

---

# I Simpósio de Saúde Mental Infantil

07 e 08 de agosto de 1999

Núcleo da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental – CAISM

Núcleo de Psicologia da Infância e da Adolescência – NUPIA

*Afrânio de Matos Ferreira*

Psicanalista, professor, supervisor e coordenador do Departamento de Psicanálise da Criança, Instituto Sedes Sapientiae – São Paulo

---

Agradeço aos organizadores do simpósio o convite para comentar um caso de atendimento nesta instituição. Agradeço, especialmente, à psicóloga Fabiana Bueno, que, generosamente, ofereceu-nos o material de suas observações, e também à paciente K. e sua mãe, que aceitaram participar dessa experiência.

Sabemos que a situação de um supervisor é muito mais confortável que a do terapeuta. O supervisor está em um outro momento, falando a respeito de uma relação da qual ele não participou, não tendo vivido as angústias decorrentes dessa experiência. Portanto, tudo o que se fala em uma supervisão é um olhar, um novo olhar sobre o material apresentado. Precisamos sempre ter em mente que aquela que melhor conhece o caso é a Fabiana e nós apenas podemos contribuir com algumas idéias que o caso nos suscite.

Sem pretensão de abordar todo o material apresentado, vou tomar alguns fragmentos do caso para podermos iniciar nossa conversa. Partirei da relação mãe-criança, que é o primeiro ponto que me chama a atenção, tanto no relato das observações e entrevistas quanto na apresentação do vídeo.

A mãe fornece, por meio da função materna (*holding*, manejo e apresentação de objeto), os cuidados físicos e afetivos que proporcionam ao seu filho uma vivência de segurança e continuidade de existência.

As bases de saúde mental são oferecidas ao bebê pela mãe ou por sua representante quando esta cumpre, pessoalmente e com continuidade, a função materna, adaptando-se sensível e afetivamente às necessidades do seu bebê.

O cuidado materno é a base do crescimento saudável e o fundamento da saúde mental dos indivíduos adultos.

Entretanto, a função materna vai depender dos modelos de identificação que cada mãe pôde ter em sua experiência de vida. A função materna também será facilitada se o pai, a família ou o ambiente social acolher e sustentar essa mulher, especialmente no período de gravidez, parto e puerpério.

No caso apresentado, vemos um encadeamento de questões que favorecem a emergência de severas perturbações psicológicas na criança:

- Falta à mãe um modelo de identificação feminina.
- Falta de provisão ambiental durante a gravidez, parto e puerpério.
- Gravidez indesejada e ambivalente.
- Gravidez como atuação, como uma possível tentativa de evitar a depressão diante de uma recente separação do casal.
- Tentativa de aborto.
- Desmame precoce.
- Descontinuidade nos cuidados maternos.
- Acidente muito grave com K. e possível sensação de quase morte.
- Falta de provisão ambiental em relação à mãe.
- Falta de provisão social e cultural.
- Possível comprometimento psicológico da mãe.

K. apresenta, atualmente, um quadro de atraso na área da motricidade, na linguagem e na cognição. Mostra-se agressiva e incapaz de se relacionar com as pessoas com que convive.

K. revela um quadro muito semelhante a outros que procuram atendimento nos ambulatórios de saúde mental. Esses casos levantam uma primeira questão diagnóstica: seria psicose ou deficiência mental?

No decorrer do atendimento, muitas outras questões vão aparecendo. Elas exigem uma ampla discussão, não só no âmbito da saúde mental, mas também nas esferas política e social.

Entretanto, diante do pouco tempo que temos, vamos nos ater ao material que nos foi apresentado.

Junto ao relato clínico escrito, recebemos uma filmagem de K. em companhia de sua mãe. A filmagem surpreendeu-me. É a mesma que vocês tiveram a oportunidade de ver no intervalo entre as palestras aqui ministradas. Eu não sabia qual tinha sido o objetivo dessa filmagem e em que enquadramento isso se deu e revelo a vocês que o material me angustiou muito.

O primeiro impacto é a aparência física e a maneira de se vestir de K., mais parecia um menino que uma menina, forte e grande para sua idade, cabelos cortados bem rente. Estava com sua mãe em uma sala que tinha uma das paredes de vidro e comunicava-se com uma

passagem do hospital onde tudo que ocorria fora interferia no ambiente interno. As pessoas passavam, acenavam para a paciente ou ignoravam-na. A maioria dos transeuntes eram pessoas de avental branco e deixavam marcado para K. onde ela estava e quem ela era: “uma doente”.

Na sala, havia três pessoas: K., sua mãe e o câmara.

No início das filmagens, K. tentava, com todas as forças, conseguir algum contato com sua mãe, mas esta permanecia imóvel e calada, assentada à sua frente, raramente conseguia interagir com ela. Mais tarde, a mãe afastou-se para um canto da sala, isolando-se e saindo de cena.

Suponho que a saída da mãe seja fruto de angústias despertadas pela situação. O afastamento da mãe deixou K. à deriva.

K. percebeu que estava sendo filmada todo o tempo. Tentou buscar contato e brincar com o câmara, mas também não conseguiu resposta. Desistiu de procurar interação e voltou-se para o que lhe restava, os brinquedos.

Hoje, Fabiana e Sônia contaram-me que essa filmagem foi feita com a aceitação de K. e de sua mãe. Tratava-se de uma tentativa de observar o comportamento da dupla mãe-filha sem a intervenção da terapeuta.

Essa filmagem revelou-nos algumas características de K.: muita agitação, gritos e desorganização nas atividades. Linguagem muito primitiva. Por outro lado, K. mostrou-se criativa ao lidar com os brinquedos. Revelou uma surpreendente capacidade para entender e utilizar cada brinquedo. Transmitiu ao espectador sua necessidade de ser amada e cuidada, brincando de forma afetuosa e cuidadosa com os bonecos.

Com frequência, K. encarnava o personagem de uma apresentadora, cