiu que Ariel ficasse.

Rodrigo encaminhou os pais para o Grupo de Orientação que acontece semanalmente na parte da manhã, dando alta para Ariel. Os pais avisaram que só poderiam participar do Grupo no ano seguinte, após o período de férias, pois a mãe não poderia faltar ao trabalho.

3.1.6 Narrativa transferencial do encontro com o psiquiatra

Paulo tem 60 anos e trabalha na Saúde Pública há mais de dez anos. Nosso encontro se deu na Unidade de Saúde, na parte da manhã, e durou aproximadamente uma hora. Apesar de saber que a entrevista seria sobre Ariel, Paulo preferiu pegar o prontuário da menina para poder se lembrar de sua história e se justificou dizendo que trabalha em muitas Unidades de Saúde e atende muitas pessoas, entre crianças e adultos, razão pela qual ficava difícil lembrar de todo mundo.

Paulo contou que atendeu Ariel, pela primeira vez, no dia em que ela chegou de ambulância. Ele fez o atendimento junto com a mãe, e explicou que sempre atende crianças acompanhadas dos seus responsáveis. Disse que a mãe chegou a sorrir na primeira consulta e que isso chamou muito a atenção dele, pois ficou sem saber se ela entendia a gravidade do que estava acontecendo, uma vez que a filha colocou em risco a própria vida. Paulo começou a entrevista dando o diagnóstico de Ariel: ela é manipuladora e gosta de ser o centro das atenções. Entretanto, Paulo pondera sobre a possibilidade de também haver um quadro de depressão, motivo pelo qual acrescentou um antidepressivo ao tratamento de Ariel, que já chegou medicada do hospital. A avaliação da possibilidade de uma depressão, ainda que leve, mostra uma sensibilidade aguçada.

Paulo foi logo adiantando que ele só cuidava da parte médica e que a parte afetiva e emocional quem cuidava eram os psicólogos (porque ele tem muitos pacientes e não teria como acompanhar a parte emocional de todos). Considera que seu trabalho corresponde a 10% do tratamento e que o restante é com o psicólogo. O médico acrescentou que trabalha em todos os CAPS do município, faz plantões em outros serviços de saúde e ainda atende em consultório particular, como se precisasse justificar a sua impossibilidade de se envolver mais profundamente com um número tão grande de pacientes.

Quanto ao atendimento de crianças, Paulo explicou que algumas se abriam com ele, mas que, normalmente, a maioria das crianças tem medo de médico (porque as mães dizem aos filhos que, se não ficarem quietas, serão levadas ao médico que lhes aplicará uma injeção). Ao se referir a Ariel, Paulo contou que ela afirmou não saber o motivo de ter feito o que fez. Ariel também

lhe contou que a mãe não brincava com ela, só o padrasto. Além disso, revelou que, mesmo depois de ter começado o tratamento na Unidade de Saúde, Ariel ainda engoliu pilhas em mais duas ocasiões – ela só teria parado de ingerir pilhas depois de dois meses de tratamento.

Contudo, Paulo acredita que ninguém muda assim tão rápido (fazendo referencia à remissão do sintoma de Ariel) e que nenhum remédio faz milagre. Por este motivo suspeita que tenha havido algum tipo de barganha ou mesmo ameaça dos pais, além da pressão do Conselho Tutelar, que foi notificado pelo próprio hospital onde Ariel foi operada. Ele concluiu que o problema é complexo porque é familiar, social e econômico, e afirma que faltam políticas públicas que cuidem da qualidade de vida das pessoas mais necessitadas.

No final da entrevista, Paulo desabafou:

Já deixei a síndrome de super-homem, de xamã, mas também ficar só reclamando que o governo não faz nada e depois não se importar com os pacientes, como eu vejo muitos profissionais fazendo, não vai resolver. Se eu conseguir ajudar alguém, já é muito bom, mas a pessoa tem que querer ser ajudada, senão não, não tem como. Lá na Suécia tudo funciona, mas tem muita gente se suicidando. Aqui a gente erra muito, erra muito, e aí a gente melhora. As coisas já melhoraram um pouco, agora tem os CAPS, mas ainda erramos muito e precisamos errar muito e várias vezes para aprender, e aí melhorar.

Paulo encerrou a entrevista falando sobre os problemas sociais com que convive em seu trabalho, como problemas econômicos, políticos e etc.

3.1.7 Narrativa transferencial do encontro com a psicóloga do hospital

Para entrar em contato com a psicóloga do hospital, solicitei a ajuda da enfermeira da Unidade de Saúde, a qual já havia trabalhado naquele hospital. O contato da enfermeira era uma funcionária do Departamento de Pessoal. Em minha primeira visita ao hospital, conheci a funcionária que avisou que a psicóloga estava de férias e sugeriu que eu retornasse no início do mês seguinte. Achei curioso o fato dela não se lembrar da enfermeira da Unidade de Saúde, embora ainda assim tenha se mostrado muito solícita, atendendo-me em uma sala privada, mostrando interesse pela pesquisa e prontificando-se a ajudar.

No mês seguinte, consegui marcar um encontro com Sophia no hospital. A psicóloga tem 38 anos de idade e trabalha no hospital há 7 anos. Ela trabalha em regime de 40 horas semanais e, além dela, o hospital conta com mais uma psicóloga cujo trabalho se direciona ao departamento de Oncologia.

Encontramo-nos na portaria e seguimos para uma sala reservada onde me apresentei e expliquei os objetivos de minha pesquisa. Ela se mostrou bastante interessada e contou com muitos detalhes como era o seu dia a dia no hospital, além de outros fatos sobre sua vida pessoal. Como esse encontro durou aproximadamente uma hora e não tive oportunidade de entrevistá-la, marcamos um novo encontro para a semana seguinte.

O segundo encontro com Sophia se deu na mesma sala do hospital, onde tivemos total privacidade, e durou aproximadamente uma hora e meia, após o que fui convidada a conhecer a enfermagem e o quarto onde Ariel esteve internada quando fez a cirurgia.

Sophia contou que se lembrava muito bem do caso de Ariel, pois, foi bem marcante. Ela foi solicitada a acompanhar o caso desde a chegada de Ariel ao hospital. Como Ariel se queixava de dor abdominal, foi internada para observação. No início, ninguém sabia que ela havia engolido algo. No primeiro exame de raio X ao qual Ariel se submeteu, apareceu uma correntinha que estava presa e enrolada. Sophia, que havia estabelecido um bom vínculo com a menina, explicou-lhe que se ficasse com outras coisas dentro dela (caso tivesse engolido mais coisas), seria perigoso. Então Ariel contou que havia engolido outras coisas. Foram realizados mais exames a partir dos quais se concluiu pela necessidade de cirurgia para retirada dos objetos. Foram encontrados cinco objetos: dois anéis, uma correntinha e duas pulseiras. Chamou a minha atenção o fato da psicóloga ter mencionado corrente, pulseira e anel, ao passo que na Unidade de Saúde onde ela recebeu atendimento psicológico só se falou em pilhas. Mas como eu não estava lá para fazer acareação e nem poderia compartilhar as outras versões, continuei a escutá-la sem interrupção.

Sophia disse que, quando a mãe, que no início se mostrava bastante atenciosa, soube que a filha seria operada, demonstrou muita raiva, “*a máscara caiu*”. Dina chegou a brigar com a filha quando soube da cirurgia e Sophia foi chamada para intervir. Segundo Sophia, a irritação da mãe estava associada ao fato de precisar acompanhar a filha durante sua internação, e disse que “*as duas brigavam como duas crianças*”. Ao longo dos 15 dias em que Ariel ficou internada, Sophia percebeu o quanto a relação entre mãe e filha era difícil, enquanto o padrasto aparecia somente nos horários de visita.

Além da relação conflituosa entre mãe e filha, Sophia contou que o caso de Ariel causou polêmica porque a equipe profissional tendia a julgar a situação: ora a mãe era culpada por não ficar suficientemente atenta, evitando a ingestão de objetos pela filha, ora a filha era acusada de ter um comportamento despropositado para a idade, gerando decepção e preocupação para a mãe. Sophia revelou a necessidade de orientar a equipe a apenas cuidar, evitando julgar aquelas pessoas.

Sophia conversou muito com Ariel. A menina lhe contou que havia engolido as coisas porque nem a mãe nem o padrasto lhe davam atenção, o que a deixava com muita raiva. Sophia ponderou que, no caso, a falta de atenção não era no sentido da quantidade, mas no da qualidade da atenção dispensada. Ariel dizia que não estava certa se conseguiria evitar a ingestão de outros objetos, o que deixou Sophia ainda mais preocupada.

Sophia tem consciência de que sua atuação é pontual e raramente tem notícias das crianças que passam pela enfermagem, a não ser quando voltam a ser internadas, o que não é um bom sinal. Como o caso de Ariel a deixou bastante preocupada, Sophia pediu uma avaliação psiquiátrica, porque, no seu entendimento, Ariel podia estar se punindo por situações problemáticas, como era o caso do relacionamento conflituoso com a mãe. E se perguntava: *“como ela iria reagir quando surgissem novos problemas? E quando ela crescesse e arrumasse o primeiro namorado? E tantos outros problemas que a vida traz...”* Além da hipótese da culpa, Sophia imaginava que Ariel podia estar se punindo para chamar a atenção. Sophia justificou a ideia de levar Ariel de ambulância para a Unidade de Saúde no intuito de garantir o seu atendimento, visto que

ela colocou em risco a própria vida. O Conselho Tutelar foi notificado, uma vez que a notificação é compulsória.

Sofia argumentou que conseguiu fazer com que a mãe entendesse a gravidade do caso depois que lhe explicitou os riscos que Ariel correu. Solicitou aos pais que retirassem do alcance de Ariel “*coisas perigosas*”, como remédios, por exemplo. Sofia reconheceu que Ariel demorou para entender a gravidade do que fez. E, ainda assim, “*ela saiu do hospital dizendo que não sabia se ia conseguir não engolir mais nada.*” Essa falta de controle preocupou Sofia, sendo que em outros momentos Ariel mostrava-se inteligente, articulada e comunicativa.

Sofia ainda explicou que só pode encaminhar pacientes para atendimento psicológico e, quando precisa encaminhar para outro profissional, necessita que um médico assuma o encaminhamento. Acrescentou que a equipe do hospital é muito unida e respeita muito o trabalho dela, sempre solicitando sua ajuda para intervenções.

No final da entrevista, perguntei como tinha sido tomada a decisão do encaminhamento de Ariel. Sofia explicou que foi tomada em conjunto com a médica pediatra, a Dra.^a Dara. Perguntei se a médica poderia ser entrevistada e Sofia se prontificou a ajudar, dizendo que ela mesma marcaria a entrevista.

Muito curioso me pareceu o fato de nem Ariel nem seus pais terem mencionado a psicóloga do hospital, que se mostrou bastante envolvida e interessada em ajudar, fornecendo detalhes sobre o caso. Mostrou-se muito à vontade e confiante, até sugerindo que eu conhecesse a enfermaria na qual Ariel ficou internada.

Quando terminamos a entrevista, Sophia me levou para conhecer a enfermaria de pediatria e o quarto onde Ariel ficou internada. Os quartos dos Planos de Saúde são idênticos aos quartos destinados a pacientes do SUS. A enfermaria é muito bem arrumada, ampla, possuindo, além dos quartos, uma sala de jogos e brinquedos destinada às crianças e, também, oferecendo palestras com temas variados que versem sobre a infância envolvendo sempre os familiares das crianças internadas. Em algumas paredes estão pintados desenhos coloridos, o que traz alguma alegria para o ambiente.

3.1.8 Narrativa transferencial do encontro com a pediatra

Quando cheguei ao hospital, fui ao encontro da recepcionista e solicitei que avisasse à Dra. Dara que eu estava esperando por ela na recepção de entrada dos funcionários. Contudo, após ligar para a pediatria, a recepcionista me informou que a médica solicitou que eu fosse encontra-la, e que, como eu já conhecia a enfermaria, poderia subir sozinha.

Dara tem 43 anos de idade e é chefe da pediatria do hospital onde trabalha há 13 anos. A entrevista durou aproximadamente 40 minutos e foi realizada no próprio hospital, na sala dos médicos. Como não havia mais ninguém na sala, tivemos privacidade para conversar.

Dara contou que lembrava muito bem do caso de Ariel, que teria *“mexido muito com todos que trabalham na enfermaria”*, pela gravidade e pelo inusitado do caso. Afinal, disse ela, não é toda hora que uma menina de nove anos engole coisas. Explicou que Ariel veio encaminhada de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para a emergência, onde foi internada com queixa de

dor abdominal, e que, no exame radiológico, foram visualizadas três pilhas. Ela conversou com a mãe, que então dizia não saber de nada. Somente no segundo exame de raios X, apareceu a correntinha que estava alojada no estômago, presa, e foi verificada a necessidade de uma intervenção cirúrgica para retirada do objeto.

Dara observou que a mãe elogiava muito o padrasto e. Disse que estranhou essa e suspeitou de algo errado com esse padrasto. Sondou com os pais a possibilidade de ter havido algum episódio de violência, abuso ou maus tratos, e salientou ter sido bem sutil com eles. Dara argumentou que a psicóloga *“conseguiu tirar coisas dos pais e da criança que ninguém consegue”*, o que a surpreendeu, uma vez que, com ela, Ariel quase não falava nada. Dara exclamou: *“não sei como a psicóloga faz isso, como consegue tirar tanta coisa das pessoas?”*

Quanto ao encaminhamento para a Unidade de Saúde, Dara explica que a criança corria risco de vida e que voltou da Unidade já medicada. Perguntei de que maneira o psicólogo poderia ajudar. Ela respondeu que o psicólogo *“pode ajudar a família quando a família tem dificuldade de lidar com a criança”*. E disse espera que *“a criança consiga não repetir mais esse problema e que continue se desenvolvendo de forma sadia e aprenda a lidar com os outros problemas que surgirão durante toda sua vida”*. Dara argumentou que espera que a família seja orientada e que Ariel consiga resolver seus problemas sem se prejudicar. Considera que o trabalho de psicologia no hospital é fundamental, na medida em que oferece sustentação aos tratamentos e enfatiza que, em um trabalho interdisciplinar, não deve haver hierarquia entre os profissionais, pois todos são igualmente importantes.

3.1.9 Últimas notícias de Ariel

Ariel continuava com o acompanhamento psiquiátrico mensal até a data da última entrevista. Os pais foram encaminhados para o Grupo de Orientação, mas, até meu último contato com a Unidade, não haviam iniciado a participação no grupo. A justificativa apresentada, nesta ocasião, para a não adesão foi a gravidez da filha mais velha, de 13 anos de idade.

3.2 Caso Rafaela

3.2.1 Breve apresentação

O segundo caso a ser apresentado é o de uma menina de 11 anos de idade, vítima de abuso sexual, encaminhada pela enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde fazia pré-natal por ter engravidado do padrasto.

Os pseudônimos dos envolvidos nesse caso são:

Criança = Rafaela

Bebê (filha de Rafaela) = Laura

Prima = Nadia

Psicóloga = Dirce

Enfermeira = Paula

O primeiro contato com o caso de Rafaela se deu na fase inicial de seu atendimento psicológico, visto que sua situação já demandava um acompanhamento especializado sem haver necessidade de longas avaliações. Rafaela havia dado a luz a uma menina, fato que comprometia a sua assiduidade aos atendimentos, uma vez que Nadia precisava acompanhá-la

para ficar com o bebê e, conseqüentemente, faltar ao seu trabalho. Os atendimentos psicológicos estavam sendo realizados na medida das possibilidades de Nadia.

Conheci Nadia na Unidade de Saúde quando a psicóloga Dirce nos apresentou. Marcamos a entrevista para a semana seguinte, no mesmo horário de atendimento de Rafaela, para que Nadia não precisasse comparecer à instituição mais um dia.

3.2.2 Narrativa transferencial do encontro com a prima

A entrevista durou aproximadamente uma hora e foi realizada na Unidade de Saúde em uma das salas de atendimento.

Nadia tem 28 anos e trabalha em uma UBS como técnica de enfermagem. Possui apartamento próprio, é solteira, recebe de três a seis salários mínimos e tem curso superior incompleto.

Nadia chegou no horário marcado e trazia Laura nos braços, pois não tinha com quem deixar o bebê enquanto Rafaela era atendida na Unidade. O bebê dormia tranquilamente no colo de Nadia. Expliquei os procedimentos da pesquisa e li a Narrativa Interativa para Nadia, que me pediu para escrever a sua história, pois não conseguiria escrever com Laura em seu colo. Ditou sua história sem dificuldade, inclusive fazendo a pontuação oralmente, mostrando interesse e certa timidez, e incluiu a fala da criança na sua história.

Narrativa Interativa da prima

Letícia: *A psicóloga vai poder dar toda orientação, que as vezes pode ter alguma coisa que tire a atenção dele da aula, déficit de atenção.*

Murilo: *Mas isso vai funcionar?*

Letícia: *Não será uma coisa imediata, mas com o tempo a gente recebe orientação também do que estar fazendo em casa para que melhore o rendimento escolar. Precisamos comunicar o Caio do que ele vai fazer na psicóloga.*

Caio: *Mas porque eu tenho que ir na psicóloga?*

Letícia: *É apenas uma conversa onde ela poderá orientar melhor e ajudar no seu mau rendimento escolar.*

Caio: *Então está bom mãe, vamos marcar.*

Assim que finalizou sua narrativa, perguntei o que ela havia achado da história. Laura se mexeu em seu colo e Nadia, sorrindo afetuosamente, embalou o bebê, que logo voltou a dormir. Em seguida, Nadia comentou: “*Graças a Deus ela é muito boazinha, mas só agora Rafaela está se acostumando com ela*”. De fato, o bebê passou a entrevista inteira dormindo. Laura estava completando um mês de vida, mas, como nasceu prematura e com baixo peso, teve que ficar na maternidade até uma semana antes deste encontro comigo. Nadia contou que todos estavam se acostumando com Laura em casa, mas, para Rafaela, era bem difícil, “*ainda mais na situação que foi*” (referindo-se ao abuso sexual). Concordei que realmente devia ter sido tudo bem difícil e perguntei como ela estava lidando com tanta novidade.

Nadia passou a contar a história do início. Contou que mora com uma tia desde os 10 anos de idade, que é a avó materna de Rafaela. Elas estavam com viagem marcada para a cidade onde Rafaela morava com sua família, cinco meses antes desse encontro, para assistirem a um casamento. Porém,

antes de viajarem, a mãe de Rafaela ligou para contar da gravidez da filha e pediu para que ninguém a julgasse nem a censurasse. Não falou mais nada. Quando chegaram à cidade para o casamento, Rafaela já estava em um abrigo, pois a mãe perdera sua guarda, o padrasto havia sido preso e logo se inteiraram de toda a história do abuso. Sem parentes que pudessem ficar com Rafaela, a avó materna foi consultada pela justiça para se responsabilizar por ela. Nadia e a avó se prontificaram a ajudar Rafaela, trazendo-a com elas para a cidade onde moravam, e assumindo a responsabilidade por ela.

Nadia ficou transtornada quando soube que Rafaela sofria abuso há muitos anos e que, embora tivesse avisado, a mãe não acreditava. A mãe soube da gravidez de Rafaela em uma consulta médica, quando então o Conselho Tutelar foi notificado e entrevistou prontamente. Daquela consulta médica Rafaela não voltou mais para sua casa. Depois de passar por uma série de intervenções, foi encaminhada para um abrigo.

Quando Nadia e a sua tia voltaram para sua cidade trazendo Rafaela, o caso foi transferido para o Fórum local e Rafaela começou a fazer o acompanhamento pré-natal na UBS onde Nadia trabalha. Nadia contou que um amigo médico da UBS ajudava muito conversando com Rafaela e acompanhando sua gravidez. Perguntei quem havia feito o encaminhamento de Rafaela para atendimento psicológico e Nadia respondeu que fora a enfermeira da UBS que acompanhou o pré-natal. Nadia comentou que, além dos atendimentos psicológicos realizados na Unidade de Saúde, Rafaela também era acompanhada pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Perguntei como achava que os atendimentos psicológicos poderiam ajudar e Nadia compartilhou suas reflexões:

Por tudo que ela passou, o abuso que sofreu do padrasto, ela vai precisar de acompanhamento psicológico para saber lidar com isso, e também vai precisar de orientação. Ela já chorou muito com tudo isso. Na rua as pessoas comentam a idade dela e ainda fazem caras de desaprovação quando ela ta amamentando, e acham que ela pegou o caminho errado, que ela devia estar na escola, as pessoas não sabem o que aconteceu e ficam julgando. Isso tem acontecido bastante e Rafaela fica muito abalada. Quando ela tava grávida também todo mundo perguntava a idade e ficava condenando, falavam um monte. Ela vai precisar de acompanhamento psicológico durante muito tempo.

Perguntei se Nadia queria contar mais alguma coisa e, diante de sua negativa, expliquei sobre como seria a entrevista com Rafaela. Nadia ficou um pouco receosa, pois acreditava que a prima não ia querer falar mais sobre o abuso, visto que já havia repetido essa história várias vezes para diferentes profissionais. Então expliquei como era o procedimento da NI gráfica e afirmei que não tocaria no assunto a menos que ela o manifestasse espontaneamente. Marcamos a entrevista para dali a duas semanas, pois, na semana seguinte, não poderiam ir à Unidade de Saúde.

3.2.3 Narrativa transferencial do encontro com a criança

Rafaela tem 11 anos de idade é natural de uma cidade da região norte do país (zona rural), onde morava com o padrasto, a mãe e uma irmã de 3 anos, filha do padrasto. Tem um irmão mais velho que está desaparecido há 5

anos. Desapareceu quando estava com 9 anos de idade. Tem outra irmã de 9 anos que mora com o pai dela, sendo que cada um dos três irmãos é filho de um pai diferente.

Rafaela chegou no horário e aparentava ser uma criança descontraída, inteligente e afetiva. Após apresentações, explicações e realização dos procedimentos, Rafaela pegou os lápis de cor e começou a pintar a NI gráfica. Sempre deixo um tempo entre uma pergunta e as manifestações dos participantes, um silêncio acolhedor em respeito ao tempo interno de cada um, a fim de que elaborarem, sem pressão externa, suas repostas ou escolham o que desejam expressar. Rafaela começou a pintar os desenhos com bastante concentração e capricho e me perguntou que cor que ela deveria usar. Respondi que ela poderia escolher a cor e depois Rafaela me perguntou onde os meninos da NI estavam; pergunta que eu lhe devolvi, mas ela disse que não sabia e então respondi que eles estavam num campo de futebol.

Rafaela logo começou a falar sobre sua história sem que eu fizesse nenhuma pergunta. Contou que deveria estar na escola, mas está de licença maternidade por três meses para poder amamentar o bebê e só retornará para a escola daqui a dois meses. Falou que, quando a filha nasceu, ficou com muita raiva, “*eu não gostava dela*”, mas disse que agora gosta da filha, o que só foi acontecendo aos poucos, devagar, conforme aprendia a cuidar dela.

Rafaela contou o episódio do médico que descobriu sua gravidez, explicando que ela nem sabia que estava grávida. Como vinha tendo enjoos e sentindo-se mal, foi a uma consulta médica e, quando fez uma ultrassonografia abdominal, descobriu que estava grávida de cinco meses. A mãe pediu para ela mentir para o médico, para não falar nada sobre o padrasto e dizer que

estava saindo com algum garoto, mas o médico desconfiou dessa versão e acionou o Conselho Tutelar. Rafaela falou que já havia contado para a mãe sobre o abuso do padrasto, mas ela não acreditava. Disse que tudo começou quando o irmão sumiu e, por isso, acreditava que o padrasto também abusava dele. Um dia o irmão saiu para passear e nunca mais voltou. Todos o procuraram, a família, os vizinhos e a polícia, mas ele não foi encontrado. Rafaela acredita que ele esteja em algum lugar, que esteja vivo e que um dia irá voltar. Falou com emoção, sem tristeza, mas com muita convicção de que ele retornará.

Rafaela não voltou para casa depois daquela consulta. Foi levada para uma delegacia e, depois, encaminhada para um abrigo. Contou que a delegada disse que ela só sairia dali depois de falar tudo o que havia acontecido e, então, ela falou toda a verdade. Ficou com medo de perder sua mãe e de não voltar para sua casa, embora não tenha, de fato, voltado para sua casa. Naquele dia, a mãe disse que preferia morrer a perder o marido, que iria se matar se ficasse sem ele e que, caso fosse preso, ela preferia ficar com ele na prisão. Rafaela, buscando justificativas para a atitude de sua mãe, defendendo-se de tanta falta de cuidado e sufocando o próprio sentimento de abandono, explicou que a mãe era muito apaixonada pelo marido. Suponho que Rafaela estivesse no Conselho Tutelar quando se referiu à delegacia, porque, apesar de ser vítima de violência sexual, ela é menor de idade. Rafaela também se justificou por não ter atendido ao pedido da mãe para que mentisse para a delegada, explicando-me que foi obrigada a dizer a verdade, aliviando, desse modo, qualquer sentimento de culpa pelas consequências dessa revelação, ainda que fosse ela a verdadeira vítima desse drama familiar. Imagino que a

atitude de desespero da mãe para salvar o marido incrementou o sentimento de culpa de Rafaela pela prisão do padrasto. Rafaela comentou que até saiu uma notícia no jornal sobre o caso. Disse que veio morar com a prima e a avó porque a mãe não podia mais ficar ela.

Rafaela contou sua triste história espontaneamente, o que foi uma surpresa, visto que a prima havia me alertado sobre a possibilidade de Rafaela não querer mais falar sobre o assunto tantas vezes repetido.

Como não concluímos nossa NI gráfica, perguntei se ela gostaria de voltar outro dia para terminarmos aquela história. Rafaela manifestou interesse em voltar e fomos combinar com sua prima uma segunda entrevista.

3.2.4 Narrativa transferencial do segundo encontro com a criança

Rafaela chegou para a segunda entrevista um pouco atrasada, e imaginei que o fato de elas morarem longe e precisarem cuidar e preparar o bebê fosse o motivo do atraso.

Levei a NI gráfica que Rafaela havia pintado na primeira entrevista e perguntei se ela preferia continuar aquela ou começar outra, e Rafaela escolheu continuar. Rafaela tentou escrever um diálogo na folha, mas achou o espaço pequeno, preferiu apagar e pediu que eu escrevesse para ela. Escrevi exatamente o que ela me ditava. E assim ficou o desfecho da história:

Narrativa Interativa Gráfica

Matheus: *Talvez ela tava doente e precisasse de acompanhamento médico. Ela tava triste e foi lá para conversar. Ela tava*

triste porque talvez tinha acontecido alguma coisa com ela. Com a família dela.

Fez uma pausa e me olhou como se hesitasse em continuar. Perguntei o que teria acontecido com a Julia (personagem da história) e Rafaela continuou:

Matheus: *A mãe dela morreu e ela ficou muito triste. Então ela foi para a psicóloga. Ela falou que a psicóloga é legal.*

Então ela pediu que eu colocasse um balão na conversa e desenhasse o Matheus no quadrinho que estava em branco. Como eu não sei desenhar, perguntei se ela poderia fazer, mas ela preferiu que eu o fizesse. Rafaela pediu que eu também desenhasse a Julia e continuou a ditar a história:

Julia: *Ela conversava com a psicóloga, a psicóloga entendia e compreendia tudo que ela falava e ela se sentia bem com a psicóloga. A psicóloga disse pra ela não se sentir sozinha porque todo mundo queria ajudar ela. Ela sentiu feliz com o que a psicóloga disse. Ela mudou de casa, de cidade, entrou na escola, fez novos amigos. O pai ajudou ela, não deixou ela sozinha nem um minuto porque ele queria o bem dela. Os avós dela levaram ela, ela morava com os avós. Ela sentia muita falta da mãe dela porque a mãe dela morreu. Toda noite ela chorava pensando na mãe dela e quando ela olhava para o céu e via uma estrelinha era a mãe dela que estava no céu. Fim.*

Perguntei para me certificar se se a historia havia terminado e Rafaela confirmou que sim. Porém, ainda contou que sente muita falta das amigas da cidade onde morava, das amigas da escola, das amigas da vizinhança e afirmou que, um dia, quando crescer, vai querer voltar para lá. Falou com bastante firmeza que deseja voltar. Causou-me surpresa ela ter desejo de voltar para um lugar onde ela passou por tanto sofrimento, o que pareceu

mostrar que ela já está em processo de superação, com toda ajuda que vem recebendo.

Encerrei a entrevista agradecendo a sua participação. Rafaela me pareceu satisfeita por ter compartilhado os seus sentimentos e refletido sobre tudo o que aconteceu.

3.2.5 Narrativa transferencial do encontro com a psicóloga responsável pelo caso

A entrevista foi realizada na Unidade de Saúde em uma das salas de atendimento. Dirce tem 42 anos de idade, é psicóloga e trabalha há 16 anos no serviço público. Dirce contou que se lembrava muito bem da chegada de Rafaela à Unidade pois o caso comoveu a todos os que lá trabalham. Segundo Dirce, *“Rafaela tem jeito, cara, se comporta como criança e aparenta até ter menos idade do que de fato tem”*.

Dirce contou que, quando Rafaela chegou à Unidade, já havia passado por outras instâncias institucionais e recontado a própria história várias vezes, e que, talvez por esse motivo, fosse capaz de falar sem medo sobre o que aconteceu. Entretanto, segundo Dirce, algumas particularidades novas da história foram surgindo com o tempo. Rafaela estava também se adaptando à nova cidade, à nova escola e a novas pessoas.

Dirce percebeu que Rafaela não entendia o que estava acontecendo quando o padrasto abusava dela, pois ele não era violento fisicamente, embora a ameaçasse caso contasse para alguém. Dirce continuou a narrar a história de Rafaela:

Ela tentou avisar a mãe que não deu ouvidos, provavelmente por conveniência ou cumplicidade com o que acontecia. Eles viviam em uma casa afastada da cidade, em uma zona rural. Rafaela não sabia nada sobre sexo nem sobre como os bebês vêm ao mundo ou sobre o que é ser mãe. Mesmo diante de tantos desafios, Rafaela vinha respondendo muito bem e apresentando melhoras com os atendimentos psicológicos e apoio da nova família.

Disse que há bem pouco tempo Rafaela conseguiu entrar em contato com a raiva que sentia da mãe, porque, quando chegou à Unidade, estava sempre justificando o comportamento dela. O que desencadeou a raiva em Rafaela foi o fato da mãe, que telefonava semanalmente, espaçar muito as ligações, chegando a ficar um mês inteiro sem telefonar. Mais tarde ela também reconheceu que ficou chateada com a mãe por não a escutar quando tentava contar do abuso que sofria. Dirce pondera que a mãe deve ter se distanciado de Rafaela por que já estava namorando outro rapaz. Comenta que Rafaela já conseguiu expressar raiva em relação ao bebê, inclusive em um sonho em que Laura havia morrido.

Dirce contou que Rafaela falava muito sobre maternidade, fazia muitas perguntas e recebia muitas orientações. Acredita que Rafaela ainda vai precisar de bastante apoio, sobretudo com relação à maternidade. Além dos atendimentos individuais, Rafaela teria começado a frequentar um grupo terapêutico com outras meninas, onde estava fazendo novas amizades.

No entanto, Dirce estava preocupada porque a prima não estava mais dando conta de cuidar de Rafaela e do bebê. A solução encontrada foi que a avó e Rafaela fossem viver com outra filha dessa avó que mora em Curitiba. Embora a própria avó reconheça que essa filha não é muito correta e tenha

medo de que seja uma má influência para sua neta, não assume que também não quer ficar com ela. Dirce achava que a prima teria a guarda de Rafaela, mas, depois de contatos com o CREAS e a justiça, soube que a avó tinha a guarda desde o início.

Dirce não condenava a prima, pois sabia o trabalho que era cuidar de um bebê em casa, com uma mãe pré-adolescente. Nadia estava firme em sua decisão, ajudou o quanto pôde em um momento de grande dificuldade, mas quer terminar a faculdade e ter sua própria vida. Apesar da rede de apoio que acompanha Rafaela, a responsabilidade ficou muito pesada para Nadia, que trabalha como técnica de enfermagem em uma UBS.

Dirce pretendia fazer contato com a Unidade de Saúde de Curitiba, para onde o caso seria transferido, em todos os níveis de atendimento, psicológico, jurídico e social. Observou que Rafaela reviveu o sentimento de rejeição, mas acreditava que ela iria superar e que já estava fazendo progressos. Esperava que ela continuasse recebendo todo o apoio e que fizesse bons vínculos com os profissionais que iriam acolhê-la.

3.2.6 Narrativa transferencial do encontro com a enfermeira

O encontro com a enfermeira, Paula, aconteceu na UBS onde ela trabalha também como coordenadora. Durou aproximadamente meia hora, pois Paula foi objetiva e firme em sua argumentação.

Paula relatou que Rafaela chegou grávida à UBS para fazer o pré-natal, tendo sido levada por sua prima, que é técnica de enfermagem na mesma Unidade. Todos ficaram impactados com a história de Rafaela, que foi recebida

com muito carinho. O médico que realizou o pré-natal foi bastante atencioso e paciente, pois Rafaela não sabia quase nada. Ela fez um bom vínculo com todos que trabalham na Unidade. Foi encaminhada para atendimento psicológico porque precisaria de muito apoio, orientação e esperava-se que a psicóloga também trabalhasse sua autoestima.

Como Rafaela continuava frequentando a UBS, Paula manteve contato com a menina e podia ver os efeitos dos atendimentos psicológicos que ela vinha recebendo. Observou que Rafaela estava mais feliz e confiante e esperava que, com a continuidade dos atendimentos, ela pudesse superar o abuso sofrido. Paula explicou que a UBS acompanha todas as grávidas do seu território de abrangência até um ano depois do parto e, se alguma mãe faltar, eles fazem uma busca ativa, isto é, telefonam para que retornem aos atendimentos médicos.

Paula acreditava que o apoio psicólogo era fundamental no caso de Rafaela e que o psicólogo deveria também orientar a família para que pudessem lidar com a situação. Acreditava que a orientação aos familiares fosse tão importante quanto os atendimentos das crianças, porque, muitas vezes, era nas orientações que muitos problemas eram resolvidos. Essa fala é baseada na sua experiência na UBS, onde recebe muitas mães sem nenhuma noção de como educar seus filhos e *“fazendo coisas que não deveriam fazer”*. Paula finalizou seu relato dizendo que gostaria muito de ter uma psicóloga na UBS, porque alguns aspectos emocionais que interferem na saúde da criança, nem ela nem os médicos conseguiam resolver. E sabe o quanto é importante para a saúde física e mental da criança receber uma educação e cuidados adequados às suas necessidades.

3.2.7 Últimas notícias sobre Rafaela

A psicóloga responsável pelo caso estava trabalhando com Rafaela sua mudança para a casa de uma tia. O CREAS e a justiça que acompanhavam o caso também estavam fazendo as transferências necessárias. A prima havia mesmo decidido que precisava cuidar da própria vida e Rafaela e sua avó estavam de mudança para Curitiba.

3.3 Tomás

3.3.1 Breve apresentação

O terceiro caso apresentado é de um menino de 7 anos de idade encaminhado para avaliação pelo Conselho Tutelar, uma vez que estava sob a guarda da mãe após a separação dos pais, mas insistia em morar com o pai. Embora estivesse consciente de sua responsabilidade pelo que poderia acontecer ao filho (exposto a um ambiente de risco na casa paterna), a mãe não queria contrariar o filho.

Os nomes fictícios dos envolvidos nesse caso são:

Criança = Tomás

Mãe = Clara

Conselheira Tutelar = Lidiane

Psicólogo = Mário

Entrei em contato com o caso quando a criança ainda estava em processo de avaliação psicológica na Unidade de Saúde. O psicólogo responsável me apresentou a mãe, a qual prontamente aceitou participar da

pesquisa. Marcamos um encontro para a semana seguinte, no mesmo horário em que o menino seria atendido.

3.3.2 Narrativa transferencial do encontro com a mãe

Clara, mãe de Tomás, tem 32 anos, mora com a mãe, a avó e uma irmã (dois anos mais velha) que é especial. Estava procurando emprego; seu último trabalho foi como vendedora. Possui ensino médio incompleto. Tomás é seu único filho.

O encontro ocorreu na própria Unidade de Saúde, onde o caso estava sendo avaliado e durou aproximadamente uma hora. Clara compareceu à entrevista conforme combinado. Expliquei sobre a NI e ela prontamente começou a escrever.

Narrativa Interativa da mãe

Leticia: *Eu acho que ela vai poder nos ajudar a lidar melhor com o Caio, afinal uma psicóloga estudou para isso, e pode nos ajudar a detectar alguns problemas e nos ajudar a entender melhor o que está acontecendo com o nosso filho para podermos ajudá-lo da melhor maneira possível.*

Murilo: *Tudo bem, levaremos então!*

Quando acabou de escrever, perguntei o que ela havia achado da história. Ela foi logo dizendo que contaria a história dela. Clara contou que é usuária de drogas, que já fez tratamento na rede pública de saúde e que está “limpa”(sic) havia quatro meses.

Há um ano, Tomás mora com a avó e o pai, que também é usuário de drogas, e passa os finais de semana com a mãe. Clara prefere não obrigar o filho a morar com ela, mas fica preocupada, porque, no Conselho Tutelar, lhe explicaram que ela será responsabilizada se algo acontecer ao filho, pois ele está sob a sua guarda. Perguntei se Clara estava insegura em relação ao melhor lugar para o filho morar e ela disse que não, que tinha certeza de que *“a melhor coisa para o meu filho é morar comigo, mas não sei como fazer isso”*.

Ansiosa, Clara aguardava a conclusão da avaliação do psicólogo sobre Tomás. Manifestou o receio de que a convivência com o pai criasse problemas psicológicos em seu filho. Contou que, na casa do pai, ele não tem rotina, nem horários para nada, não tem nenhum limite. Além do que, o pai adora filmes de guerra, violência, venera armas de fogo e deixa o filho ver tudo que quer junto com ele. Clara ponderou sobre os efeitos dessa convivência: *“Tomás é muito desobediente e agressivo comigo, fala palavrão e acha isso tudo bonito, porque aprende com o pai e vê o pai como um herói”*. Atribuiu à permissividade do pai o fato de Tomás não quer morar com ela, pois *“na minha casa tem horário pra estudar, dormir, ver TV”*. Clara disse que não reconhecia mais o próprio filho, ele estava diferente desde que foi morar com o pai e que não sabia como fazer para trazê-lo de volta para a sua casa sem prejudicá-lo ainda mais.

Perguntei como ele foi morar com o pai e Clara explicou que foi sugestão de uma psicóloga que o atendia. A orientação foi motivada por problemas na antiga escola, onde ela sempre era chamada por conta do mau comportamento de Tomás. Clara expressou seu desapontamento ao dizer que *“as escolas particulares não sabem lidar com crianças-problema, querem logo*

se livrar delas para não atrapalhar as outras crianças. Esse ano ele foi para a escola pública e melhorou bastante”. Ela acreditava que “essa psicóloga ficava do lado do pai”. Acrescentou, sobre a família do ex-marido, “a mãe, ele, falam mal de mim, ficam tentando colocar ele [filho] contra mim”. Além disso, tratam Tomás como um adulto, contam tudo para ele, inclusive a versão paterna de que ela foi ao Conselho Tutelar para afastá-lo do pai. Clara estava preocupada, não sabia se Tomás poderia desenvolver algum problema psiquiátrico como, por exemplo, uma esquizofrenia na vida adulta, por sofrer tanta pressão.

Perguntei para Clara de que forma ela acreditava que o psicólogo poderia ajudá-la. Ela respondeu que esperava receber orientação de como agir com o filho e compreender o motivo de sua agressividade e desobediência com ela. Clara estava muito preocupada, porque seu filho não obedecia a nenhum limite que lhe fosse colocado, falava palavrão, “*endeusava*” (sic) os traficantes e até ameaçou pegar uma faca para machucar um colega da escola. Clara disse que o pai aprovava e incentivava esse tipo de comportamento, enfatizando que “*ele [o filho] tem que bater mesmo*”. Clara falou que Tomás adorava o pai, que “*é louco por ele*”.

Clara explicou que o ex-marido não aceitava a separação e que, por esse motivo, se comportava dessa maneira. Após uma tentativa frustrada de reatar o casamento, Clara conclui: “*Não deu certo, ele não mudou nada, não trabalha, tem 35 anos e mora com a mãe*”. Eles brigavam muito e já estavam separados há dois anos. Tomás presenciava as brigas do casal. Na primeira separação, ele estava com 4 meses de idade. Entre idas e vindas, eles ficaram em torno de 10 anos juntos.

Clara começou a usar drogas quando conheceu o ex-marido. Já sofreu de depressão e síndrome do pânico. Tem medo de não saber cuidar do filho porque, quando estava com síndrome do pânico, não conseguia cuidar dele, mas disse que agora estava melhor. Já fez tratamento no Narcóticos Anônimos (NA) e no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (Capsad).

Manifestou sua impaciência diante do fato de já esperar há dois meses pelo retorno da avaliação psicológica do filho. Contou que Tomás gostava de ir aos atendimentos. Clara já procurou outros tratamentos para Tomás e lembrou-se de quando o filho foi medicado por um neurologista particular. Apesar da família do pai ter se oposto ao tratamento, com o argumento de que ela queria dopar o filho, Clara avaliou como positiva a resposta à medicação, justificando que ele era muito nervoso. Contou que vai manter o tratamento na atual Unidade de Saúde, pois, como a instituição é pública, não há custos, e tanto ela como o pai estão desempregados. *“Agora vamos ficar até o problema ser resolvido”*.

Já estávamos conversando há cerca de uma hora, quando Tomás bateu na porta da sala, querendo saber se a mãe ainda pretendia demorar. Ele olhou para sua mãe com uma expressão de quem estava zangado, como quem quer mostrar que é valente e que manda na mãe, mas como ele tem cara de criança, fica parecendo uma encenação, não algo que ele esteja de fato sentindo.

Terminamos o encontro e Clara reconheceu que gostou muito de conversar e ter alguém que a escutasse, mais uma vez se referindo à espera ansiosa pelo encontro com o psicólogo responsável. Agradei sua participação

e perguntei se gostaria de acrescentar mais alguma coisa. Clara respondeu que não e agradeceu pela conversa.

3.3.3 Narrativa transferencial do encontro com a criança

A entrevista com Tomás foi realizada na Unidade de Saúde e durou aproximadamente uma hora. Tomás me acompanhou até a sala de modo despreocupado e, quando estramos, perguntou se eu pretendia fazer um teste e permaneceu em pé aguardando a resposta. Sugeri que Tomás se sentasse, expliquei que eu não estava ali para aplicar teste e apresentei a proposta da pesquisa. Tomás aceitou o convite e sentou-se.

Após as explicações iniciais sobre o procedimento da entrevista e da NI, perguntei para Tomás se havia compreendido e se gostaria de tirar alguma dúvida. Ele não mostrou muito interesse na minha explicação, observando a sala e o material que eu carregava. Contudo, de modo decidido, respondeu: *“Eu não entendi nada, mas pode começar que eu vou fazer assim mesmo”*. Prestou atenção somente quando falei sobre a questão do sigilo na pesquisa.

Apresentei a NI gráfica e, após a leitura da história, Tomás não pareceu entusiasmado, dizendo *“não estou em um bom dia para fazer historia”*. Precisei enfatizar que não havia certo ou errado e que ele estava livre para fazer a história da maneira que quisesse. Enfim, ele se decidiu e sentenciou: *“Escreve aí, então!”*

Peguei o lápis e o papel para começarmos a escrever a história e perguntei se ele havia pensado em algum motivo para o amigo do Matheus ir à psicóloga e qual nome poderíamos dar para ele. Ele respondeu que o amigo se chamava Jason. Como tive dificuldade para entender a sua pronúncia, solicitei

que escrevesse o nome do menino. Tomás pediu uma nova folha em branco e escreveu em letras garrafais, ocupando todo espaço da folha: JASON SEXTA FEIRA TREZE. Tomás contou que tinha a máscara do Jason, que assistiu ao filme à noite e depois ficou com medo. Passou a contar de suas outras máscaras, da máscara do Batman, salientando que não era do Bruce Wayne. Contou uma cena do filme em que o Batman bate com a cabeça do Coringa numa mesa de metal. Fez uma pausa, me olhou como se esperasse algum comentário sobre a cena relatada. Como eu não estava lá como emissária dos pais, professores, ou quem quer que fosse, estava livre para seguir suas associações sem me deter no assunto da violência, em torno da qual se organizava a queixa dos adultos.

Perguntei se poderíamos voltar para a nossa história e para o motivo pelo qual Jason buscava uma psicóloga. Tomás respondeu: *“É melhor ele se chamar Tomás, essa história é baseada em uma história real”*. Eu estava começando a escrever o nome do Tomás na história quando ele me advertiu: *“Isso você não escreve não!”* Parei imediatamente e o assegurei quanto ao anonimato, pois percebi que Tomás tinha a impressão de que colocar o seu nome na história o colocaria sob algum tipo de risco.

Tomás se tranquilizou e continuou a ditar a sua história, colocando-se como protagonista, com a condição de que eu não escrevesse o seu nome: *“X (o nome que não pode ser escrito) ia na psicóloga porque ele falava muita palavra feia, por isso a mãe pegou e levou ele na psicóloga. Ele tem uma mãe que se chama Alba e um pai que se chama Ciro. Ele tem uma tia que tem problemas e fala muito muito e não consegue controlar”*. De vez em quando, Tomás fazia uma pausa e me olhava para se certificar de que eu estava

escrevendo o que ele ditava. Então eu mostrava a folha para ele e o reassegurava de que eu só escreveria o que ele permitisse. Ele continuou: “O *X* passa muito tempo com o pai e, às vezes, fala muito nome feio. A mãe contou para ele que ele ia na psicóloga. *X* não quis, gritou e brigou com ela. Depois ele resolveu ir. A mãe dele levou ele para uma psicóloga para mostrar isso para ela (mostrar para a psicóloga que ele fala muito palavrão)”. Perguntei por que ele mudou de ideia e resolveu ir à psicóloga e ele explicou: “Pra mãe parar de encher o saco porque ela ficou insistindo” (*sic*). Perguntei por que ele rejeitou a ideia no início e Tomás, então, revelou sua interpretação dos motivos que levaram ao seu encaminhamento: “Ele não queria ir porque ele tem que acordar cedo e porque a mãe leva ele na psicóloga pra ela ser a espiã dela e tirar ele do pai, mas ele não quer, ele quer morar com o pai”. Perguntei como a psicóloga faria isso e ele continua a sua elaboração: “A psicóloga deve trabalhar pro Conselho Tutelar e conta que ele fala muito palavrão pra tirar ele do pai. Ela é uma espiã. Eu confio no Mario (psicólogo que acompanha o caso), mas não na Maria (psicóloga que coordena uma oficina terapêutica com crianças, da qual Tomás participa), mas não escreve isso aí não. Você não vai contar isso pra ninguém, né?” Retomei com ele a questão do sigilo na pesquisa. Então ele pergunta se na Faculdade que eu estudo eu era aluna ou professora. Expliquei que eu era aluna e ele completou: “Você vai tirar 10 nessa história”. Perguntei se *X* gostava de ir à psicóloga e ele respondeu: “Sim ele gosta do Mario, confia nele, mas a Maria é espiã, não confia nela”. E Tomás parecia querer concluir a narrativa: “Pode escrever aí, essa história foi baseada em uma história real”.

Tomás perguntou se a história tinha acabado, mas deixei que ele decidisse. Então ele respondeu que havia acabado. Tomás quis pintar os desenhos da história e pediu que eu desenhasse a bandeira do Brasil na camisa de um dos personagens da história, do menino que vai consultar a psicóloga. Comentou que esse menino torcia pelo Corinthians e o outro pelo Palmeiras. Tomás pintou os uniformes segundo as cores dos times dos meninos. Perguntou se o segundo quadrinho se passava no mesmo dia que o primeiro e, como me parecia um diálogo, respondi que sim. Tomás discordou, disse que era outro dia e escreveu bem grande em cima do segundo quadrinho: OUTRO DIA. Ficou me olhando depois que escreveu, como se à espera de uma retaliação. Como eu concordei e ainda elogiei, ele retomou a conversa. Perguntou se eu conhecia o Batalhão de Operações Policiais Especiais da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (BOPE) e o caminhão com o desenho da caveira, porque pretende ser policial e trabalhar no Bope quando crescer.

Como já estávamos na hora de encerrar, perguntei se Tomás queria falar mais alguma coisa e ele disse que não. Quando fui levá-lo até sua mãe, Tomás me olhou e perguntou se eu não iria contar nada para ela. Respondi que não, mas ele insistiu: “*Mesmo se ela te desse um milhão?*” Mais uma vez, respondi que não. Agradei a sua participação e ele se despediu sorrindo e parecendo contente por ter participado da entrevista.

Durante toda a entrevista, Tomás se esforçou para parecer mais sério ou um menino mais velho, talvez um homem, assim como seu venerado pai. Fiquei pensando no quanto essa atitude parecia privá-lo das possibilidades que sua própria idade permitiria. Uma vez que sua fala não era muito clara nem

muito objetiva, precisei ajudá-lo fazendo mais perguntas do que usualmente faço com crianças cujo discurso é mais organizado.

3.3.4 Narrativa transferencial do encontro com a Conselheira Tutelar

Para entrar em contato com a Conselheira, fui pessoalmente ao Conselho Tutelar (CT), mas como ela estava ocupada escrevendo um relatório combinamos de agendar um horário para uma entrevista, por telefone. Marcamos o encontro para a mesma semana. Entretanto, Lidiane logo me advertiu de que os casos correm em “*segredo de justiça*” e só com ordem judicial podem ser revelados. Então concordamos em fazer a entrevista em torno dos encaminhamentos que ela realiza, sem nos atermos a nenhum caso específico.

Lidiane tem 47 anos, trabalha como conselheira há quatro anos, está no seu segundo mandato e é formada em Administração de Empresas. Nosso encontro aconteceu no Conselho Tutelar, na sala de Lidiane, e durou aproximadamente 40 minutos.

Depois que eu me apresentei e expliquei a pesquisa, Lidiane começou a expor como compreende o encaminhamento de crianças para atendimento psicológico. Embora eu tenha imaginado que aquela seria uma conversa difícil para Lidiane, pois precisaria se policiar para não revelar inadvertidamente algum segredo de justiça, a conversa fluiu despreocupadamente. Após iniciar sua fala, Lidiane mostrou-se muito à vontade, emocionando-se, chegando quase a chorar ao comentar alguns casos difíceis que atendeu.

Lidiane contou que, quando encaminha crianças para atendimento psicológico, espera que seja realizada uma avaliação - e não um tratamento -, deixando a critério dos profissionais especializados a decisão sobre a necessidade de psicoterapia. Reconheceu que, no município, só existe um serviço de atendimento psicológico infantil e acreditava que deveria haver mais psicólogos infantis na rede pública, uma vez que a demanda é muito maior do que a oferta do serviço. Algumas mães são colocadas em fila de espera, o que ela considera um problema, pois os casos que a princípio não são graves podem se tornar graves caso não recebam ajuda a tempo. Segundo Lidiane, em muitos casos, *“uma boa conversa, uma boa escuta e orientação resolvem o problema”*. E pondera: *“Se houvessem mais psicólogos infantis os encaminhamentos seriam maiores”*.

Lidiane explicou que também encaminha famílias para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), pois o CT acaba sendo a porta de entrada para esses serviços. Esclareceu que o CREAS se destina aos casos de alta complexidade, enquanto o CRAS recebe os casos de média ou baixa complexidade, e me entregou folhetos explicativos sobre ambos os serviços. Afirmou que, atualmente, 90% dos casos que chegam ao CT são de média ou alta complexidade e que os CREAS e CRAS ajudam a fortalecer o cuidado com a família, em função da parceria que estabeleceram: *“Quando a gente trabalha com a rede, entrou na rede é peixe, não cai”* (sic).

O CT não acompanha os casos que encaminha para atendimento psicológico, os serviços que acompanham as famílias são o CRAS e o CREAS. Quando recebe uma notificação de algum serviço, significa que houve algum

problema, caso contrário, supõe que tudo esteja caminhando bem. O CT pode acionar o Ministério Público (MP) para fazer valer algum direito da criança - como o atendimento psicológico, por exemplo -, mas Lidiane reconhece a grande demanda nesse serviço e prioriza o objetivo de criar vínculos e não judicializar ainda mais as relações. Em contrapartida, afirma que *“a maioria das instituições que encaminha casos para o CT, como as escolas, não querem fortalecer vínculos nem com a criança nem com a família, querem apenas julgar a situação e encontrar um culpado, e não resolver a situação”*.

Lidiane explicou que, quando o CT recebe uma denúncia, esta não pode ser retirada, mesmo que o denunciante desista da acusação, pois o objetivo do serviço é garantir os direitos das crianças e adolescentes assim como previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Lidiane se queixou do fato de não haver psicólogos no CT, pois, como a maioria das mães chegava muito angustiada e insegura, ela acabava tendo que lidar com essa situação sem ter a formação adequada. Argumentou que muitas mães que chegam ao CT já pedem um encaminhamento para atendimento psicológico para os filhos antes mesmo que ela sugira e acrescenta: *“Todos os pais deveriam fazer um curso de pais, receber orientação porque a maioria dos problemas decorre da falta de conhecimento e de orientação”*. Segundo Lidiane, os pais não sabem como educar seus filhos, estão muito perdidos e inseguros.

Lidiane se disse muito preocupada com as repercussões de seu trabalho, porque sabe que o que ela escrever em um relatório pode mudar completamente a vida de uma criança e, como ela nunca sabe como o relatório será interpretado, precisa ser extremamente cuidadosa com as palavras que

usa: *“Preciso saber avaliar e identificar a demanda com cuidado, verificar se existe tentativa de manipulação por algum interesse oculto da parte do pai ou da mãe, se estão falando a verdade, se a criança está falando a verdade, é muito difícil o trabalho”*. Explicou que faz o melhor que pode e que, apesar da pressão, gosta do seu trabalho. Disse que, uma vez, uma psicóloga do CREAS reclamou por ela ter estabelecido um forte vínculo com uma determinada criança, o que teria impossibilitado a psicóloga de vincular-se à criança.

Até esse momento, Lidiane falou sem interrupção, dando-me a impressão de que precisava desabafar, e não só me informar sobre o funcionamento do CT, o que se confirmou ao final do encontro. Como ela fez uma pausa, perguntei o que ela esperava dos encaminhamentos para atendimento psicológico.

Lidiane dividiu a resposta em duas partes:

Como conselheira tutelar, espero que o problema seja minimizado ou solucionado e que o serviço faça o que for necessário para aquele caso. Como pessoa, eu gostaria que o problema fosse solucionado e que a criança e a família ficassem bem. Muitas vezes eu choro antes de dormir (nesse instante seus olhos se encheram de lágrimas) e minhas lágrimas rolam no travesseiro, pensando em algum caso, às vezes, [choro] aqui mesmo, depois de algum atendimento, mas enquanto estou aqui com a família me mantenho firme e forte.

Antes de finalizar a entrevista, perguntei se Lidiane gostaria de colocar mais alguma coisa. Ela disse estar satisfeita e também que, se eu precisasse, poderia procurá-la novamente. Confessou que gostou muito da conversa e que sente falta de algum lugar para desabafar.

Durante o encontro, Lidiane falou com muita precisão e objetividade sobre todos os assuntos, inclusive utilizando muitos termos técnicos. Agradeceu sua participação e ela me pareceu feliz por contribuir com a pesquisa.

3.3.5 Narrativa transferencial do encontro com o psicólogo responsável pelo caso

O encontro com o psicólogo, Mário, aconteceu na Unidade de Saúde e durou aproximadamente 40 minutos. Mário tem 43 anos de idade e trabalha na Unidade de Saúde há três anos.

Mário contou que Clara, mãe de Tomás veio encaminhada pelo CT em função de uma queixa do pai e da avó paterna de Tomás, segundo a qual Clara teria levado o filho a um psiquiatra para que fosse “*medicado e dopado*”, embora, na avaliação deles, a criança não precisasse de medicação. Diante deste impasse, o CT decidiu solicitar uma avaliação psicológica da criança. Como os pais de Tomás são usuários de droga, o que caracteriza uma situação de vulnerabilidade e risco, seu atendimento foi priorizado em relação à fila de espera da Unidade de Saúde.

Baseado em sua avaliação, Mário concluiu que Tomás não necessitava de nenhum tipo de medicação, argumentando que muitos psiquiatras medicam sem necessidade, pois não há uma fiscalização adequada das práticas médicas. Acrescentou que muitas mães querem medicar seus filhos, sem haver uma “*real necessidade*”, e que muitos psiquiatras atendem essa demanda.

Mário contou que a mãe de Tomás chegou à Unidade de Saúde se queixando de que a psicóloga que, anteriormente, atendeu Tomás, no sistema

privado, “*tomava o partido do pai do menino*”. Como na Unidade de Saúde o atendimento é gratuito, e ambos os pais estavam desempregados, optaram por interromper a psicoterapia anterior e dar continuidade aos atendimentos na Unidade de Saúde pública.

Mário encaminhou Tomás para o grupo terapêutico e agendou um horário com os pais para conversarem, mas reconheceu que o encontro foi difícil, pois o casal discutiu o tempo todo. Apesar disso, o psicólogo observou aspectos que julgou importantes na dinâmica parental, como o fato de ambos os pais terem muita dificuldade para colocar limites e regras ao filho. Sobretudo, Mário verificou que o pai era mais presente na vida do filho, ao passo que Clara não. Quando era seu final de semana com o menino, bastava ele pedir para voltar para a casa do pai que Clara atendia, sem fazer nenhuma tentativa de que permanecesse com ela por mais tempo. Às vezes, Clara saía para a “*balada ou até mesmo para viajar com amigos*” (sic), deixando Tomás com a avó materna. Além disso, a piscina do condomínio onde o pai morava parecia ser uma das razões para a preferência de Tomás pela casa do pai.

Durante o grupo terapêutico que é conduzido também pela psicóloga Maria, Mário percebeu Tomás como imaturo em atividades apropriadas para sua idade. Teve dificuldade para montar um quebra-cabeça de 30 peças, para compreender regras dos jogos utilizados e para se relacionar com as demais crianças do grupo. Apesar de seus esforços para demonstrar maturidade, falando de filmes de guerra, armas de fogo, além de usar gírias e palavrões, ele não conseguia brincar como um menino da sua idade.

Além do grupo terapêutico, Mário atendia o pai e a mãe de Tomás separadamente, dada a impossibilidade de o casal conversar. Os pais se

revezavam para levar Tomás à Unidade de Saúde, recebendo, nesse dia, atendimento psicológico. Mário relatou que estava começando *“um trabalho de empoderamento da mãe que, apesar de ter o discurso de querer ficar com o filho, na prática não conseguia cuidar dele”*.

Apesar dessa estratégia de trabalho psicoterapêutico, os pais abandonaram o tratamento. Mário relatou que não trabalhava com uma estratégia única de atendimento, preferindo criar seus meios de intervenção de acordo com a evolução e a demanda de cada caso. No caso de Tomás, ela já contava com a possibilidade de desistência, pois usuários de drogas e álcool são os mais difíceis em termos da adesão ao tratamento. E terminou a entrevista com esse desabafo: *“Não tenho mais expectativas, quando o problema é especificamente a criança a gente cria estratégias, mas quando é 90% o ambiente é muito difícil conseguir uma mudança favorável”*.

Terminamos a entrevista, agradei pela sua participação e Mário mostrou-se disponível caso eu necessitasse de mais alguma informação.

Esse é um caso que ilustra o abandono de psicoterapia infantil, tendo sido constatada a necessidade de atendimento psicológico tanto da criança como de seus pais. De fato, conforme Mário comentou, há estudos que apontam para a resistência de usuários de álcool e drogas a qualquer tipo de tratamento, sendo aqui corroborados pelo caso de Tomás e sua família. Além disso, há os conflitos familiares e a situação de precariedade social, que se agravam na medida em que ambos estão desempregados e necessitam morar com suas respectivas mães. É um caso cuja complexidade desafia toda a rede de apoio dos serviços públicos de proteção à criança e ao adolescente.

3.4 Nicole

3.4.1 Breve apresentação

O ultimo caso a ser apresentado é o de uma menina de 11 anos de idade, cujo encaminhamento foi realizado pela escola, que alegava problemas de comportamento, irritabilidade e dificuldades no relacionamento com o professor. No período em que entrevistei os envolvidos, a criança estava em fase de avaliação psicológica.

Os protagonistas desse drama foram:

Mãe = Cristina

Pai = Eduardo

Criança = Nicole

Vice-diretora = Miriam

Coordenadora da escola = Fabiana

Psicóloga responsável pelo caso = Regina

3.4.2 Narrativa transferencial do encontro com a mãe

Cristina, mãe de Nicole, tem 47 anos, é casada há 24 anos, trabalha como assistente comercial de uma loja, possui segundo grau completo e, além de Nicole, tem dois filhos homens mais velhos. São todos filhos do mesmo pai. A diferença de idade entre Nicole e os irmãos é grande, pois o mais velho, Carlos, tem 22 anos de idade e o do meio, José, 20 anos.

A psicóloga responsável pelo caso me apresentou a Cristina, que prontamente aceitou participar da pesquisa, preferindo ser entrevistada

naquele momento. A entrevista aconteceu na Unidade de Saúde e durou aproximadamente uma hora.

Depois das apresentações e explicações, entreguei a NI para Cristina e li a história. Cristina começou a escrever, mostrando-se concentrada na tarefa. No entanto, escreveu duas linhas e parou, levantou a cabeça e começou a falar do seu filho do meio, o José. Contou que procurou atendimento psicológico para José quando o filho tinha, mais ou menos, a idade da Nicole, mas acabou desistindo porque demorou muito para ele ser chamado. Enquanto isso, ela participava de um grupo de recepção do serviço. Nesse grupo, ela conheceu várias mães com problemas bem mais sérios que o dela e acabou acreditando que a dificuldade de José não era de fato um problema. Porém, reconheceu que a preocupação com o filho nunca acabou. Cristina avalia que *“ele é muito impulsivo, fala coisas que magoam e deveria pensar antes de falar certas coisas. Ele trabalha com o pai. Queria que ele fosse menos estressado”*. Pareceu-me que pensava em voz alta porque não esperou por nenhuma resposta minha, simplesmente parou de falar, abaixou a cabeça e voltou a escrever a sua história.

Narrativa Interativa da mãe

Leticia: Ela vai poder ajudar achar algum problema se nosso filho apresentar.

Ai decidiram levar Caio no psicólogo.

Chegando lá Caio fez vários trabalhos conversas com a psicóloga e resolveram que o problema dele era buling (sic) na escola entre colegas.

Decidiram conversar com a diretora e foi resolvido tudo.

Quando terminou de escrever, Cristina passou a falar de Nicole espontaneamente. Disse que Nicole é impulsiva como o irmão José; que fala coisas que não deveria falar: *“Ela já está com 11 anos e deveria ser mais madura, pensar antes de falar”*.

Cristina contou que ela mesma foi à escola e pediu, para a diretora, um encaminhamento de Nicole para atendimento psicológico. Na escola, a filha está tendo sérios problemas com um professor, motivo pelo qual não quer mais ir à aula. Explicou que a filha é *“muito dura” (sic)* com as pessoas, e não sabe por que a menina é assim, nem seu irmão. Ela queria entender e aprender a lidar com isso. Ela reconheceu que a filha sempre foi assim, mas agora seu modo de ser está lhe trazendo problemas. Acredita que Nicole já melhorou desde que começou a avaliação, mas, como não recebeu nenhuma orientação, está bastante ansiosa.

Cristina contou que, quando tinha somente os dois filhos mais velhos, ela não trabalhava fora, mas agora ela precisa trabalhar. Trabalha em uma loja de calçados no centro da cidade. Quando não está na escola, Nicole fica com o irmão mais velho, Carlos, que trabalha em casa.

Perguntei como Cristina imagina que uma psicóloga pode ajudar a sua filha. Ela disse que *“uma pessoa de fora pode entender melhor o porquê de Nicole ser assim e vai poder orientar ela. Vai saber entender o que acontece com ela e vai me orientar também”*.

Terminamos a entrevista, pois Cristina já estava começando a se preocupar com o horário, visto que precisava ir direto para o trabalho. Perguntei se o pai poderia vir para uma entrevista e ela disse que falaria com ele, mas achava difícil, pois ele tinha seu próprio negócio, conduzido por ele e

o filho. Contudo, ficou de entrar em contato comigo para me avisar sobre a possibilidade de uma entrevista com o pai.

Cristina me pareceu uma mulher inteligente e bem articulada, falando com clareza ao expor seu problema. Já passou pelo mesmo problema com o filho do meio e parece arrependida por não ter insistido na busca de ajuda psicológica para ele. Agora não quer minimizar o problema. Interessante notar que Cristina não situa o problema nem na escola, nem no professor, mas na dificuldade de relacionamento de Nicole, que, segundo sua percepção, é anterior ao conflito com o professor que motivou o encaminhamento.

Durante o tempo que frequentei a Unidade de Saúde enquanto, fazia a minha pesquisa, encontrei com Cristina algumas vezes na sala de espera, ansiosa por uma devolutiva que levou dois meses para receber. Às vezes, Cristina me contava alguma novidade da escola. Uma delas dizia respeito a sua dúvida em assinar um abaixo-assinado para o professor sair da escola, pois, outras mães também insatisfeitas resolveram tomar essa medida. Mas ela gostava da escola e queria ter um bom relacionamento com a direção e achava que isso era uma questão da direção, mesmo sabendo que esse professor causava problemas para sua filha. Estava num conflito grande com essa questão. Em outra ocasião, ela me disse que decidiu não assinar, mas que iria continuar cobrando uma solução satisfatória da escola em relação ao professor.

Pareceu que a história do professor foi tomando proporções cada vez maiores, e conseqüentemente, o problema da filha também, diferentemente do problema com José, que acabou diluído no meio de tantos outros.

3.4.3 Narrativa transferencial do encontro com a criança

O encontro com Nicole foi realizado na Unidade de Saúde, em uma das salas de atendimento, e durou aproximadamente uma hora.

Fui apresentada à Nicole no mesmo dia em que fui apresentada à sua mãe, mas, no dia da entrevista, Nicole parecia não me reconhecer. Quando ambas chegaram à Unidade de Saúde, Cristina disse que a filha não sabia se iria querer fazer a entrevista naquele ou em outro dia. Respondi que ela poderia escolher, mas convidei Nicole para ir até a sala comigo para que eu pudesse somente lhe explicar melhor o que era a entrevista, e assim ela poderia decidir o melhor dia para fazer. Nicole aceitou me acompanhar enquanto sua mãe ficou na sala de espera.

Quando entramos na sala, Nicole estava séria, embora não me parecesse amedrontada nem insegura. Apresentei-me novamente e expliquei mais detalhadamente como seria a entrevista e mostrei a NI gráfica. Quando ela viu o desenho, relaxou e sua expressão descontraíu. Nicole decidiu participar da pesquisa naquele momento, assim que terminei as explicações.

Fizemos a leitura da história e perguntei como ela gostaria de continuar. Ela ficou um tempo me olhando, pensativa e, como me pareceu estar em dúvida, ajudei com algumas alternativas, como, por exemplo, escrever, desenhar, pintar, etc. Nicole preferiu que eu escrevesse a história; pegou o desenho, segurou-o em suas mãos e disse que “*a Julia foi para a psicóloga para ficar calma.*” Ficou novamente em silêncio e então perguntei, procurando ajuda-la a continuar sua história, como foi que isso aconteceu. Ela explicou que “*os professores deixavam ela nervosa*”, seguindo-se nova pausa. Perguntei se

todos os professores a deixavam nervosa. Nicole respondeu que só um e observou: *“Vamos combinar que a Julia sou eu”*.

Até esse momento ela não havia relaxado completamente, mas, depois que resolveu encarnar a personagem, passou a falar com desenvoltura. Começou a narrar a sua chegada à Unidade de Saúde: *“No começo fiquei com medo, achei que psicóloga era coisa pra maluco. Achei que ia encontrar um monte de maluco aqui [ela sorriu]. E fiquei com medo dos alunos saberem que eu vinha aqui”*. Perguntei como ela via a Unidade de Saúde depois que começou a frequentá-la. Ela respondeu: *“Aqui é bem legal, mais legal do que eu imaginava. Agora só vou sair daqui quando eu enjoar, mas isso ainda vai levar um tempo”*.

Nicole começou, então, a ditar sua história na terceira pessoa:

A Julia tem um professor que é muito chato. O professor não deixa nem ela conversar, ele só faz isso com ela. A psicóloga vai passando a calma dela para a Julia. Ela vai conversando, dizendo o que deve fazer. A psicóloga está ajudando. Os amigos ajudam a Julia dizendo para o professor não xingar ela. Já fizeram um abaixo assinado para tirar ele de lá, conseguiram 2 folhas de assinatura. Ela disse que ele até já xingou a diretora e disse para ela que a escola estava assim por causa dela.

Aproveitei uma pausa de Nicole e perguntei como a psicóloga fazia para passar a calma para a Julia. Ela respondeu que a psicóloga *“vai falando pra gente ignorar a situação, vai conversando com a gente”*.

Nicole começou a intercalar diálogos na terceira pessoa (como se fosse a fala da personagem) com diálogos na primeira pessoa, falando diretamente de si: *“Eu chegava em casa chorando todo dia e meu irmão disse que ia falar com esse professor na saída da escola, que ia pegar ele, que na rua ele não*

era professor". Nicole explicou o motivo de sua antipatia pelo professor: *"Ninguém gosta desse professor, ele manda todo mundo sentar e colocar a mão no joelho. Os outros professores também não gostam dele. O professor de matemática é legal, todo mundo gosta. Ele tem ciúme"*.

Nicole também teve problemas com o professor de violino, mas se justifica: *"O professor de violino não gosta de criança. Ele também gritava comigo. E aí saí da aula. Só volto quando trocar o horário e o professor"*. E acrescentou sua própria reação em situações como essa: *"eu mando mesmo o professor calar a boca"*.

Mencionou rapidamente a sobrinha de 4 anos que morava com eles, até que o irmão se separou da esposa e esta saiu de casa com a filha. Moravam todos na casa dos pais de Nicole, e ela ficou muito triste quando a sobrinha foi embora.

Nicole perguntou se eu era estudante na faculdade, ao que confirmei. Ela contou que pretende fazer faculdade de Astronomia para estudar os planetas e disse que acompanha o movimento dos planetas por um site. Que gostaria de fazer faculdade em São Paulo e morar sozinha. Disse que também quer aprender a fazer vídeos e que acompanha vários pelo YouTube. Gosta de um que faz humor de situações difíceis.

Terminamos a entrevista e Nicole parecia satisfeita e alegre com sua participação. Ela me pareceu madura para sua idade, talvez pela convivência com os irmãos mais velhos, já que ela é a única criança da casa. É bem articulada, objetiva e firme nas suas convicções. Mas também é alegre e afetuosa.

3.4.4 Narrativa transferencial do encontro com a Coordenadora e a Vice-Diretora da Escola

Miriam tem 35 anos de idade, ocupa o cargo de vice-diretora da escola há dois anos, é formada em Pedagogia e exerceu a função de professora durante dez anos. Fabiana tem 47 anos, foi professora durante oito anos e coordena os últimos anos do Ensino Fundamental.

O encontro ocorreu na escola onde Nicole estuda, na sala dos professores, que estava vazia por estarem em horário de aula. A entrevista durou um pouco mais de uma hora. Marcamos o encontro por telefone e a vice-diretora solicitou a presença da coordenadora, pois ela tem um contato maior com os alunos, enquanto a vice-diretora costuma se ocupar de assuntos mais burocráticos.

A coordenadora me recebeu primeiro porque a vice-diretora estava terminando uma reunião. Começamos, enquanto esperávamos Miriam, a conversar sobre Nicole. Embora Fabiana falasse de Nicole com bastante carinho e preocupação, ela acreditava que o comportamento da menina era exagerado para as situações que enfrentava. Argumentou que atualmente o maior problema que ela encontra com os alunos na escola é a falta de orientação da parte dos pais, porque a maioria trabalha fora e não têm mais tempo para os filhos e que, em vez de provê-los com educação, se preocupam em lhes dar coisas materiais. Logo Miriam se juntou a nós. Perguntei a elas sobre o que motivou o encaminhamento de Nicole para atendimento psicológico.

A coordenadora tomou a palavra e contou que Nicole estuda na escola há 6 anos e que uma professora antiga já havia anunciado que a menina daria problemas no futuro:

Nicole sempre foi muito questionadora, tem argumento para tudo e não respeita professor como uma autoridade. Ela fica muito nervosa nas situações em que é contrariada ou quando precisa fazer alguma coisa que o professor manda. Faz muita careta de que não está gostando e responde tudo.

Explicou que, nas séries mais adiantadas, os alunos têm vários professores, os quais são mais exigentes e “*mais preocupados com as lições e com as aulas*”.

Fabiana explanou sobre o problema de Nicole com um professor específico da escola:

Ele quer dar ordens e ela não quer aceitar sem questionar. Nicole não entende que ele é autoridade na sala de aula, e que ela pode até estar certa na argumentação, mas perde a razão pelo gênio dela. Ela briga até para defender as amigas. O professor deu uma bronca em uma amiga dela porque ela esqueceu o caderno e Nicole disse que a amiga nunca esqueceu antes e que ele não podia falar assim com ela.

Fabiana relatou que, uma vez, Nicole entrou em sua sala chorando muito, muito nervosa e dizendo que não aguentava mais o professor e que ela queria uma psicóloga. Fabiana pareceu ter se comovido com o apelo da menina: “*Eu fiquei preocupada com ela, ela estava muito nervosa e se continuar assim vai acabar tendo um problema de saúde grave*”.

Miriam entrou na conversa, concordando com tudo o que Fabiana contou: “*Nicole faz muitas caras, questiona tudo e não reconhece a autoridade do professor*”. Fabiana complementou dizendo que ela gosta de dar exemplo para as crianças e, sempre que precisa entrar em uma sala de aula, primeiro cumprimenta o professor e pede licença para entrar. Afirma que a melhor maneira de ensinar é dando o exemplo.

Perguntei como imaginam que um psicólogo poderá ajudar. Fabiana argumenta que “*a psicóloga não resolve nada pelo outro, ela ajuda as pessoas a reconhecerem seus problemas, e deveria fazer a Nicole ver qual é o problema dela e ajudar ela a resolver, mas não é a psicóloga que resolve*”. Entretanto, faz uma ressalva:

Os pais acreditam que a psicóloga vai resolver tudo e não é assim, não é uma mágica. Hoje em dia os pais só se preocupam em dar coisas materiais para os filhos e ficam fora de casa o dia inteiro, e não dão o mais importante que é atenção e orientação e, por isso, as crianças e adolescentes de hoje tem tudo, mas são muito mal educados.

A vice-diretora endossa as palavras de Fabiana e complementa: “*a psicóloga deveria ajudar Nicole a se controlar por que ela faz muitas caretas desafiadoras*”. Miriam atribui o desejo de autonomia de que Nicole ao fato de conviver só com adultos em casa, tendo dois irmãos bem mais velhos.

Fabiana explicou que não vê a conduta questionadora de Nicole como problema, “*mas acho que ela não pode tratar o professor como ela trata porque ela acaba ficando errada também*”. A coordenadora reconheceu que “*Nicole é excelente aluna, é boa em tudo, muito inteligente, aprende tudo rápido na sala de aula, mas depois se dispersa. Ela é boa em tudo o que faz, aula de dança,*

teatro, tudo.” Sabe que Nicole também teve problemas com outros professores fora da escola - como quando estudava música e se desentendeu com o professor -, embora com os amigos ela tenha bom relacionamento.

Fabiana contou que já chamou Nicole e o professor para uma conversa face a face. Também já chamou os pais. Ela está tentando resolver a situação. A coordenadora se queixou de não ter nenhum retorno da psicóloga que está atendendo Nicole. Ela gostaria muito de ter notícias e de receber alguma orientação. Argumentou que, caso a psicóloga não pudesse vir pessoalmente à escola, poderia se comunicar por e-mail, sugerindo uma alternativa viável.

A entrevista foi muito produtiva, as duas participaram muito e colocaram suas ideias e pontos de vista sem hesitação. A coordenadora falou muito mais, provavelmente por ter maior proximidade com Nicole e mostrou-se realmente empenhada em encontrar uma boa solução e comprometida com o bem-estar dos alunos e dos professores também.

3.4.5 Narrativa transferencial do encontro com o pai

A entrevista com o pai, Eduardo, foi realizada no seu local de trabalho. Eduardo tem 47 anos, possui curso superior em Engenharia, é autônomo, tem sua própria empresa, está casado há 24 anos e tem três filhos. Eduardo trabalha com o filho do meio, José, num galpão, onde realizamos a entrevista em sua sala reservada.

Apesar de já saber do objetivo da entrevista, me apresentei novamente, expliquei a pesquisa e mostrei a NI. Eduardo foi logo dizendo que não sabia criar histórias, ficou retraído, mas expliquei que não precisava saber, era só

escrever o que viesse a sua mente diante daquela situação. Então ele aceitou e escreveu sua NI.

Narrativa Interativa do pai

Leticia: Talvez o psicólogo possa estar instruindo a gente e a nossa filha, e se acaso tenha que ser feito algumas sessões faremos para sentir qual é o problema ou qual a solução do problema. Se não nunca iremos saber.

Quando terminou de escrever sua história, devolveu-me o papel e já foi logo dizendo que “o problema era da escola, o problema não é a Nicole. Sempre dizem que são os pais que não dão atenção para os filhos, mas no nosso caso isso não é verdade, eu e a mãe damos muita orientação para eles”. Contou que a mãe só começou a trabalhar quando o segundo filho, José, estava com 16 anos. Eduardo se justifica: “Quando Nicole nasceu ela já trabalhava e achamos que não havia necessidade dela parar. Nicole sempre teve esse gênio, esse temperamento, sempre foi assim”. Eduardo revelou que a mãe, assim como Nicole, era “brava” (sic), mas, com a idade e a maturidade, ela melhorou. Confirmou que o filho do meio, José, tem o mesmo “temperamento bravo” (sic). Em seguida, retomou o relato sobre o modo de ser da filha:

Nicole não tem filtro na língua, fala tudo que pensa, ainda é uma criança, só tem 11 anos. Às vezes aparenta ter mais idade porque sabe argumentar, argumenta bem e é rápida nas respostas e aí é tratada como uma adulta, mas ela ainda não é.

Eduardo expressou a sua opinião a respeito do professor de Nicole: *“Esse professor não sabe lidar com crianças, não sabe falar com crianças, chama a Nicole de perereca (sic) e ela não gosta, e aí ele perde o respeito, um perde o respeito pelo outro. Os dois se relacionam como duas crianças, mas ele é que é o adulto”*. Eduardo reconheceu que a filha é respondona e questionadora, mas critica a conduta do professor, que avisou que *“ia dar um xeque-mate nela” (sic)*. Nicole ficou muito assustada e entendeu o *“xeque-mate” (sic)* como uma ameaça à sua integridade física. Foi quando Eduardo resolveu intervir. Dirigiu-se até a escola para conversar com a coordenadora e a diretora porque, no seu entendimento, xeque-mate no xadrez, significa eliminar.

Na escola, Eduardo descobriu que Nicole pedia que a coordenadora não o chamasse e, por esse motivo, todos na escola pensavam que ele era muito bravo. Eduardo não sabe por que Nicole fazia essa advertência, tanto que, até o professor ficou com medo e ameaçou chamar o Conselho Tutelar caso o pai fosse muito bravo. Eduardo conversou com o professor e disse que *“ele tinha que aprender a falar com crianças”*. O argumento do professor era o de que *“Nicole não obedece, questiona tudo, mas é muito inteligente, termina as lições rápido e fica tumultuando a sala”*. Eduardo respondeu que era responsabilidade do professor resolver a situação: *“Se Nicole terminava primeiro ele que inventasse alguma outra coisa para ela fazer”*. Contudo, salientou que o professor pediu desculpas e prometeu tentar se entender com ela. Sabe que *“esse professor tem problemas com outras crianças, mas só a Nicole responde e o problema maior é com ela”*. Da mesma forma, Eduardo também conversou com Nicole, orientando-a a não questionar tudo que o professor falar.

Eduardo falou, com certo orgulho, que depois que ele esteve na escola, tudo começou a melhorar. Então perguntei sobre o atendimento psicológico de Nicole, como ele imaginava que poderia ajudar. Ele voltou a afirmar que “o problema não é ela, o problema é a escola. Ela continua igual, não mudou nada”. E acrescentou: “eu não quero que ela mude”.

Eduardo acreditava que Nicole gostava dos atendimentos, mas às vezes se tornava complicado leva-la porque a esposa atrasava no trabalho: “Quando Nicole tem atendimento, a mãe perde o horário de almoço, para compensar o atraso, e fica cansativo para ela”. Eduardo pondera sobre a continuidade do tratamento: “Se Nicole não quiser mais ir, eu não vou achar ruim, mas se o problema na escola continuar estamos pensando na possibilidade da mãe parar de trabalhar e acompanhar Nicole mais de perto”.

Ao final da entrevista, o pai conclui sua percepção sobre o modo de ser da filha: “Eu sei como a minha filha é, respondona, questionadora, mas não quero que ela mude, gosto que ela seja assim, um pouco brava, principalmente nesse mundo que a gente vive, tão violento, e ainda por cima sendo mulher”.

Eduardo mostrou-se retraído somente no momento inicial da entrevista ao fazer a sua Narrativa Interativa, mas depois falou com muita descontração e desenvoltura. Pareceu-me firme nas suas crenças, não demonstrando dúvidas ou insegurança. Eduardo foi bem objetivo e claro em seus argumentos.

3.4.6 Narrativa transferencial do encontro com a psicóloga responsável pelo caso

Regina é psicóloga, tem 58 anos e trabalha na Unidade de Saúde há 13 anos. A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento da própria Unidade e durou aproximadamente uma hora.

Regina começou seu relato pela queixa de impulsividade e problemas de relacionamento de Nicole com um professor da sua escola. Nicole passou por uma avaliação, após o que Regina decidiu encaminhá-la para duas intervenções nas quais atua: grupo de verbalização e oficina de artes. Na psicoterapia em grupo, trabalha em parceria com outra psicóloga; na oficina de artes, com uma terapeuta ocupacional.

Após a avaliação de Nicole, Regina orientou que a mãe procurasse a escola, pois, segundo o relato da criança, o professor era bastante agressivo em classe, chegando até a gritar com os alunos. Perguntei se ela havia entrado em contato com a escola e ela justificou: “*Nesse caso não, eu orientei a mãe, mas quando a família é desestruturada eu faço essa ponte, no caso da Nicole não era necessário*”. Regina sabia que a mãe já havia procurado a escola, mas achou necessário encaminhar os pais mais uma vez, visto que o problema não havia sido resolvido.

Regina sabia que Nicole entrava em confronto com o professor, mas considerava que a atitude da menina era uma resposta à conduta inadequada dele: “*Nicole sabia se colocar e argumentar muito bem*”. A psicóloga contou que Nicole chegou bastante abalada com toda essa história do professor e não estava conseguindo frequentar a escola, que, por sua vez, sugeriu que Nicole faltasse apenas as aulas desse professor. O irônico em tudo isso é que o professor ministra a disciplina de que Nicole mais gosta. Ao longo dos atendimentos, Regina percebeu que, além da impulsividade ser uma

característica forte da menina, ela era parecia, em alguns aspectos (como na capacidade de argumentar), muito adulta para a sua idade.

Regina relatou que Nicole também se queixou do menosprezo com que os irmãos a tratavam, chamando-a de *“tampinha” (sic)*. Contou que Nicole também se irritava com a mãe: *“Um dia chegou no grupo e chorou muito reclamando que a mãe não queria comprar roupas para ela, que a mãe havia dito que ela já tinha muitas roupas, abriu o armário e mostrou, mas Nicole dizia que aquelas roupas já não serviam mais”*. Nicole se irritava, da mesma forma, quando queria ficar acordada até tarde, vendo vídeos no *YouTube*, enquanto a mãe queria estabelecer um horário para a filha dormir.

Outra situação difícil revelada no grupo estava associada à saída da esposa do irmão mais velho de casa, quando eles se separaram. Eles moravam na casa de seus pais com a filha de 4 anos de idade e Nicole era muito *“apegada à menina e ficou bastante abalada quando ela foi embora”*. Regina acreditava que esse evento poderia ter contribuído para a irritabilidade de Nicole. Entretanto, observou que, ao longo dos atendimentos, Nicole foi ficando cada vez menos irritada.

Nas palavras de Regina:

Nicole ficava sem ninguém para conversar. Em casa, os irmãos eram muito mais velhos e aqui ela encontrou a oportunidade de ter um espaço de escuta para se colocar, o que favoreceu uma compreensão maior de suas questões. A oficina também contribui como um espaço de interação com outras meninas de sua idade, o que foi muito positivo, trabalhamos as suas questões emocionais de forma lúdica. Até as relações interpessoais foram se modificando, Nicole fez amizades com as outras meninas, fizeram vídeos juntas e ela se divertia bastante.

Regina acreditava que Nicole estava mais calma e disse que até sua expressão facial estava “*mais leve*” (*sic*), não parecendo “*tão séria*” como quando iniciou os atendimentos.

A entrevista com Regina foi muito útil para a compreensão do sofrimento de Nicole, uma vez que apresentou dados novos. Regina colocou suas observações com objetividade e tranquilidade, expressando-se com desenvoltura e sem preocupação. No final, me mostrou alguns vídeos que fizeram na oficina, que estavam registrados em seu celular.

3.4.7 Últimas notícias de Nicole

Quando estive na Unidade de Saúde, um tempo após a entrevista com Regina, era período de férias escolares e Regina me informou que Nicole não estava participando dos grupos de atendimento na Unidade, mas deveria retornar quando o ano letivo começasse. Pretendia fazer uma nova avaliação para verificar a necessidade de dar continuidade aos atendimentos quando a família retornasse.

CAPITULO 4. Sentidos do encaminhamento psicológico infantil

A discussão do presente estudo se organizou ao redor dos eixos temáticos apresentados no capítulo de introdução, a saber: Motivos para o encaminhamento infantil; Fontes de encaminhamento infantil; Perfil da clientela infantil; Os pais e o atendimento psicológico dos filhos; e Adesão e abandono da psicoterapia. Com o objetivo de articular a literatura consultada com as NT, o recurso à discussão por temas se mostrou produtivo, na medida em que contempla ambas as perspectivas sobre o processo de encaminhamento psicológico. Vale ressaltar que um recorte desse tipo se faz necessário, embora estejamos conscientes de suas limitações, sempre que o material narrativo expressa a riqueza de uma experiência que é em si transbordante de sentidos.

Compreendendo o encaminhamento psicológico infantil como processo que se estende desde a identificação do problema até o final da avaliação psicológica, apresentaremos os temas nessa sequência. Contudo, não pretendemos fazer uma discussão ampliada de todo o processo de encaminhamento psicológico infantil nem o apresentar de forma descritiva, explicando suas etapas. Apoiaremos nossa discussão nos sentidos que nos foram revelados nas entrevistas pelos participantes, em diálogo com Donald Woods Winnicott (1896-1971) e a literatura recente sobre os temas abordados.

Ao utilizarmos os conceitos de Winnicott em relação aos cuidados maternos estaremos estendendo esses cuidados à função paterna (ou de qualquer outro membro da família que tenha assumido esse lugar). Adotamos

a noção de novo pai, definido por Moraes (2017) como aquele que atualmente não oferece apenas uma sustentação para que a mãe exerça a maternidade, mas participa ativamente dos cuidados infantis compartilhando essa função com a mãe.

Esclarecemos ainda que faremos uso de trechos dos relatos das NT, além das narrativas dos participantes, uma vez que ambas se configuram como material de pesquisa, para ilustrar aspectos do encaminhamento psicológico que foram tomados para esta discussão. Para auxiliar o leitor na identificação do sujeito do discurso, convencionamos grafar em itálico sem aspas a fala do pesquisador que provém de suas NT, enquanto a fala do participante virá também em itálico, porém com aspas.

4.1 Fontes do encaminhamento

Os profissionais participantes deste estudo, que realizaram os encaminhamentos, referiam a falta de qualquer tipo de retorno dos psicólogos sobre as crianças encaminhadas. Sophia, a psicóloga do hospital, *tem consciência de que sua atuação é pontual e raramente tem notícias das crianças que passam pela enfermaria, a não ser quando voltam a ser internadas, o que não é um bom sinal.* Fabiana, a coordenadora da escola, *queixou-se de não ter nenhum retorno da psicóloga que está atendendo Nicole. Ela gostaria muito de ter notícias e de receber alguma orientação. Argumentou que, caso a psicóloga não pudesse vir pessoalmente à escola, poderia se comunicar por e-mail, sugerindo uma alternativa viável.*

Paula, enfermeira, foi a única participante que manteve contato com a criança após o encaminhamento, pois a menina fazia o acompanhamento do bebê na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde Paula trabalhava. Paula mostrou-se bastante satisfeita por continuar acompanhando a criança. Contou que *manteve contato com a menina e podia ver os efeitos dos atendimentos psicológicos que ela vinha recebendo. Observou que Rafaela estava mais feliz e confiante, e esperava que, com a continuidade dos atendimentos, ela pudesse superar o abuso sofrido.* Lidiane, a conselheira tutelar, explicou que *quando recebe uma notificação de algum serviço, significa que houve algum problema, caso contrário, supõe que tudo esteja caminhando bem.*

Por meio das falas dos profissionais que encaminharam as crianças, observamos que, além de não receberem nenhum retorno dos psicólogos, também não foram convidados a participar de nenhuma etapa do processo de encaminhamento dessas crianças, mesmo que somente como prestadores de informações que pudessem ser relevantes. Ou seja, após o encaminhamento, foram excluídos do processo. Ward-Zimmerman e Cannata (2012) corroboram esse fenômeno em que o psicólogo não fornece um *feedback* sobre as conclusões de sua avaliação, nem sobre seu plano de intervenção, aos demandantes do atendimento.

O documento do Ministério da Saúde “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS, Tecendo Redes para Garantir Direitos” (Ministério da Saúde, 2014, p. 24) orienta os profissionais a manterem uma atitude participativa entre os que enviam e os que recebem as crianças, chamada de **encaminhamento implicado e corresponsável**. No encaminhamento implicado e corresponsável, os profissionais – os que encaminham e os que

recebem a criança – devem, quando necessário, realizar um trabalho conjunto entre os serviços para melhor atendimento do caso, uma vez que o primeiro acolhimento, onde quer que chegue o usuário, pode ser determinante nos desdobramentos e na adesão ao tratamento.

Contudo, observamos que essa orientação de conduta não ocorreu nos processos de encaminhamento aqui estudados. Este fato revelou a existência de uma prática do psicólogo ainda marcada por uma formação que privilegia a lógica da clínica privada, em que o profissional aprende a manter sigilo sobre seus casos e assumir sozinho toda responsabilidade. Ainda que a formação do psicólogo, na atualidade, já contemple novos modelos de atuação, a hegemonia do modelo anterior ainda prevalece (Ferreira Neto, 2004). O autor recorda que, até os anos de 1980, a formação do psicólogo era voltada, majoritariamente, para uma clínica de atendimento em consultório particular, na qual o psicólogo trabalha sozinho ou no máximo dividindo seus casos com o seu supervisor. Como consequência, não aprende a trabalhar em grupo nem a dividir responsabilidades em equipes multidisciplinares.

Ferreira Neto (2008) apresenta dados do Conselho Federal de Psicologia (CFP), mostrando que, no final da década de 1980, a área clínica privada era exercida por 55,3% dos profissionais em atividade no País, sendo apontada como a que produzia maior índice de satisfação entre os profissionais. O autor contrapõe dois modelos de formação clínica: uma, mais antiga, denominada de “clínica clássica”, voltada para o atendimento em consultório particular no setor privado, e outra, atual, definida como “práticas emergentes”, ainda em construção, e tendo em comum profissionais vinculados a órgãos públicos e trabalhando em equipes multiprofissionais.

Ferreira Neto (2008) afirma que um setor “que colaborou na reorientação das práticas clínicas foi o dos Programas de Saúde Mental, no bojo da Reforma Sanitária, que, desde os anos de 1980, contrataram um contingente amplo de psicólogos para atuação ambulatorial na Saúde Pública” (p. 111). Contudo, argumenta ser necessário refletir sobre, em que medida, as práticas atuais no setor público ainda mantêm a lógica da clínica privada, e em que medida elas estão construindo novos modos de atuação que levem em conta os novos contextos nos quais acontecem.

Outro fator importante que impacta na observação da orientação pelo **encaminhamento implicado e corresponsável** é a existência de uma demanda maior do que a capacidade de oferta de serviço (CFP, 2010), cenário atual da Unidade de Saúde onde a pesquisa foi realizada, resultando não somente em longas filas de espera, mas também em uma sobrecarga de trabalho e responsabilidade excessiva para os profissionais. O estrangulamento dos serviços acaba gerando práticas engessadas, haja vista a escassez de profissionais, a pressão pela produtividade, o excessivo número de atendimentos diários e o tempo insuficiente para realização das consultas (Oliveira & Caldana, 2014).

Quanto à participação dos pais na decisão pelo encaminhamento, observamos que, dos quatro encaminhamentos realizados, somente os pais de Ariel não participaram da decisão e estratégia de encaminhamento conjuntamente com os profissionais demandantes. Carlos e Dina sentiram-se indignados e muito aborrecidos por não terem sido consultados nem avisados sobre o encaminhamento da filha. Questionavam não o motivo do encaminhamento, mas a estratégia utilizada.

Esse episódio levanta questões tanto sobre o cuidado dispensado aos pais no encaminhamento psicológico infantil quanto sobre o vínculo que pode ser estabelecido entre familiares e profissionais, vínculo este, que, como mostraram os estudos, é fundamental para a adesão e sucesso no encaminhamento psicológico infantil (Gastaud et al., 2011; Prebianchi, 2011). Foi a duras penas que o próprio Freud (1905; 1912) percebeu que a transferência podia surgir como uma força poderosa de resistência, impedindo a continuidade de um tratamento.

Embora os profissionais que encaminharam Ariel tenham justificado a estratégia utilizada visando garantir atendimento imediato, por se tratar de uma criança que colocou em risco a própria vida, os pais viveram essa experiência de maneira traumática e fizeram uma transferência negativa com a instituição que realizou o encaminhamento. Numa leitura winnicottiana, podemos dizer que o cuidado ambiental quanto ao encaminhamento da filha não foi, para os pais de Ariel, suficientemente bom. Winnicott explica que

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. A independência nunca é absoluta. Nesta linguagem, normalidade significa tanto a saúde do indivíduo como da sociedade, e a maturidade completa do indivíduo não é possível no ambiente social imaturo ou doente. (Winnicott, 1963/1983, p.80)

Nesse caso, podemos compreender que os pais de Ariel foram submetidos a uma situação inesperada e de impacto emocional desorganizador da experiência de continuidade de ser, geradora de angústia e de ameaça à integração do *self*. Para continuar suportando a situação, que se fazia inevitável, recorreram a defesas reativas e passaram, a partir desse momento,

a concordar com todas as decisões e teorias que lhes foram sendo apresentadas em relação aos problemas da filha, funcionando, então, como um falso *self*. “O falso *self* se constrói na base da submissão. Pode ter uma função defensiva, que é a proteção do *self* verdadeiro” (Winnicott, 1960/1983, p. 122). De acordo com Winnicott (1963/1983), as experiências traumáticas podem ocorrer por falhas na provisão ambiental, o que podemos supor pode atingir os adultos também, sobretudo os que estão vivendo em situação de precariedade e vulnerabilidade social, como é o caso dos pais de Ariel.

Além das questões psicológicas, existe também uma cultura de submissão dos usuários de saúde aos conhecimentos técnicos dos profissionais especialistas. Sabemos que, na prática, as leis se antecipam às mudanças sociais, que levam um tempo maior para se concretizarem. Vasconcelos (2013) nos lembra do longo período de opressão, dominação e discriminação social de indivíduos e grupos sociais que após a reforma psiquiátrica tiveram seus direitos defendidos, assim como sua autonomia pessoal.

Ainda que as políticas públicas de saúde apontem para a transversalidade dos saberes, e atualmente adotem o Projeto Terapêutico Singular como prática nos serviços públicos de saúde, que almejam, dentre outros, o empoderamento dos usuários (Vasconcelos, 2013), o modelo hegemônico de assistência à saúde, pautado na lógica da sobreposição do saber do especialista sobre o do paciente, que deste último espera somente aceitação e submissão, ainda é reproduzido (Vasconcelos, 2013).

Este episódio lança luz sobre a construção do vínculo dos pais com os profissionais que participam do encaminhamento, em um momento

extremamente delicado, do primeiro contato com a descoberta do problema do filho(a) e os sentimentos aflorados nos pais.

Procurar por atendimento psicológico para os filhos pode também despertar sentimentos de culpa e sensação de fracasso dos responsáveis, pois a necessidade de ajuda pode significar para a família uma confirmação desse fracasso ou uma possibilidade de explorar suas dificuldades e responsabilidades para com o sintoma da criança. (Andrade, Mishima-Gomes & Barbieri, 2012, p. 8)

O primeiro vínculo com o profissional que encaminha pode ser decisivo para a adesão ou o abandono do atendimento. Poderá fortalecer o sentimento de fracasso dos pais, se for um vínculo negativo, ou poderá “representar para a família uma atividade "extra" da criança, que tranquiliza os pais ao oferecer um cuidado especializado para os filhos” (Andrade, Mishima-Gomes & Barbieri, 2012, p. 7), no caso do vínculo positivo. A qualidade dos vínculos entre pais e profissionais será fundamental para nortear o destino dos sentimentos ambivalentes dos pais em relação ao encaminhamento dos filhos. No caso dos pais de Ariel, não somente houve um vínculo negativo com os profissionais que encaminharam, mas também uma situação traumática. Ward-Zimmerman e Cannata (2012) observam, ainda, que quanto maior a confiança familiar no profissional que encaminha, maior será a adesão ao tratamento psicológico.

4.2 Perfil da clientela

Segundo a literatura científica, a busca por atendimento psicológico infantil deixou de ser definida pelo gênero, como era no passado. Alguns estudos apontam prevalência de demanda de meninos e outros de meninas,

variando de acordo com os serviços onde os levantamentos do perfil da clientela foram realizados. Em relação à faixa etária, predomina uma demanda de crianças entre 6 e 8 anos de idade.

O acolhimento infantil, por mais paradoxal que possa parecer, não começa com a criança, mas sim com os pais. Não somente porque estes precisam autorizar o atendimento dos filhos, mas também porque a decisão pela busca de ajuda profissional é tomada pelos pais, mesmo que a demanda não tenha se originado na família. Como constatado na nossa revisão de literatura, Telles et al. (2010) identificaram uma preferência pelo atendimento inicial individual com os pais, como acontece na Unidade de Saúde onde esta pesquisa foi realizada, e, posteriormente, uma avaliação com a criança, por meio de consultas terapêuticas livres ou na modalidade de psicodiagnóstico, modelo adotado na Unidade de Saúde.

As crianças desse estudo, de acordo com a teoria do desenvolvimento de Winnicott (1963/1983), encontram-se na fase da dependência relativa, que se caracteriza por uma percepção de si mesmo enquanto um eu separado da mãe e de um ego integrado, em que “a criança não é apenas uma criadora potencial do mundo, mas se torna capaz também de povoar esse mundo com exemplos de sua vida interna própria” (Winnicott, 1963/1983, p. 86). Contudo, se emocionalmente a criança já atingiu certa maturidade, em relação aos direitos e deveres sociais ainda depende de seus responsáveis legais, não tendo autonomia para gerir sua vida social, necessitando de um mediador entre ela e o mundo. Lesourd (2008) argumenta que a dependência em relação aos pais (ou responsáveis legais) e a condição de ser humano em desenvolvimento são as duas principais características da clínica psicológica infantil, cabendo,

portanto, aos pais ou responsáveis, a decisão pela continuidade do atendimento psicológico infantil. Condição que não se enquadra em casos excepcionais, nos quais instâncias judiciárias determinam o atendimento psicológico.

Das quatro crianças que participaram deste estudo, apenas uma, Nicole, de acordo com a fonte encaminhadora, solicitou o próprio encaminhamento para atendimento psicológico. E ainda, das quatro crianças, três (Ariel, Nicole e Tomás) mostraram-se bastante assustadas em relação ao primeiro contato com a Unidade de Saúde para a qual foram encaminhadas, a fim de receberem atendimento psicológico.

Ariel relatou sentir medo das pessoas que trabalhavam na Unidade de Saúde, pois acreditava que ali era o Conselho Tutelar. Ficava com medo do que iria dizer, pois tinha medo de perder sua mãe. Tomás acreditava que uma das psicólogas que coordenava o grupo do qual ele participava, era uma espiã que trabalhava para o Conselho Tutelar e pretendia separá-lo de seu pai para que fosse morar com a mãe, contrariamente à sua vontade. Nicole relatou sentir medo quando chegou à Unidade de Saúde, pois acreditava que psicóloga era coisa para “maluco” (sic), e que iria encontrar um monte de loucos na Unidade. Nicole estava também com medo de que os amigos da escola soubessem que ela estava frequentando uma psicóloga. Rafaela foi a única criança que não comentou sentir medo em relação ao seu primeiro contato com a Unidade de Saúde, contudo, não foi a primeira instituição para a qual foi encaminhada, ela já havia passado por outras instituições, como o Conselho Tutelar e um Abrigo Institucional. No entanto, quando o problema foi identificado e encaminhado para o órgão competente, no caso o Conselho

Tutelar (ou delegacia, nas palavras da criança), Rafaela relatou sentir muito medo de perder sua mãe e não voltar mais para sua casa, o que de fato aconteceu, pois sua mãe perdeu sua guarda e a menina foi levada para um Abrigo.

Ainda que, ao longo do tempo, as quatro crianças passassem a gostar dos atendimentos e dos psicólogos responsáveis, todas elas se mostraram amedrontadas quando seus problemas cruzaram as fronteiras familiares e foram abordados por uma pessoa desconhecida em um espaço desconhecido. Ariel foi encaminhada sem que os próprios pais fossem avisados com antecedência, o que sugere que a família como um todo não recebeu o cuidado adequado.

Tomás, por sua vez, sabia pelo seu pai, que sua mãe procurou atendimento psicológico a fim de levá-lo para morar com ela. Apesar de a mãe não ter verbalizado esse objetivo, Tomás viveu seu encaminhamento como uma ameaça, na medida em que promovia sua saída da casa do pai, com quem escolheu morar. Criou, então, sua própria versão na situação analítica, vivendo transferencialmente, com a psicóloga, a relação com a “mãe espiã” que procurava uma justificativa para, contrariamente à sua vontade, levá-lo definitivamente para sua casa. Colocando a psicóloga como espiã, teria como controlar a situação e não correr o risco de ser retirado de seu lar de escolha.

Sobre a ilusão, Winnicott (1971/1975, p.27) escreve que “desde o nascimento, portanto, o ser humano está envolvido com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido”, e a ilusão, nesse contexto, é denominada como uma área intermediária. A criatividade primária é quando o bebê está no controle mágico

da realidade, área da onipotência do bebê, onde é ele que cria o mundo que satisfaz as suas necessidades. Numa situação de ameaça de ansiedade depressiva, a ilusão pode manifestar-se como recurso defensivo contra a desintegração do self.

Nicole ficou com medo de encontrar com “malucos” na Unidade e também de que seus amigos da escola soubessem que estava indo à psicóloga. O estigma da loucura, relacionado principalmente à exclusão, agressividade e impulsividade, ainda sobrevive no imaginário social. Nicole, uma menina de 11 anos de idade, que nunca havia tido contato com um serviço de saúde mental, imaginou que pudesse estar sendo encaminhada para um local perigoso que colocasse em risco sua integridade física e mental. Nessa perspectiva, também não gostaria de ser reconhecida ou identificada como uma louca por seus amigos de escola. Podemos perceber como os problemas psicológicos ainda estão ligados a algum desequilíbrio ou desajuste mental, sendo motivo, não somente de sofrimento, mas, sobretudo, de vergonha. Bussinguer & Arantes (2016), estudando o estigma da loucura, identificaram que

O estigma é fato social que permeia a sociedade e atinge a dignidade das pessoas por ele atingidas, lhes causando sérios danos morais que repercutem em sua vida social, privada e diretamente sobre sua saúde, quando afeta sua autoestima. O estigma da loucura tem o agravante da associação do transtorno mental à periculosidade e à imprevisibilidade no cometimento de atos que podem se desencadear em infrações penais. (Bussinguer & Arantes, 2016, p. 12)

Observamos que o acolhimento da criança encaminhada é um momento bastante delicado não somente para os pais, como aponta a literatura, mas também para as próprias crianças. Mesmo não sendo a criança quem vai

decidir pela continuidade ou não dos atendimentos psicológicos, é importante que o acolhimento inicial ofereça um cuidado adequado à delicadeza do momento, usualmente carregado de inseguranças, medos, angústias e fantasias. Compreendemos que as angústias das crianças poderiam ter sido minimizadas ou mesmo suprimidas, caso elas recebessem um cuidado adequado, como o de serem avisadas, com antecedência, das entrevistas com os psicólogos e dos motivos e objetivos desse encontro, numa linguagem simples, na medida de sua maturidade e possibilidade de compreensão. Winnicott (1965/2011) nos lembra que

Quando oferecemos segurança, fazemos simultaneamente duas coisas. Por um lado, nossa ajuda livra a criança do inesperado, de um sem-número de intrusões indesejáveis e de um mundo que ainda não é conhecido ou compreendido. E, pelo outro lado, protegemos a criança de seus próprios impulsos e dos efeitos que estes possam produzir. (Winnicott, 1965/2011, p.45)

Nas entrevistas com a pesquisadora onde foi utilizada a Narrativa Interativa Gráfica, observamos que essa ferramenta foi particularmente valiosa, pois permitiu um início de vínculo bastante cuidadoso da pesquisadora com as crianças, na abordagem dos seus conflitos internos relacionados ao encaminhamento psicológico. Isso porque se criou a possibilidade de a criança, ao sentir-se protegida pelos personagens da história que vivem os mesmos problemas que elas, falar de si através desses personagens, sem se sentir invadida e ameaçada.

Favorecendo o lúdico e o faz de conta, a ferramenta despertou a imaginação e a criatividade das crianças, facilitando a verbalização dos seus sentimentos, fossem eles projetados nos personagens ou não. Entretanto,

todas as crianças desse estudo, em determinado momento da construção da narrativa, sentiram-se extremamente confiantes e se colocaram como as protagonistas da própria história, explicitando que a história era autobiográfica.

O estudo de Sbardelotto e Donelli (2014), sobre o uso de contos de fadas na psicoterapia infantil, concluíram que esse recurso “oferece às crianças a possibilidade da nomeação dos afetos, capacidade e desenvolvimento da imaginação e simbolização, orientação aos seus conflitos, principalmente a partir da identificação com os personagens” (p.47), que são as mesmas competências trabalhadas na NIG, o que é corroborado por nossos achados. A partir dos nossos estudos, verificamos que, a NIG pode funcionar como *holding*.

É possível compreender também o holding como provisão ambiental suficientemente boa, o ambiente de holding, o que lança o conceito para além da figura materna e traz a noção de cuidado de modo a abranger outros fatores implicados no início da vida do bebê que não a mãe concreta: pai, avós, médicos, grupos sociais, momento histórico e político. (Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2014, p.3)

O *holding*, como sustentação de um profissional que acolhe e compreende as angústias dos pacientes, funciona como um manejo clínico que proporciona a criação de um vínculo positivo, essencial ao trabalho psicoterapêutico. “O meio ambiente facilitador pode ser descrito como sustentação [*holding*], evoluindo para o manejo [*handing*], ao qual se apresenta a apresentação de objeto [*object-presenting*]” (Winnicott, 1963/1994, p.72).

Tal como no estudo de Aiello-Vaisberg e Machado (2003, p. 14), “concebendo toda psicoterapia como forma especializada de brincar dotada de potencial mutativo”, a NIG, criada a partir do jogo do rabisco winnicottiano,

funciona como mediadora “introduzindo uma forma absolutamente pessoal e fecunda de favorecer a presentificação, no setting, das questões biográficas mais diretamente relacionadas ao sofrimento que motivou a busca de ajuda profissional” (Aiello-Vaisberg & Machado, 2003, p.15). Portanto, acreditamos que a NIG pode ser extremamente útil como ferramenta de acolhimento da criança encaminhada, perdendo, entretanto, seu valor na ausência de um cuidado sensível por parte do psicólogo.

4.3 Motivos para o encaminhamento

Nos quatro casos descritos neste estudo, não foi difícil verificar a necessidade de atendimento psicológico para as crianças encaminhadas: eram condições extremas que não levantavam dúvidas sobre a existência de uma situação de sofrimento emocional para a criança. Contudo, sabemos que nem sempre os encaminhamentos infantis têm o propósito de atender a uma demanda de sofrimento da criança encaminhada.

Para entendermos o que pode vir a ser motivo de sofrimento psicológico para uma criança, precisamos primeiramente compreender o que significa saúde mental. Winnicott (1963/1983) define saúde mental como maturidade adequada à idade do indivíduo.

A maturidade do ser humano é uma palavra que implica não somente crescimento pessoal mas também socialização. Digamos que na saúde, que é quase sinônimo de maturidade, o adulto é capaz de se identificar com a sociedade sem sacrifício demasiado da espontaneidade pessoal; ou, dito de outro modo, o adulto é capaz de satisfazer suas necessidades pessoais sem ser anti-social, e, na verdade, sem falhar em assumir alguma responsabilidade pela manutenção ou pela modificação da sociedade em que se encontra.

Encontramos certas condições sociais, e isso é um legado que temos que aceitar, e, se necessário, alterar; e é isso que eventualmente passaremos adiante àqueles que se seguirem a nós. (Winnicott, 1963/1983, p. 80)

A demanda de três dessas crianças, Ariel, Nicole e Tomás, pode ser compreendida como um sintoma que aponta para algum obstáculo no processo de desenvolvimento infantil. Já os motivos do encaminhamento de Rafaela revelam uma família que não ofereceu cuidados adequados.

A queixa identificada com o sintoma da criança no âmbito do desenvolvimento infantil é corroborada pelos autores Azevedo e Sampaio (2009), Boaz, Nunes e Hirakata (2012), Breitenstein, Hill e Gross (2009), Deakin e Nunes (2009), Lesourd (2008), Frisch-Desmarez (2010), Goldman (2011), Nunes et al. (2009), Smadja, Golse e Moro (2011), Steibel et al. (2011), e Telles, Sei e Arruda (2010) que advertem quanto a tomar um sintoma como conduta esperada para aquela idade, podendo, caso não seja identificado nem tratado, vir a se constituir como patologia na vida adulta. Os autores salientam a identificação da demanda de tratamento como central, uma vez que o fato da criança estar em constante desenvolvimento pode comprometer a avaliação. Winnicott apresenta, em uma de suas descrições de saúde na infância, subsídios que auxiliam na distinção entre sintoma e sofrimento emocional:

No que me diz respeito, uso a seguinte descrição de uma criança normal. Uma criança normal pode empregar qualquer dos recursos (ou todos) que a natureza forneceu para defesa contra angústia e o conflito intolerável. Os recursos empregados (em saúde) estão relacionados com o tipo de auxílio que estiver ao alcance. A anormalidade revela-se numa limitação e numa rigidez na capacidade infantil para empregar sintomas, e numa relativa carência entre os sintomas e o que se pode esperar como auxílio. A esses recursos, normalmente empregados pela criança, é que chamamos sintomas, e dizemos que uma criança normal é capaz de ter qualquer espécie de sintomas, em

circunstâncias apropriadas. Mas com uma criança doente, não são os sintomas que constituem a dificuldade; é o fato de que os sintomas não estão cumprindo sua tarefa e constituem tanto um incômodo para a criança como para a mãe. (Winnicott, 1965/1979, p.143-144)

No caso de Rafaela, houve excesso de falhas nos cuidados ambientais. Não houve um cuidado materno suficientemente bom, uma provisão de cuidados adaptados e sensíveis às necessidades da criança, propiciando um ambiente seguro e protetor (Winnicott, 1965/2011).

As quatro crianças encaminhadas apresentavam dificuldades no relacionamento interpessoal, seja no contexto familiar, seja na vida escolar. Contudo, as famílias apresentavam uma dinâmica de funcionamento diferente. Os pais de Ariel, embora concordassem com o motivo inicial de demanda da filha por atendimento psicológico, não concordavam com a compreensão construída em torno da queixa principal, e mostraram-se contrários quanto aos argumentos apresentados para os problemas da filha, os quais foram falta de limite dos pais e falta de atenção dos pais para com a filha. Acreditavam que os problemas começaram após a visita da filha à casa do pai biológico, e que ele era a causa de todos os conflitos. Contudo, vale lembrar que o discurso dos pais de Ariel para a pesquisadora foi bem diferente daquele que apresentaram para o psicólogo, o que podemos compreender como a presença de intensa angústia, ameaçando com a desintegração do *self*, evocando o falso *self* a fim de proteger o *self* verdadeiro de um aniquilamento, frente à experiência traumática vivida com a fonte encaminhadora (Winnicott, 1960/1983). Situação essa que pode ter sido agravada por uma tradição cultural de aceitação incondicional da supremacia do saber do especialista pelos usuários de serviços de saúde pública, como analisado anteriormente.

Quanto ao encaminhamento de Nicole, a coordenadora da escola, Fabiana, relatou que a própria menina solicitou ajuda psicológica. No entanto, sua mãe Cristina, contou que ela mesma foi à escola pedir encaminhamento para a filha. Cristina, na entrevista com a pesquisadora, questionou não somente os motivos que a levaram a solicitar ajuda especializada para Nicole, mas também para seu filho do meio, José. Em suas explicações, Cristina levantou assuntos importantes sobre motivos que geram encaminhamentos para psicologia infantil. Cristina contou que quando seu filho José era criança, ela procurou ajuda psicológica para ele, pois acreditava que seu filho era muito impulsivo e que poderia vir a ter problemas maiores na idade adulta. Essa era também uma preocupação em relação à Nicole, e talvez pela semelhança, a história de José tenha sido revivida. Cristina falou que acabou desistindo da ideia de que era necessária ajuda psicológica para o filho, pois fora, na época, atendida em grupo de acolhimento e, como a demora em chamar seu filho havia sido grande e os problemas das outras crianças eram mais graves, Cristina chegou à conclusão de que seu filho não necessitava de ajuda psicológica. No entanto, neste momento de sua vida, ela reconsidera sua decisão e se arrepende de não ter insistido, não porque o filho esteja com sérios problemas mentais, mas acredita que ele ainda é muito explosivo, que não é saudável ser assim, e que tal comportamento pode prejudicar suas relações interpessoais.

Um das estratégias de acolhimento em Unidades de Saúde Mental é o grupo de recepção. A finalidade é acolher o maior número possível de usuários, sem com isso diminuir a qualidade dos atendimentos. Contudo, muitas vezes, a demora em chamar a criança é grande e os responsáveis

acabam desistindo. O Serviço de Saúde onde Nicole foi atendida não trabalhava com grupos de recepção, realizando os acolhimentos individualmente. Percebemos que Cristina persistiu, durante anos, com a dúvida sobre o filho do meio, gerando inseguranças e medos em relação à saúde mental do menino e atualmente de sua filha Nicole. Em uma leitura winnicottiana (Winnicott, 1961/1993), podemos compreender que Cristina estava movendo-se por um sentimento de culpa, sem, talvez, ter consciência disso. Todavia, exatamente por duvidar de si mesma, de suas decisões, Cristina pode sentir-se plenamente responsável, procurando ajuda psicológica para a filha, e assim deixando de sentir-se culpada.

Mas é o sentimento de culpa o que, de qualquer modo, a torna sensível, penso eu, (Sim) e a faz duvidar de si mesma. Porque tenho observado pais que não possuem essa capacidade para o sentimento de culpa e que nem se apercebem de quando seus filhos pequenos estão doentes. (Winnicott, 1961/1993, p. 118)

Embora Cristina tenha sido levada à conclusão de que seu filho não necessitava de ajuda psicológica, pelas circunstâncias passadas (ouvir problemas mais graves e o tempo de espera), sua parcela de culpa salvou-a de perpetuar suas dúvidas e inseguranças com a segunda filha, Nicole.

No caso de Tomás, o motivo do encaminhamento psicológico recebeu diferentes interpretações dos envolvidos no processo. De acordo com o psicólogo, a criança foi encaminhada pelo CT para avaliação, a pedido do pai, pois a mãe havia levado o filho a um psiquiatra para que fosse “*medicado e dopado*”, enquanto, na avaliação do pai, a criança não precisava de medicação. Lidiane, a conselheira tutelar, esperava que os pais fossem orientados, como quase todos os profissionais que encaminham, e a mãe

solicitava uma avaliação psicológica do filho, pois sabia que ele vivia submetido a situações de tensão emocional, como as brigas constantes dos pais, a disputa por sua guarda e a educação paterna extremamente permissiva. Tomás também tinha a sua interpretação: foi encaminhado para que sua mãe o levasse para morar com ela. Essas diferentes perspectivas criam expectativas singulares em torno dos atendimentos, o que talvez tenha contribuído para o abandono dos atendimentos, conforme pontuam Andrade et al. (2012), Nunes et al. (2009) e Prebianchi (2011) quando enfatizam a pluralidade de expectativas como desencadeadora do abandono da psicoterapia. Osti e Sei (2016) concluem que o psicólogo deve estar atento às expectativas dos pais em relação ao atendimento psicológico, além de fazer a mediação entre as necessidades dos pais e as da criança. Podemos ainda incluir nessa trama, a possibilidade das expectativas de pai e mãe serem diferentes, e também a expectativa do psicólogo, criando-se assim um universo de múltiplas expectativas que necessitam de diálogo e de mediação.

4.4 Os pais e o atendimento psicológico dos filhos

Confirmando os achados da literatura científica levantada, observamos, no nosso estudo, que a participação dos pais é fundamental em todas as etapas do processo, sendo decisiva para o sucesso ou fracasso do encaminhamento psicológico infantil. Os pais chegam aos serviços de psicologia, quando encaminhados por alguma instituição, como foram as quatro crianças aqui estudadas, sentindo-se angustiados, muitas vezes envergonhados, culpados e inseguros em relação aos cuidados que vinham

oferecendo aos seus filhos (Breitenstein et al., 2009; Finkel, 2009; Sei et al. 2008). Aceitar e reconhecer que seu filho tem um problema, sobre o qual você precisa de ajuda especializada para oferecer o cuidado adequado, não é tarefa fácil. Ao mesmo tempo, se houver um bom acolhimento e a criação de vínculos positivos com o psicólogo, os pais podem sentir-se esperançosos e aliviados por receberem a ajuda necessária (Andrade et al., 2012; Silva & Reis, 2017).

Uma vez que todos os trabalhos científicos apontam como fundamental a participação dos pais, faz-se necessário compreender como os pais concebem a própria participação. A tão mencionada participação dos pais na psicologia infantil, por toda a literatura acadêmica consultada, traz consigo uma pergunta fundamental: como os pais esperam ser inseridos nessa trajetória? Todos os pais deste estudo disseram esperar, do psicólogo, orientação para lidar com os problemas encontrados. Orientação foi a palavra que mais se repetiu em todas as entrevistas com os pais.

Então, mais uma pergunta se faz presente. Que sentido os pais atribuem a essa demanda por orientação? As entrevistas com os pais mostraram que eles dispõem de todo um conhecimento sobre seus filhos e um arcabouço de teorias e hipóteses a respeito da origem do problema que motivou o encaminhamento. Ao mesmo tempo, também sabem identificar, com acuidade, os momentos em que foram excluídos do processo de encaminhamento de seus filhos, ou quando foram culpabilizados pelos problemas dos filhos, relatando sentirem-se ansiosos ou frustrados e decepcionados nesses episódios. Assim sendo, contaram como querem ser incluídos e como querem receber orientação.

Dina, mãe de Ariel, escreveu na sua NI, que esperava que a psicóloga orientasse os pais em como educar seus filhos, pois, às vezes, estão tão atarefados que esquecem dos filhos. Caio (personagem da NI) foi à psicóloga, *“que o orientou e avaliou que ele precisa de mais atenção, e que, por esta razão, ele fazia as coisas para chamar atenção. Então seu pai e sua mãe reorganizaram suas vidas e conseguiram que trouxessem seu filho perto deles. Assim com os outros viveram felizes para sempre”*. Dina, no início da entrevista, parecia desconfiada, sentimento que mais tarde compreendi como expectativa de que seria novamente julgada sobre a maneira como exerce a maternidade.

Carlos, pai de Ariel, completou sua NI com a seguinte explicação sobre a psicóloga: *“Pode ser importante que ele vá até lá e discuta algum problema que ela talvez tenha”*. E Carlos continua a sua narrativa comunicando a sua teoria explicativa: *“Chegando na psicóloga, e com o decorrer de algumas entrevistas, descobriu-se que Caio estava muito agressivo com outras crianças, em razão do fato do pai trabalhar durante todas as noites não tinha muito tempo para o filho, que descontava sua frustração nas outras crianças”*. Ao final, Carlos apresenta a sua solução para o problema: *“Por isto, apesar de continuar trabalhando a noite toda, conseguiu um espaço maior para se dedicar ao filho”*.

Na entrevista, Carlos relatou que no hospital onde a filha fez a cirurgia, eles haviam sido tratados como se tivessem maltratado a menina, cometido abuso ou aplicado castigos severos. Na chegada a Unidade de Saúde onde estavam recebendo atendimento também houve desconfiança, mas de maneira menos enfática e dissipada ao longo dos atendimentos. Contudo, elogiou a conduta do psicólogo que os atendeu na Unidade de Saúde. Carlos e Dina

pareciam bastante aborrecidos também pelo hospital não os ter consultado nem avisado com antecedência sobre a necessidade de levarem a menina de ambulância para consultar um psiquiatra. Demonstrava indignação e total descontentamento. Carlos argumentou que os profissionais do hospital deveriam ter conversado com eles e avisado sobre a consulta, pois ficaram sabendo somente no dia, e não precisava ter sido assim. Dina discordava da explicação que receberam sobre o problema de sua filha. Demonstrava profunda irritação e alguma indignação por lhes dizerem que o motivo era a falta de atenção dos pais. Argumentou que isso não era verdade, pois tanto ela como o marido precisavam trabalhar. Dina achava que psiquiatra era “coisa pra maluco” (sic) e que a filha dela não era maluca. Segundo sua compreensão, a origem dos problemas da filha era o pai biológico. Dina esperava receber orientação para entender o problema de Ariel e contou que também gostou do psicólogo que os atendeu, mas que ele não sabia explicar o motivo da conduta de Ariel. Carlos concordou com Dina, disse que agora Ariel estava bem, mas voltou a falar que a equipe do hospital agira de forma “muito bruta” (sic), além de não lhes terem dado nenhuma orientação.

Nadia, prima e responsável por Rafaela, completou a NI atribuindo os seguintes sentidos ao atendimento psicológico: *“A psicóloga vai poder dar toda orientação, que às vezes pode ter alguma coisa que tire a atenção dele (Caio, o personagem) da aula, déficit de atenção. Não será uma coisa imediata, mas com o tempo a gente recebe orientação também do que estar fazendo em casa para que melhore o rendimento escolar. Precisamos comunicar o Caio do que ele vai fazer na psicóloga”*.

Nadia esperava que Rafaela recebesse acompanhamento psicológico e orientação durante muito tempo para saber lidar com a situação. Nadia trabalhava na mesma UBS que realizou o pré-natal e encaminhou Rafaela e onde ambas, Rafaela e Nadia, recebiam orientação do médico e da enfermeira.

Clara, mãe de Tomás, completou a NI, colocando na fala da personagem, mãe, a seguinte explicação: *“A psicóloga vai poder nos ajudar a lidar melhor com o Caio (personagem do filho), afinal uma psicóloga estudou para isso, e pode nos ajudar a detectar alguns problemas e nos ajudar a entender melhor o que está acontecendo com o nosso filho para podermos ajudá-lo da melhor maneira possível”*. Clara explica sua preocupação com Tomás, manifestando receio de que a convivência com o pai criasse problemas psicológicos em seu filho. Ponderando sobre os efeitos dessa convivência, explica: *“Tomás é muito desobediente e agressivo comigo, fala palavrão e acha isso tudo bonito, porque aprende com o pai e vê o pai como um herói”*. Clara não reconhecia mais o próprio filho, ele estava diferente desde que foi morar com o pai e não sabia como fazer para trazê-lo de volta para a sua casa sem prejudicá-lo ainda mais. Acrescentou, sobre a família do ex-marido: *“a mãe, ele, falam mal de mim, ficam tentando colocar ele (filho) contra mim”*.

Conforme o relato da pesquisadora: *Além disso, tratam Tomás como um adulto, contam tudo para ele, inclusive a versão paterna de que ela foi ao Conselho Tutelar para afastá-lo do pai. Clara estava preocupada, não sabia se Tomás poderia desenvolver algum problema psiquiátrico como, por exemplo, uma esquizofrenia na vida adulta, por sofrer tanta pressão*. Clara esperava orientação do psicólogo de como agir com o filho e como compreender o motivo de sua agressividade e desobediência com ela. Clara explicou que o ex-

marido não aceitava a separação e que, por esse motivo, se comportava dessa maneira. Eles brigavam muito e já estavam separados havia dois anos. Tomás presenciava as brigas do casal. Clara começou a usar drogas quando conheceu o ex-marido. Já sofreu de depressão e síndrome do pânico. Quando estava com síndrome do Pânico, não conseguia cuidar do filho e por isso relata ter medo de não saber cuidar dele. Entretanto, disse que agora estava melhor. Já fez tratamento no Narcóticos Anônimos (NA) e no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CapsAD).

Cristina, mãe de Nicole, completou a NI com a seguinte frase da personagem da mãe sobre o que esperar da psicóloga: *Ela vai poder ajudar achar algum problema se nosso filho apresentar*. Cristina contou que ela mesma foi à escola pedir para a diretora um encaminhamento de Nicole para atendimento psicológico. Na escola, a filha está tendo sérios problemas com um professor da escola, motivo pelo qual não quer mais ir à aula. Explicou que a filha é “muito dura” (sic) com as pessoas, e não sabe por que a menina é assim, nem seu irmão. Ela queria entender e aprender a lidar com isso. Reconheceu que a filha sempre foi assim, mas agora seu modo de ser está lhe trazendo problemas. Acredita que Nicole já melhorou desde que começou a avaliação, mas como não recebeu nenhuma orientação, está bastante ansiosa. Sobre o que esperava do atendimento psicológico, Cristina acreditava que uma psicóloga poderia ajudar a sua filha, *“uma pessoa de fora pode entender melhor o porquê de Nicole ser assim e vai poder orientar ela. Vai saber entender o que acontece com ela e vai me orientar também”*.

Os pais querem uma orientação que valide a sua compreensão sobre a origem do problema que motivou o encaminhamento. Querem uma orientação

que leve em conta suas expectativas em relação a cada tomada de decisão durante o processo de encaminhamento. Querem uma orientação que não os destitua nem desqualifique de suas funções parentais em nenhuma etapa do processo. Querem uma orientação que acolha suas angústias, medos e fantasias. Querem uma orientação que legitime e acolha seu sofrimento, sem julgamento e culpabilização. Os pais querem ser, junto com os psicólogos, criadores dessa orientação. Winnicott (1957/2011) adverte que “expressão de um juízo moral destrói de modo absoluto e irrevogável a relação profissional” (p.175).

Os pais não querem uma orientação diretiva pedagógica que os coloque no lugar daqueles que nada sabem, daqueles que cometeram um erro e o profissional que os recebe ficando no lugar do que vai consertar, aquele que possui o saber especializado que vai submeter, e não amparar. Winnicott (1969/1993) adverte para o perigo desse lugar:

O meu problema consiste em encontrar um modo de dar instrução sem instruir. Há um limite para o valor do ensinado. Com efeito, é importante para os pais que comecem a procurar conselhos nos livros que saibam não ter obrigação de saber tudo. A maior parte das coisas que ocorrem no bebê ou criança pequena em desenvolvimento acontecem quer os pais entendam ou não, simplesmente porque a criança possui uma tendência herdada para o desenvolvimento. [...] O modo como essas coisas se processam e realizam é extremamente complicado, e se você quiser podem consumir uma vida inteira num interessante projeto de pesquisa relacionado com o desenvolvimento humano; contudo, tal trabalho não lhe proporcionará qualquer ajuda com seu próprio filho, que necessita realmente de você. (Winnicott 1969/1993, p. 141-142)

Aberastury (1982) também constatava, em sua clínica psicanalítica com crianças, que a orientação de pais compreendida, no sentido didático, como

ensinar os pais a cuidarem de seus filhos, em forma de conselhos, frequentemente fracassava:

As primeiras tentativas de ajudá-las, orientando a educação da criança com conselhos, fracassaram relativamente; enquanto durava minha influência sobre elas, se me viam com frequência, modificavam suas condutas; mas nada que aceitassem num plano consciente chegava a ser genuíno nelas. Compreendi que se sua situação interna não se modificasse previamente, pela compreensão e interpretação do conflito, todo conselho era eficaz apenas transitoriamente. (Aberastury, 1982, p. 249)

Os conselhos realizados como ensinamentos, que separam aquele que sabe daquele que aprende, não produzem efeito transformador permanente. Mesmo uma orientação mais diretiva, ou mesmo uma nova significação sobre algo já conhecido pode ser produtiva, se construída em parceria. A demanda por orientação, como ensinamento, se atendida pelo psicólogo, descapacita os pais, pois acentua suas inseguranças, ao confirmar que estes não estão aptos a cuidarem de seus filhos. “Quando se trata de falar às mães sobre maternagem, todavia, a instrução psicológica pode facilmente ser prejudicial. As mães podem ficar surdas ou atrapalhadas, e sentir-se impotentes” (Winnicott, 1950/1997, p. 40). Desconecta os pais de suas identificações com seus filhos, condição indispensável para que reconheçam as necessidades destes. Os pais precisam ser ajudados, não ensinados.

Winnicott (1965/2011) ressalta que a família protege a criança do mundo, no entanto, essa proteção depende do relacionamento mais amplo dos pais com o contexto social no qual estão inseridos. Portanto, nesse contexto, é necessário que os profissionais envolvidos proporcionem um cuidado adequado aos pais para que estes possam continuar cuidando de seus filhos.

Winnicott (1963/1983) acredita que a mãe é a pessoa mais adequada e competente para identificar as necessidades de seus filhos, e mesmo quando ocorrem falhas na provisão, essa capacidade da mãe pode ser restituída.

Tem sido uma parte importante de minha orientação na psiquiatria infantil que em tais casos [crianças com sintomas aparentemente insignificantes] não se cogita, de início, de psicanálise; cogita-se de apoio a esse pais em sua condução da infância de seus filhos. (Winnicott, 1963/1983, p.230)

E ainda quanto ao êxito da psicanálise infantil, Winnicott (1963/1983) relembra o “reconhecimento a ser feito por parte do analista de que os lares dos pais, parentes, auxiliares, amigos, etc., fizeram quase a metade do tratamento” (p. 230).

Os encontros com os pais participantes também lançaram luz sobre a ansiedade que acompanha a espera pelo final da avaliação psicológica dos filhos. Cunha e Benetti (2009), Gastaud et al. (2011) e Nunes et al. (2009) observam que o abandono ocorre, usualmente entre o terceiro e sexto mês da psicoterapia, quando não há efetividade no acolhimento. Também consideram um fator relevante o tempo decorrido entre a avaliação diagnóstica e a psicoterapia, pois nos casos em que esse intervalo é superior a um mês a taxa de abandono é alta. Finkel (2009) adverte quanto à necessidade de acolher as angústias dos pais em todas as fases do encaminhamento psicológico infantil. Dubé e Noël (2015) e Steibel et al. (2011) salientam a importância da participação dos pais durante o processo de avaliação psicológica da criança não somente como meros informantes das suas dificuldades e de seu histórico, mas como protagonistas nesse processo.

O tempo de espera que antecede o resultado da avaliação foi considerado muito longo, principalmente pelas mães participantes. Além disso, os pais se queixaram de não terem acesso aos psicólogos durante esse período de avaliação, recebendo deles a justificativa de que a avaliação ainda não tinha sido concluída. Portanto, a espera pelo final da avaliação psicológica da criança, além de gerar ansiedade, desperta sentimentos de insegurança e abandono, pois os pais não têm a quem recorrer enquanto aguardam. Prebianchi (2011) salienta que a falta de comunicação entre o psicólogo e os pais poderá ter como consequência principal o abandono da psicoterapia.

A avaliação psicológica infantil acontece após as entrevistas iniciais com os pais, quando o psicólogo investiga o problema da criança, sua origem, e define sua estratégia de intervenção. Existem várias modalidades de avaliação psicológica infantil (Barbieri, 2010; Steibel et al., 2011). Na Unidade de Saúde onde as crianças estavam recebendo atendimento psicológico, durante o tempo da avaliação os pais esperam a devolução, que acontece ao final desse processo. Além de orientar o cuidado relativo à criança, a avaliação psicológica estabelece dinâmicas de intervenção com os pais. Na sua forma mais tradicional, as avaliações psicológicas não incluem os pais, sendo este o momento em que somente a criança recebe atendimento (Chudzik, 2015).

As entrevistas da presente pesquisa com os pais foram realizadas em diferentes momentos do processo do encaminhamento, embora todas tenham ocorrido dentro desse período. As entrevistas com os pais de Ariel e com a prima de Rafaela aconteceram após a avaliação psicológica das crianças. Já, as entrevistas com a mãe de Nicole e a mãe de Tomás foram realizadas enquanto estas aguardavam a entrevista devolutiva da avaliação. As mães

que esperavam o retorno da avaliação relataram que essa espera lhes causou grande angústia.

A construção dos sentidos do motivo do encaminhamento e a orientação quanto aos cuidados, questões discutidas com os pais após a avaliação da criança, são fundamentais para os pais decidirem por manter ou não o filho no atendimento psicológico. Se os pais não se sentirem compreendidos e incluídos nesse processo de construção de sentidos, o atendimento psicológico corre o risco de fracassar (Deakin & Nunes, 2009; Finkel, 2009; Gastaud et al., 2011; Osti & Sei, 2016; Prebianchi, 2011; Sei et al., 2008)

Durante o tempo de espera pela avaliação psicológica dos filhos, quando os pais não participam desse processo, novamente a relação do saber do especialista se sobrepõe ao saber dos pais. Se a solução do problema da criança vai ser definida somente pelo psicólogo, mais uma vez os pais serão excluídos do processo, ficando em uma situação de dependência absoluta em relação ao profissional que vai decidir as condutas a serem adotadas para a família, pais e criança. Podemos compreender que os pais são colocados numa situação infantil, tratados como crianças que não têm condições de decidir sobre os destinos da própria vida, perdendo assim sua autonomia, não somente como indivíduos, mas também como pais. Contudo, essa dependência absoluta não foi colocada em ação por necessidade dos pais, e sim do psicólogo. Os psicólogos sabem que os pais ficam ansiosos, mas, talvez, não imaginem que a angústia é maior do que possam perceber. Os profissionais, ao realizar a avaliação psicológica das crianças, acreditam estar atendendo a demanda dos pais, na medida em que estes manifestaram explicitamente essa intenção, ao buscarem ajuda psicológica. Nesse aspecto, o

lugar privilegiado de pesquisadora foi fundamental para percebermos a enorme angústia vivida pelos pais.

Fica claro que os pais se sentem angustiados pela espera e pela falta de acolhimento durante esse período. Se fatos importantes acontecem na vida dos pais, mesmo que relativos à criança, eles não têm a quem recorrer para auxiliá-los, mesmo que seja apenas para a oferta de um lugar de escuta e um espaço de reflexão. Novamente percebemos que a demanda excessiva, e maior do que a possibilidade de oferta de atendimento, pode gerar pontos cegos nas estratégias de intervenção (Bandeira, M., Ishara, S. & Zuardi, A.W., 2007; Conselho Federal de Psicologia, 2010; Couto, M.C.V., Duarte, C.S, & Delgado, P.G.G., 2008).

Acreditamos que o psicólogo deve estar constantemente atento ao fato de que, além da demanda manifesta, existe uma demanda latente, inconsciente, e para o fato de que os pais são sempre as pessoas mais capacitadas para cuidarem de seus filhos, ainda que necessitem de ajuda para exercer esse cuidado. Pais responsáveis são aqueles “que apreciam essa responsabilidade com que são investidos” (Winnicott, 1965/2011, p.132). Os pais que participaram desse estudo e que procuram os serviços de psicologia, aceitando as indicações de necessidade de ajuda, estavam verdadeiramente interessados em oferecer o melhor cuidado aos filhos. Winnicott (1965/1979) discorrendo sobre apoio aos pais argumenta

Não mostrei como as dificuldades podem ser superadas, ou o que deveria fazer-se quando as crianças dão sinais de inquietação ou angústias, ou quando os pais discutem em frente dos filhos, mas tentei dar um pouco de apoio aos sólidos instintos dos pais normais, aqueles que têm probabilidade de realizar e manter uma família de crianças normais e sadias. (Winnicott, 1965/1979, p.196)

Esse período de espera pode gerar nos pais uma angústia ameaçadora de desintegração do *self*, uma angústia de não se sentir real.

O cuidado adequado leva a um estado de coisas em que a integração começa a tornar-se um fato, e uma pessoa começa a ser encontrada ali. Até onde isto é verdade, a falha no cuidado adequado leva à desintegração, em vez de uma volta à não integração. A desintegração é sentida como uma ameaça porque (por definição) há alguém ali capaz de sentir a ameaça. Por outro lado, ela é uma defesa. (Winnicott, 1952/2000, p. 165)

Esse cenário aponta para a necessidade de um cuidado mais sensível, que poderá não somente diminuir, mas evitar a angústia da espera, uma vez que atualmente existem modalidades de avaliações psicológicas que incluem os pais durante o processo da avaliação (Dubé & Noël, 2015).

4.5 Adesão e abandono

Das quatro crianças deste estudo, uma abandonou, outra recebeu alta, outra mudou de cidade e a quarta, a psicóloga iria avaliar, após o período de férias, se ainda haveria necessidade de continuar com os atendimentos psicológicos. Esse panorama nos mostra como o encaminhamento psicológico infantil é complexo, envolvendo vários fatores e atores, propondo desafios e exigindo uma clínica mais afinada com todos esses atravessamentos. De fato, o início dos atendimentos psicológicos, assim corroborado pela revisão de literatura (Andrade, Mishima-Gomes & Barbieri, 2012; Cunha & Benetti, 2009; Finkel, 2009), é um momento crucial para a formação de um vínculo positivo com os pais, que poderá assim garantir a continuidade dos atendimentos psicológicos da criança. Caso haja desistência ou abandono, a criança será a

maior prejudicada, uma vez que deixará de receber os cuidados adequados para restabelecer seu desenvolvimento, podendo perpetuar seu problema até a vida adulta. A demanda não assistida pode acarretar problemas significativos de saúde e bem-estar na trajetória e desenvolvimento de crianças e jovens, em longo prazo (Smith, Daniel & Hubbard, 2017).

De acordo com Winnicott (1988/1990), os bebês nascem com uma capacidade inata para o desenvolvimento, sendo necessário, para tanto, um ambiente que atenda suficientemente bem as suas necessidades, sendo que na fase de dependência absoluta a mãe é o próprio ambiente. O desenvolvimento infantil segue da fase de dependência absoluta, quando o bebê é completamente dependente da mãe, para a fase de dependência relativa, passando para a fase de independência, ressaltando que o ser humano nunca alcançará uma independência absoluta, pois, em algum grau, será sempre dependente do ambiente que o cerca. O ambiente será sempre um fator de organização ou desorganização das experiências de integração do *self*. Assim sendo, a base da saúde mental, na perspectiva winnicottiana, se constitui nos primórdios da infância.

No quadro de sua teoria do desenvolvimento emocional, Winnicott (1945/1978) enfatiza que no princípio o bebê não constitui uma unidade em si mesmo. A unidade corresponde a uma organização entre o indivíduo e o meio ambiente. A base da saúde mental é estabelecida nos primórdios da infância pelo provimento de cuidados dispensados à criança por uma mãe suficientemente boa. O bebê depende da disponibilidade de um adulto genuinamente preocupado com os seus cuidados, isto é, que possa contribuir para uma adaptação ativa e sensível às necessidades da criança, que a princípio são absolutas. (Santos, 1999, p.4)

Se levarmos em consideração a relevância que o momento do início dos atendimentos representa, assim como a importância da participação dos pais, cabe investigarmos as estratégias utilizadas pelos psicólogos na articulação das expectativas apresentadas. Vale ressaltar, que todos os psicólogos entrevistados estavam implicados, de maneira responsável, e comprometidos com a busca pelo bem estar emocional das crianças atendidas e de seus familiares.

Tanto no caso de Ariel como de Rafaela os psicólogos responsáveis relataram que houve grande comoção por parte de toda a equipe da Unidade de Saúde, que se sensibilizou com a gravidade dos casos. Rodrigo, psicólogo de Ariel, declarou que estava esperando que o caso fosse muito grave, pois a menina chegou de ambulância após solicitação de avaliação psiquiátrica pelo hospital onde se encontrava internada. Entretanto, logo no segundo atendimento, encontrou a menina mais alegre, disposta e comunicativa, e começou a acreditar que o caso não seria tão grave como lhe parecera no primeiro contato. Analisando o problema que motivou o encaminhamento, Rodrigo construiu uma explicação que se pautava na falta de limite e atenção dos pais e numa dificuldade de autocontrole da criança. A partir dessa construção, várias intervenções clínicas foram adotadas. Rodrigo contou que os pais concordaram e participaram desse processo. Paulo, psiquiatra de Ariel, se questionou, no acolhimento inicial, se a mãe teria condições de avaliar a gravidade do problema da filha, pois parecia sorrir em alguns momentos. Em seguida, proferiu seu diagnóstico: criança manipuladora e com grande necessidade de chamar a atenção sobre si mesma.

Dirce, psicóloga de Rafaela, acreditava que, por ter passado por várias instancias institucionais, e recontado a própria história várias vezes, ela fosse capaz de falar sem medo sobre o que aconteceu. Entretanto, segundo Dirce, algumas particularidades novas da história foram surgindo com o tempo. Os manejos clínicos do caso foram sendo adotados de forma flexível, até pela dificuldade de comparecimento da família.

Regina, psicóloga de Nicole, relatou que ela chegou à Unidade de Saúde muito abalada, inclusive sem conseguir frequentar a escola. Regina também verificou que outras questões foram surgindo no decorrer dos atendimentos, além da queixa inicial de problemas no relacionamento com um professor da sua escola.

Mário, psicólogo de Tomás, acolheu a criança já conhecendo o histórico dos pais como usuários de drogas. Relatou que a criança havia sido encaminhada para avaliação psicológica, pois estava sendo medicada pela mãe, verificando que não havia real necessidade. Mário relatou que não trabalhava com uma estratégia única de atendimento, preferindo criar seus meios de intervenção de acordo com a evolução e a demanda de cada caso. No caso de Tomás, ele já contava com a possibilidade de desistência, pois usuários de drogas e álcool são os mais difíceis em termos da adesão ao tratamento.

Pelos depoimentos dos psicólogos, percebemos que o trabalho de atribuir sentido e compreender os casos acolhidos, necessário para as definições de manejos da clínica psicológica, por vezes é realizado antecipadamente. Ainda que seja uma ferramenta indispensável ao trabalho psicoterapêutico, a atribuição de sentidos deve ser construída conjuntamente

com os pacientes, e não colocada pelos psicólogos como uma solução para os problemas apresentados. Muitas vezes, prevalece ainda um modelo clínico pautado na lógica médica:

Podemos dizer que o discurso médico se aproxima do que Lacan (1969-1992) designou, em sua teoria sobre os quatro discursos, como discurso do mestre, uma vez que o saber está no médico que toma o outro a quem se dirige (o paciente) como objeto, a partir de sua caracterização como portador de uma doença. Como dissemos, ele separa o homem de sua “doença”, desconsiderando qualquer interpretação subjetiva que o paciente possa ter sobre o que lhe ocorre. O poder do discurso médico está justamente em nomear a doença, pelo diagnóstico, propor uma terapêutica e apresentar uma perspectiva de cura. (Rinaldi & Bursztyn, 2008, p.35)

Esse modelo clínico, pautado na lógica médica, ainda encontra-se presente no “fazer” clínico do psicólogo, assim como na expectativa manifesta dos pais, que muitas vezes esperam receber uma solução “mágica” para o problema do seu filho.

Autoridade parental que é vigiada pelas instâncias institucionais que sabem o que uma criança precisa e dita comportamentos dos pais em relação à criança. Efeitos disso são percebidos nas falas de mães e pais de crianças muito pequenas quando chegam à consulta com algum profissional referindo não saber mais o que fazer com ela. (Ferrari, Silva & Donelli, 2012)

Contudo, se o psicólogo atende a essa demanda manifesta dos pais, vai descobrir que ele não oferece o cuidado adequado, pois existe uma demanda latente por participação e compartilhamento de produção de soluções, assim como observado no caso do pedido de orientação dos pais. Precisamos nos lembrar de que não devemos tratar as mães e pais como crianças, colocando-os em situação de dependência e retirando-lhes as suas funções parentais, nem tratar as crianças como adultos, esquecendo de lhes oferecer segurança e

previsibilidade. Isso porque as crianças não possuem autonomia para gerir a própria vida social, dependentes assim de um mediador entre eles e os ambientes sociais.

Quando o psicólogo se antecipa em buscar soluções para os problemas que lhe são apresentados, atendendo a sua própria necessidade de dar sentidos aos fatos da vida, condição inata do ser humano (Frankl, 2008), poderá inibir ou mesmo suprimir a participação dos pais e das crianças na construção de sentidos. Ainda que seja impossível abandonar crenças e não atribuir sentidos, que seja possível colocá-los em suspenso, criando assim um espaço que possibilite a emergência de novos sentidos. Mesmo que o psicólogo receba a família oferecendo o cuidado adequado quanto à sensibilização em relação a legitimação do sofrimento e angústias iniciais, o processo do encaminhamento pode ser interrompido se os pais não se sentirem fazendo parte das explicações e soluções atribuídas aos seus problemas.

Explicando sobre a técnica nas consultas terapêuticas, Winnicott (1965/1994) adverte

Não existem instruções técnicas nítidas a serem dadas ao terapeuta, uma vez que ele deve ficar livre para adotar qualquer técnica que seja apropriada ao caso. O princípio básico é o fornecimento de um *setting* humano e, embora o terapeuta fique livre para ser ele próprio, que ele não distorça o curso dos acontecimentos por fazer ou não fazer coisas por causa de sua própria ansiedade ou culpa, ou sua própria necessidade de alcançar sucesso. (Winnicott, 1965/1994, p. 247)

Winnicott (1965/1994), ainda sobre a consulta terapêutica, explica que na primeira entrevista, o paciente vem com uma ideia pré-concebida do terapeuta, de ser alguém capaz de ajudá-lo e compreendê-lo, ao mesmo tempo

em que também apresenta-se desconfiado, cabendo ao psicoterapeuta levar em conta essa ambivalência.

Sobre o cuidado oferecido pelo psicólogo na produção de sentidos, vale ressaltar a posição de que o conhecimento por si só não produz transformação, como no caso da orientação de pais nos moldes pedagógicos. Nesse contexto, Aiello-Vaisberg e Machado (2004) apresentam a ideia de que

É importante frisar que, na clínica winnicottiana, a construção acontece como algo que é criado/encontrado pelo paciente e jamais como algo descoberto pelo psicanalista “experto”. Quando o psicanalista sagazmente verbaliza uma construção está, evidentemente, instaurando uma situação em que sua fala pode ser encontrada, mas não criada pelo paciente, de modo que se torna intrusiva e destituída de potencial mutativo. (Aiello-Vaisberg & Machado, 2004, p.21)

A ansiedade em oferecer respostas imediatas às demandas dos pais das crianças encaminhadas pode também ser compreendida como consequência de exigências por produção (número de atendimentos psicológicos) e pressão das altas taxas de demanda em relação a oferta de serviços. Em estudo realizado sobre avaliação de serviços de saúde mental, Bandeira, Ishara, e Zuardi (2007, p. 284) notaram que a “sobrecarga sentida pelos profissionais no serviço de saúde mental pode afetar seu bem-estar psicológico e sua saúde mental, podendo elevar seu nível de estresse”.

A combinação da questão do modelo clínico pautado na lógica médica ainda presente, da ansiedade do psicólogo em produzir sentido frente a uma situação problema, e da pressão por produção e demanda maior do que oferta nos serviços públicos, cria uma situação de grande complexidade e geradora de múltiplos impasses. As fragilidades do atual Sistema de Saúde Mental podem ser sanadas com maiores investimentos, principalmente nas ações e

serviços de promoção e prevenção em saúde, mas também nos serviços de maior complexidade, uma vez que esse modelo pautado em ações e serviços de base comunitária atende de forma adequada as necessidades dos seus usuários. Entendemos que a alta demanda por serviços de atendimento psicológico infantil também aponta para uma necessidade de se repensar a infância, suas características e suas necessidades que são marcadas pelas diferentes organizações sociais de cada época da história. Acreditamos que uma atuação do psicólogo mais afinada com a demanda por cuidado dos pais e da criança pode fazer uma clínica mais eficiente. O psicólogo, além não atender sua necessidade em produzir sentidos antecipadamente, precisa aprender a articular os diferentes sentidos do encaminhamento psicológico infantil, visto ser uma clínica que envolve vários atores diferentes: as fontes de encaminhamento, os pais, a criança e o psicólogo que recebe toda essa demanda. Aiello-Vaisberg e Machado (2004), em estudo sobre a eficácia terapêutica de enquadres clínicos diferenciados, afirmam que as representações e as práticas só se modificam quando o campo de sentidos afetivo-emocionais é tomado em consideração.

Todas as teorias implícitas são construídas a partir de um campo psicológico inconsciente, ou melhor, de um campo de experiência emocional que organiza e determina as manifestações da conduta, em âmbitos individuais ou coletivos. O que daí se pode concluir, com segurança, é que representações e práticas só se transformam quando este campo é considerado e atendido. (Aiello-Vaisberg & Machado, 2004, p.10)

Uma clínica psicológica eficaz pode ser compreendida como aquela que leva em conta as necessidades das famílias encaminhadas para atendimento psicológico, considerando também sua condição socioeconômica e suas reais

possibilidades de participação em função das limitações concretas de deslocamentos e horários disponíveis para tratamentos psicológicos (Cunha e Benetti, 2009; Prebianchi, 2011). Considerar as necessidades da família significa oferecer um cuidado adequado às suas necessidades. As necessidades da família só podem ser conhecidas quando o profissional que a recebe se coloca numa posição de identificação sensível e interessada em relação a essa família, sem prescrições ou soluções prontas provenientes do acúmulo de sua experiência profissional. “O padrão consiste em nos identificarmos de algum modo com o indivíduo, de tal maneira que possamos prover aquilo de que ele necessita a qualquer momento” (Winnicott, 1962/1983 p. 67). Ainda de acordo com Winnicott (1960/1983, p. 147), “o psicoterapeuta (analista ou psicólogo analista) deve permanecer vulnerável e ainda assim reter seu papel profissional durante suas horas de trabalho”. Essas recomendações clínicas psicológicas vêm ao encontro das diretrizes do Ministério da Saúde na implementação de políticas públicas pautadas no programa de humanização dos serviços e ações em saúde, principalmente no que se refere à proposta da clínica ampliada. A clínica ampliada não se limita ao acolhimento e tratamento do sintoma e da doença, mas considera também a complexidade dos sujeitos que utilizam os serviços. Nesse sentido, o diagnóstico não é suficiente para definir todo o tratamento para aquele sujeito.

Mas para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas. (Ministério da Saúde, 2007, p.10)

As palavras de Aiello-Vaisberg (2004) a respeito da clínica winnicottiana traduzem a possibilidade de criação de uma clínica mais afinada com a necessidade dos seus pacientes, principalmente no que tange o encaminhamento psicológico infantil: “quando um conhecimento se torna próprio, no sentido forte da palavra, o fazer clínico pode dar-se de modo flexível e inventivo, de sorte que os novos desafios podem receber respostas criativas e ao mesmo tempo fundamentadas de modo rigoroso, dos pontos de vista teórico e metodológico” (Aiello-Vaisberg, 2004, p. 26).

Portanto, acreditamos que o processo do encaminhamento é, de fato, decisivo não somente para a adesão ou abandono da psicoterapia, mas também para a garantia de um cuidado adequado à criança e sua família, o que contribui para a construção de uma sociedade mais saudável e madura emocionalmente.

Considerações finais

Procuramos, no presente estudo, lançar um olhar mais aprofundado sobre o fenômeno do encaminhamento psicológico infantil, principalmente dando voz aos seus interlocutores: os pais, os profissionais e as crianças envolvidas. Almejamos, desta forma, compreender o encaminhamento psicológico infantil de modo que possa se tornar uma estratégia que contemple as diversas demandas que se entrecruzam nesse processo, buscando assim tornar-se uma intervenção psicológica eficaz, que garanta a efetividade no atendimento psicológico infantil.

Observamos que muitas vezes os sentidos atribuídos ao encaminhamento não se comunicam, ou não são apurados nem considerados como uma interpretação ainda em construção. São dados como definições prontas, e não como processos em transformação. E percebemos, enfim, a complexidade dos atravessamentos que permeiam o encaminhamento psicológico infantil, que pode se desdobrar em estratégia de amparo ou de perpetuação do sofrimento de crianças e seus familiares.

Destacamos que os sentidos atribuídos ao encaminhamento psicológico infantil pelos pais são os de maior relevância na decisão pela continuidade ou abandono da psicoterapia infantil. Evidenciamos que os pais solicitam ajuda especializada, entretanto, não querem ser ensinados a cuidar de seus filhos, querem ajuda para construir suas próprias compreensões do problema que motivou o encaminhamento. Ressaltamos ainda, que as crianças devem ser incluídas nesse processo, não como espectadoras, mas como principais interessadas. Elas precisam participar das etapas do processo a fim de que percebam o encaminhamento como uma ajuda efetiva e cuidadosa ao

problema emocional que estão vivendo. Talvez esse olhar mais cuidadoso à criança não seja contemplado pela literatura que trata do abandono em psicoterapia infantil, em virtude da impotência da criança frente à decisão pela continuidade ou interrupção da psicoterapia.

O lugar privilegiado de pesquisadora proporcionou uma compreensão mais apurada das angústias vividas pelos pais, principalmente as mães, durante as etapas do processo de encaminhamento psicológico infantil. Ficou evidente que as angústias vividas pelas mães durante a avaliação psicológica da criança são subestimadas, uma vez que o psicólogo parece se concentrar na demanda materna por psicoterapia para seus filhos. Somente com a possibilidade de um olhar diferenciado, não o que busca curar o sofrimento humano, mas o que busca o sentido desse sofrimento para cuidar de pais e filhos, pudemos expandir nossa capacidade de compreensão.

Observamos, no entanto, que como a faixa etária de nossos participantes está entre sete e onze anos de idade, dado o preenchimento dos critérios de inclusão à época das entrevistas, não podemos ampliar nossas conclusões para crianças mais jovens, as quais podem, inclusive, apresentar uma dinâmica diversa e singular.

A demanda de encaminhamento psicológico infantil não atendida poderá comprometer o desenvolvimento saudável, perpetuando o sofrimento emocional durante a vida adulta. Não oferecer um cuidado suficientemente bom à criança e aos pais para que possam cuidar de seus filhos, penaliza não somente a criança e sua família, mas também a sociedade como um todo. Além disso, podemos questionar se os critérios de identificação de problemas estariam refletindo uma demanda de sofrimento emocional e consequente

necessidade de atendimento psicológico, o que se apresentou nesse estudo como controverso, já que nem sempre fica clara a demanda de quem o encaminhamento está atendendo, se da criança, dos pais, do profissional, da instituição. Esta é uma área que merece ser investigada mais profundamente do que aqui pudemos fazer.

Embora esta investigação não tenha um caráter exaustivo, a literatura científica e as entrevistas com os participantes, objeto deste estudo, nos permitiram compreender algumas questões, obstáculos e desafios do encaminhamento psicológico infantil, apontando também para a necessidade de novas pesquisas a fim de compreender como os diferentes aspectos desse processo podem ser articulados em favor de uma clínica cuja afinação às necessidades da criança não implique a perda de autonomia da família.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da criança, teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Ideias e Letras.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Machado, M. C. (2005). *Narrativas: o gesto do sonhador brincante*. Recuperado em 11 de abril, 2008, de www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalho/php
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Machado, M. C. (2003). Sofrimento Humano e Estudo da “Eficácia Terapêutica” de Enquadres Clínicos Diferenciados. Caderno Ser e Fazer - Apresentação e Materialidade (Caderno Verde).
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., Ayouch, T., Caron, R. & Beaune, D. (2009). Les récits transférenciels comme présentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: D. Beaune (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. (pp. 39-52). Paris: L'Harmattan.
- Andrade, M.L., Mishima-Gomes, F.K.T.; & Barbieri, V. (2012). Vínculos familiares e atendimento psicológico: a escuta dos pais sobre a alta da criança. *Revista da SPAGESP*, 13(1), 5-13.
- Azevedo, A.M.A., & Sampaio, C.P. (2009). "Odeio quando você lembra que eu existo". *Jornal de Psicanálise*, 42(77), 243-254.
- Bandeira, M., Ishara, S. & Zuardi, A. W. (2007). Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 280-286.
- Barbieri, Valéria. (2010). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: confronto de paradigmas?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505-513.
- Bleger, J. (1979). La entrevista psicológica. In: J. Bleger, *Temas de Psicología: Entrevistas y grupos* (pp. 1-48), Buenos Aires, Nueva Vision.
- Boaz, C., Nunes, M.L.T., & Hirakata, V.N. (2012). A problemática do desenvolvimento de crianças assistidas por clínicas-escola brasileiras mudaram no decorrer das décadas? *Psico*, 43 (3), 334-340.

- Boccardo, A. C. S., Zane, F. C., Rodrigues, S., & Mângia, E. F. (2011). O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 85-92.
- Breitenstein, S.M.; Hill, C.; & Gross, D. (2009). Understanding Disruptive Behavior Problems in Preschool Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (1), 3-12.
- Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapies psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Revue Filigrane: écoutes psychanalytiques*, 18 (2), 70-85.
- Bruner, J. (2004). Life as Narrative. *Social Research*, 54 (1), 691-710.
- Bussinguer, E. C., & Arantes, M. L. (2016). O estigma da loucura como fator usurpador da dignidade humana: Uma análise na perspectiva do direito à saúde. *Interfaces Científicas–Direito*, 4(2), 9-20.
- Chudzik, L. (2015). Évaluation thérapeutique et obligation de soins. *Pratiques psychologiques* 21, 331–343.
- Conselho Federal de Psicologia (2010). Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S, & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 384-389.
- Cunha, T.R.S., & Benetti, S.P.C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 117-127.
- Cruz, D.R.M., & Borges, L.C. (2013). A queixa escolar: reflexões sobre o atendimento psicológico. *Psicologia Argumento*, 31 (72), 79-87.
- Day, C., Michelson, D., & Hassan, I. (2011). Child and adolescent service experience (ChASE): Measuring service quality and therapeutic process. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 452-464.
- Deakin, E.K., & Nunes, M.L.T. (2009). Abandono de psicoterapia com crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 145-151.
- Dubé, J. É., & Noël, R. (2015). Les représentations mentales de l'enfant chez les parents: situation, illustrations et réflexions sur les catalyseurs de changements

en évaluation thérapeutique de l'enfant. *Pratiques psychologiques*, 21(4), 375-388.

Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Lei 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ferrari, A. G., Silva, M. da R., & Donelli, T. S. (2012). A criança e seus pais: alguns interrogantes sobre as funções parentais na atualidade. *aSEPHallus*, 7(14), 86-96.

Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo. Clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec/FCH.

Ferreira Neto, J. L. (2008) Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.

Finkel, L.A. (2009). O lugar da mãe na psicoterapia da criança: uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 190-203.

Flick, U. (2014). *An Introduction to Qualitative Research*. Los Angeles: Sage.

Frankl, V. E. (2008). *Em Busca de Sentido*. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes.

Freud, S. (1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: S. Freud. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. VII Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1912). A dinâmica da Transferência. In: S. Freud. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago.

Frisch-Desmarez, C. (2010). Les psychothérapies a la période de latence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 87-93.

Gastaud, M.B., Basso, F., Soares, J. P.G., Eizirik, C.L., & Nunes, M.L.T. (2011). Preditores de não aderência ao tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 109-115.

Goldman, C. (2011). Lorsque l'enfant surdoué est une fille. Spécificités du féminin à la lueur du bilan psychologique. *L'évolution psychiatrique*, 76 (1) 43-53.

- Gomes, I.C., & Zanetti, S.A.S. (2009). Transmissão psíquica transgeracional e construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. *Psicologia USP*, 20(1), 93-108.
- Granato, T. M. M., Russo, R. C. T., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). O uso de narrativas na pesquisa psicanalítica do imaginário de estudantes universitários sobre o cuidado materno. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17 (1) 43-48.
- Granato, T. M. M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativa interativa e psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16 (1), 149-155.
- Granato, T. M. M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe), 81-89
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica*, 25 (n.esp.), 17-35.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2016). Interactive narratives in the investigation of the collective imaginary about motherhood. *Estudos de Psicologia*, 33(1), 25-35.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Herrmann, F (1983). *O que é Psicanálise*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Herrmann, F. (2001). *Introdução à teoria dos campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Herrmann, F. (2004). Pesquisa psicanalítica. *Ciência e Cultura*, 56(4), 25-28.
- Höfig, J. A. G., & Zanetti, S. A. S. (2016). O setting suficientemente bom e o manejo clínico na psicoterapia infantil: relato de caso. *Estilos da Clínica*, 21 (1), 45-62.
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2000) Entrevista Narrativa. In: M.W. Bauer & G. Gaskell. *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático* (pp. 90-113). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2000). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

- Lesourd, S. (2008). Les conditions du travail psychothérapeutique avec l'enfant, l'adolescent et leur famille. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57 (1) 44–49.
- Mari, J. J., & Kieling, C. (2013). *Psiquiatria na Prática Clínica*. São Paulo: Editora Manole.
- Medeiros, C., & Aiello-Vaisberg, T. M. J., (2014). Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos. *Psicologia Clínica*, 26(2), 49-62.
- Ministério da Saúde (1990). Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Ministério da Saúde (2001). Lei 10.216 de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- Ministério da Saúde (2002). Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.
- Ministério da Saúde (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010). Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília.
- Ministério da Saúde (2013). Política Nacional de Humanização / Programa Humaniza SUS. Brasília.
- Ministério da Saúde (2014). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público – Brasília.
- Moraes, C. J. A. (2017). *Tornando-se pai: narrativas de casais grávidos sobre a transição para a paternidade*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, S.P. Brasil.

- Nunes, M.L.T., Silves, E.F.M., Maturano, E.M., & Oliveira, M.S. (2009). Crianças em risco: abandono de psicoterapia. *Psico*, 40(3), 359-365.
- Ocampo, M.L.S., Arzeno, M.E.G., & Piccolo, E.G. (2009). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Oliveira, T. T. S. S., & Caldana, R. H. L. (2014). Práticas psicossociais em Psicologia: um convite para o trabalho em rede. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 9 (2), 184-92.
- Osti, N. M. D., & Sei, M. B. (2016). A importância da família na clínica infantil: um ensaio teórico-clínico. *Temas em Psicologia*, 24(1), 145-157.
- Pfefferbaum, B., & North, C.S. (2013). Assessing Children's Disaster Reactions and Mental Health Needs: Screening and Clinical Evaluation. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58 (3), 135-142.
- Polli, R.G., & Arpini, D.M. (2013). Representação de psicoterapia em crianças atendidas em instituição de saúde. *Psicologia em Estudo*, 18(3), 519-528.
- Politzer, G. (1998). *Crítica dos fundamentos da psicologia: a psicologia e a psicanálise*. Piracicaba, SP: UNIMEP.
- Prebianchi, H.B. (2011). Atenção Psicológica Infantil: Compreensão de usuários e estagiários do Serviço-Escola. *Psicologia em Revista*, 17 (2), 322-339.
- Ricoeur, P. (1977). *De L'interpretation: Essai sur Freud*. Paris: Ed. du Seuil. (Original publicado em 1965)
- Ricoeur, P. (1999). *Historia y Narratividad*. Barcelona: Paidós Ibérica. (Original publicado em 1978)
- Rinaldi, D. L., & Burszty, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60 (2), 32-39.
- Santos, M. A.(1999). A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3), pp.00-00 doi.org/10.1590/S0102-79721999000300005
- Sbardelotto, F. C., & Donelli, T. M. S., (2014). Entre bruxas e lobos: o uso dos contos de fadas na psicoterapia de grupo com crianças. *Contextos Clínicos*, 7(1), 37-48.

- Secretaria Nacional de Assistência Social (1992). Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992.
- Sei, M.B., Souza, C. G. P., & Arruda, S. L. S. (2008). O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo*, 5(2), 194-207.
- Silva, J. M., & Reis, M. E. B. T. (2017). Psicoterapia psicanalítica infantil: o lugar dos pais. *Temas em Psicologia*, 25(1), 235-250.
- Silva, M. E. L. (1993). *Investigação e Psicanálise*. Campinas, SP: Papyrus.
- Smadja, R., Golse, B., & Moro, M.R. (2011). Des bêtises de l'enfant aux troubles du comportement. *Evol psychiatry*, 76 (2) 331-343.
- Smith, J., Kyle, R. G., Daniel, B., & Hubbard, G. (2017). Patterns of referral and waiting times for specialist Child and Adolescent Mental Health Services. *Child and Adolescent Mental Health*, doi: 101111/camh.12207.
- Steibel, D., Hallberg, A.E., Sanchotene, B., Campezzatto, P.V.M., Silva, M.R., & Nunes, M.L.T. (2011). A latência na atualidade: considerações sobre crianças encaminhadas para psicoterapia. *Aletheia*, (35-36), 51-68.
- Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso.
- Telles, J.C.C.P., Sei, M.B., & Arruda, S.L.S. (2010). Comunicação silenciosa mãe-bebê na visão winnicottiana: reflexões teórico-clínicas. *Aletheia*, 33, 109-122.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.
- Vasconcelos, E. M. (2013). Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2825-2835.
- Ward-Zimmerman, B., & Cannata, E. (2012). Partnering with pediatric primary care: lessons learned through collaborative colocation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43 (6) 596-605.

- Winnicott, D. W. (1971). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In D. W. Winnicott, *O Brincar e a Realidade* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1975)
- Winnicott, D. W. (1979). Que entendemos por uma criança normal? In D. W. Winnicott, *A criança e o seu mundo* (pp. 140-147). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (1979). Apoio aos pais normais. In D. W. Winnicott, *A criança e o seu mundo*. (pp. 196-199). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (1983). Provisão para a criança na saúde e na crise. In D. W. Winnicott, *O Ambiente e os processos de Maturação* (pp. 62-69). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1962)
- Winnicott, D. W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott, *O Ambiente e os processos de Maturação* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In D. W. Winnicott, *O Ambiente e os processos de Maturação* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (1983). Contratransferência. In D. W. Winnicott, *O Ambiente e os processos de Maturação*. (pp. 145-151). Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott, *O Ambiente e os processos de Maturação* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (1983). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In D. W. Winnicott, *O Ambiente e os processos de Maturação* (pp. 225-233). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (1990). Cap. Estabelecimento da relação com a realidade externa. In D. W. Winnicott, *Natureza Humana* (pp.120-135). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1988)
- Winnicott, D. W. (1990). O Ambiente. In D. W. Winnicott, *Natureza Humana* (pp. 173-180). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1988)

- Winnicott, D. W. (1993). Educação para a saúde através do rádio. In D. W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp. 1-8). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1957)
- Winnicott, D. W. (1993). Sentimento de culpa. In D. W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp. 109-120). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1961)
- Winnicott, D. W. (1993). A construção da confiança. In D. W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp. 139-152). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969)
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (1994). O Conceito de Trauma em Relação ao Desenvolvimento do Indivíduo dentro da família. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 102-115). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (1994). O Valor da Consulta Terapêutica. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 244-248). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (1997). Sim, mas como saber se isso é verdade? In D. W. Winnicott, *Pensando sobre crianças* (pp. 38-41). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1950)
- Winnicott, D. W. (2000). Ansiedade associada à insegurança. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise, obras escolhidas* (pp. 163-167). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1952)
- Winnicott, D. W. (2011). O Conceito de falso self. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 53-58). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1964)
- Winnicott, D. W. (2011). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott, *A família e desenvolvimento individual* (pp. 3-20). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (2011). Segurança. In D. W. Winnicott, *A família e desenvolvimento individual* (pp. 43-48). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965)

- Winnicott, D. W (2011). Fatores de integração e desintegração na vida familiar. In D. W. Winnicott, *A família e desenvolvimento individual* (pp. 59-72). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W (2011). Família e maturidade emocional. In D. W. Winnicott, *A família e desenvolvimento individual* (pp. 129-138). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W (2011). Aconselhando os pais. In D. W. Winnicott, *A família e desenvolvimento individual* (pp. 165-176). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W (2012). O ambiente saudável na infância. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 51-60). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1987)
- Zini, R. L., & Cury, V. E. (2014). Acolhimento como prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas. *Memorandum*, 27, 39-60.

ANEXOS

ANEXO I- QUADRO ILUSTRATIVO COM ARTIGOS REVISADOS

Artigo	Autores	Ano	Revista
A importância da família na clínica infantil: um ensaio teórico-clínico	Osti, N.M.D. & Sel, M.B	2016	Temas em Psicologia
A latência na atualidade: considerações sobre crianças encaminhadas para psicoterapia	Steibel, D., Hallberg, A. E., Sanchotene, B., Campezzato, P. V. M., Silva, M. R., & Nunes, M. L. T.	2011	Aletheia
A problemática do desenvolvimento de crianças assistidas por clínicas-escola brasileiras mudaram no decorrer das décadas?	Boaz, C., Nunes, M. L. T., & Hirakata, V. N.	2012	Psico
A queixa escolar: reflexões sobre o atendimento psicológico	Cruz, D. R. M., & Borges, L. C.	2013	Psicologia Argumento
Abandono de psicoterapia com crianças	Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T.	2009	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul
Assessing children's disaster reactions and mental health needs: screening and clinical evaluation	Pfefferbaum, B., & North, C. S.	2013	The Canadian Journal of Psychiatry
Atenção psicológica infantil: compreensão de usuários e estagiários do serviço-escola	Prebianchi, H. B.	2011	Psicologia em Revista
Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia	Cunha, T. R. S., & Benetti, S. P. C.	2009	Boletim de Psicologia
Child and adolescent service experience (ChASE): Measuring service quality and therapeutic process	Day, C., Michelson, D., & Hassan, I.	2011	British Journal of Clinical Psychology
Comunicação silenciosa mãe-bebê na visão winnicottiana: reflexões teórico-clínicas	Telles, J. C. C. P., Sei, M. B., & Arruda, S. L. S.	2010	Aletheia
Crianças em risco: abandono de psicoterapia	Nunes, M. L. T., Silveiras, E. F. de M., Maturano, E. M., & Oliveira, M. S.	2009	Psico
Des bêtises de l'enfant aux troubles du comportement	Smadja, R., Golse, B., & Moro, M. R.	2011	Evol psychiatr
Les conditions du travail psychothérapeutique avec l'enfant, l'adolescent et leur famille	Lesourd, S.	2008	Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
Les psychothérapies a la période de latence	Frisch-Desmarez, C.	2010	Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence

Artigo	Autores	Ano	Revista
Lorsque l'enfant surdoué est une fille. Spécificités du féminin à la lueur du bilan psychologique	Goldman, C.	2011	L'évolution psychiatrique
O lugar da mãe na psicoterapia da criança: uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública	Finkel, L. A.	2009	Psicologia: Ciência e Profissão
O setting suficientemente bom e o manejo clínico na psicoterapia infantil: relato de caso	Höfig, J. A. G. & Zanetti, S. A. S.	2016	Estilos da Clínica
O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil	Sei, M. B., Souza, C. G. P., & Arruda, S. L. S.	2008	Vínculo
Odeio quando você lembra que eu existo	Azevedo, A. M. A., & Sampaio, C. P.	2009	Jornal de Psicanálise
Partnering with pediatric primary care: lessons learned through collaborative colocation	Ward-Zimmerman, B., & Cannata, E.	2012	Professional Psychology: Research and Practice
Patterns of referral and waiting times for specialist Child and Adolescent Mental Health Services	Smith, J., Kyle, R. G., Daniel, B., & Hubbard, G.	2017	Child and Adolescent Mental Health
Preditores de não aderência ao tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças	Gastaud, M. B., Basso, F., Soares, J. P. G., Eizirik, C. L., & Nunes, M. L. T.	2011	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul
Psicoterapia psicanalítica infantil: o lugar dos pais	Silva, J. M., & Reis, M. E. B. T. dos.	2017	Temas em Psicologia
Representação de psicoterapia em crianças atendidas em instituição de saúde	Polli, R. G., & Arpini, D. M.	2013	Psicologia em Estudo
Transmissão psíquica transgeracional e construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular	Gomes, I. C., & Zanetti, S. A. S.	2009	Psicologia USP
Understanding disruptive behavior problems in preschool children	Breitenstein, S. M., Hill, C., & Gross, D.	2009	Journal of Pediatric Nursing
Vínculos familiares e atendimento psicológico: a escuta dos pais sobre a alta da criança	Andrade, M. L., Mishima-Gomes, F. K. T., & Barbieri, V.	2012	Revista da SPAGESP

ANEXO II- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PUC-CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Narrativas de pais, crianças e profissionais sobre o encaminhamento para o atendimento psicológico infantil

Pesquisador: Marina Autuori

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44593015.9.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.118.152

Data da Relatoria: 19/06/2015

Apresentação do Projeto:

. A amostra contempla quatro crianças de no máximo doze anos de idade incompletos, pais, psicólogo responsável e o profissional que fez o encaminhamento. Serão feitas entrevistas individuais abertas iniciadas com uma questão norteadora. Após a narrativa o participante será convidado a compartilhar suas impressões sobre o atendimento psicológico infantil. Para os pais a história será elaborada por escrito, já para as crianças será produzida uma história em quadrinhos.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar os sentidos atribuídos ao encaminhamento da criança para psicoterapia infantil por pais, filhos, e profissionais envolvidos a fim de compreender a relação entre as demandas explícitas e implícitas e o atendimento psicológico proposto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata que a pesquisa não oferece risco. E descreve que serão tomadas todas as precauções para que os participantes não sejam expostos a nenhuma situação de constrangimento. Quanto aos benefícios o estudo visa promover uma reflexão sobre os motivos que levam ao encaminhamento de crianças para atendimento psicológico através do envolvimento de crianças,

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136

Bairro: Parque das Universidades

CEP: 13.086-900

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

Fax: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 1.118.152

pais e profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa contribui para o entendimento da dinâmica do encaminhamento psicológico infantil , além de subsidiar aperfeiçoamento de políticas públicas na área da saúde mental infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A carta de autorização foi apresentada

A folha de rosto foi assinada.

O TCL foi apresentado

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado. Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC- Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS

PONTIFÍCA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE CAMPINAS -
PUC/ CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.118.152

CAMPINAS, 22 de Junho de 2015

Assinado por:
David Bianchini
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Página 03 de 03

* A fim de garantir o anonimato dos participantes, retiramos do Termo aqui apresentado a identificação da Unidade de Saúde assim como a identificação de seu município.

ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS)

Este termo representa o consentimento de duas partes envolvidas em um projeto de pesquisa científica, estando de um lado, a psicóloga Marina Autuori, CRP 06/123075, Doutoranda em Psicologia como Ciência e Profissão pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, autora do projeto de pesquisa intitulado “Narrativas de pais, crianças e profissionais sobre o encaminhamento para atendimento psicológico infantil” e do outro, os participantes, adultos e voluntários.

O presente estudo busca investigar os sentidos atribuídos ao encaminhamento da criança para psicoterapia infantil por pais, filhos, e profissionais envolvidos a fim de compreender a relação entre as demandas de tratamento e o atendimento recebido, visando contribuir para uma intervenção mais efetiva na clínica infantil, para a construção de novos modelos de intervenção e, finalmente, para a formulação de políticas públicas na área da saúde mental infantil.

Para a realização deste estudo serão entrevistadas quatro crianças que estejam em tratamento psicológico, seus pais e profissionais envolvidos no encaminhamento dos casos. Como enquadre para a coleta de material, faremos uso de duas modalidades de entrevistas, conforme o participante seja a criança, seus pais ou o profissional.

Aos pais das crianças apresentaremos uma Narrativa Interativa, convidando-os a completar, por escrito ou oralmente, uma história sobre o tema deste estudo, ou seja, o encaminhamento de uma criança para atendimento psicológico.

Na análise dos dados pretendemos produzir uma compreensão profunda do fenômeno dos encaminhamentos de crianças para atendimento psicológico, levando o psicólogo a refletir sobre as demandas explícitas e implícitas ao encaminhamento infantil para psicoterapia.

Como a participação é totalmente voluntária, o participante não terá nenhum tipo de remuneração por seu consentimento e, caso se recuse a participar ou queira retirar o seu consentimento, não sofrerá qualquer prejuízo, o que poderá ocorrer em qualquer etapa da pesquisa.

Este termo de consentimento será impresso em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra, com o participante.

O projeto em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, localizado à Rodovia D. Pedro I, Km.136, Parque das Universidades, Campinas-SP. Para quaisquer esclarecimentos éticos, o Comitê poderá ser consultado através do telefone (19) 3343-6777 ou pelo e-mail comitedeetica@puc-campinas.edu.br, sendo seu horário de funcionamento de Segunda à Sexta-feira das 08h00 às 17h00.

Caso reste alguma dúvida com relação à sua participação, ou aos objetivos e procedimentos de pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora através do telefone celular (19) 39271499 ou pelo e-mail: marinaautuori@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, de
claro estar ciente dos objetivos e métodos da pesquisa “Narrativas de pais, crianças e profissionais sobre o encaminhamento para atendimento psicológico infantil”, e concordo em participar da mesma, autorizando a inclusão do material narrativo por mim produzido na investigação, mediante o respeito às condições de sigilo e privacidade. Declaro também estar ciente de que poderei retirar este consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso me traga qualquer ônus ou prejuízo.

XXXXX,.....de.....de 2015.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS REPRESENTANDO SEUS FILHOS)

Este termo representa o consentimento de duas partes envolvidas em um projeto de pesquisa científica, estando de um lado, a psicóloga Marina Autuori, CRP 06/123075, Doutoranda em Psicologia como Ciência e Profissão pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, autora do projeto de pesquisa intitulado “Narrativas de pais, crianças e profissionais sobre o encaminhamento para atendimento psicológico infantil” e do outro, os participantes, adultos e voluntários.

O presente estudo busca investigar os sentidos atribuídos ao encaminhamento da criança para psicoterapia infantil por pais, filhos, e profissionais envolvidos a fim de compreender a relação entre as demandas de tratamento e o atendimento recebido, visando contribuir para uma intervenção mais efetiva na clínica infantil, para a construção de novos modelos de intervenção e, finalmente, para a formulação de políticas públicas na área da saúde mental infantil.

Para a realização deste estudo serão entrevistadas quatro crianças que estejam em tratamento psicológico, seus pais e profissionais envolvidos no encaminhamento dos casos. Como enquadre para a coleta de material, faremos uso de duas modalidades de entrevistas, conforme o participante seja a criança, seus pais ou o profissional.

Na entrevista com a criança será utilizada uma Narrativa Interativa gráfica, isto é, uma breve história em quadrinhos a ser completada pela criança, desenhando ou oralmente, com a finalidade de levá-la, de modo lúdico e protegido, a associar livremente sobre os motivos pelos quais uma criança faz psicoterapia.

Na análise dos dados pretendemos produzir uma compreensão profunda do fenômeno dos encaminhamentos de crianças para atendimento psicológico, levando o psicólogo a refletir sobre as demandas explícitas e implícitas ao encaminhamento infantil para psicoterapia.

Como a participação é totalmente voluntária, o participante não terá nenhum tipo de remuneração por seu consentimento e, caso se recuse a participar ou queira retirar o seu consentimento, não sofrerá qualquer prejuízo, o que poderá ocorrer em qualquer etapa da pesquisa.

Este termo de consentimento será impresso em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra, com o participante.

O projeto em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, localizado à Rodovia D. Pedro I, Km.136, Parque das Universidades, Campinas-SP. Para quaisquer esclarecimentos éticos, o Comitê poderá ser consultado através do telefone (19) 3343-6777 ou pelo e-mail comitedeetica@puc-campinas.edu.br, sendo seu horário de funcionamento de Segunda à Sexta-feira das 08h00 às 17h00.

Caso reste alguma dúvida com relação à sua participação, ou aos objetivos e procedimentos de pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora através do telefone celular (19) 39271499 ou pelo e-mail: marinaautuori@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ RG _____, declaro estar ciente dos objetivos e métodos da pesquisa “Narrativas de pais, crianças e profissionais sobre o encaminhamento para atendimento psicológico infantil”, e concordo em participar da mesma, autorizando a inclusão do material narrativo produzido por meu filho _____ na investigação, mediante o respeito às condições de sigilo e privacidade. Declaro também estar ciente de que poderei retirar este consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso me traga qualquer ônus ou prejuízo.

XXXXX,.....de.....de 2015.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

Este termo representa o consentimento de duas partes envolvidas em um projeto de pesquisa científica, estando de um lado, a psicóloga Marina Autuori, CRP 06/123075, Doutoranda em Psicologia como Ciência e Profissão pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, autora do projeto de pesquisa intitulado “Narrativas de pais, crianças e profissionais sobre o encaminhamento para atendimento psicológico infantil” e do outro, os participantes, adultos e voluntários.

O presente estudo busca investigar os sentidos atribuídos ao encaminhamento da criança para psicoterapia infantil por pais, filhos, e profissionais envolvidos a fim de compreender a relação entre as demandas de tratamento e o atendimento recebido, visando contribuir para uma intervenção mais efetiva na clínica infantil, para a construção de novos modelos de intervenção e, finalmente, para a formulação de políticas públicas na área da saúde mental infantil.

Para a realização deste estudo serão entrevistadas quatro crianças que estejam em tratamento psicológico, seus pais e profissionais envolvidos no encaminhamento dos casos. Como enquadre para a coleta de material, faremos uso de duas modalidades de entrevistas, conforme o participante seja a criança, seus pais ou o profissional.

Com os profissionais envolvidos nos encaminhamentos serão utilizadas entrevistas abertas iniciadas por uma pergunta disparadora sobre os motivos do encaminhamento daquela criança.

Na análise dos dados pretendemos produzir uma compreensão profunda do fenômeno dos encaminhamentos de crianças para atendimento psicológico, levando o psicólogo a refletir sobre as demandas explícitas e implícitas ao encaminhamento infantil para psicoterapia.

Como a participação é totalmente voluntária, o participante não terá nenhum tipo de remuneração por seu consentimento e, caso se recuse a participar ou queira retirar o seu consentimento, não sofrerá qualquer prejuízo, o que poderá ocorrer em qualquer etapa da pesquisa.

Este termo de consentimento será impresso em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra, com o participante.

O projeto em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, localizado à Rodovia D. Pedro I, Km.136, Parque das Universidades, Campinas-SP. Para quaisquer esclarecimentos éticos, o Comitê poderá ser consultado através do telefone (19) 3343-6777 ou pelo e-mail comitedeetica@puc-campinas.edu.br, sendo seu horário de funcionamento de Segunda à Sexta-feira das 08h00 às 17h00.

Caso reste alguma dúvida com relação à sua participação, ou aos objetivos e procedimentos de pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora através do telefone celular (19) 39271499 ou pelo e-mail: marinaautuori@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, declaro estar ciente dos objetivos e métodos da pesquisa “Narrativas de pais, crianças e profissionais sobre o encaminhamento para atendimento psicológico infantil”, e concordo em participar da mesma, autorizando a inclusão do material narrativo por mim produzido na investigação, mediante o respeito às condições de sigilo e privacidade. Declaro também estar ciente de que poderei retirar este consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso me traga qualquer ônus ou prejuízo.

XXXXX,.....de.....de 2015.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora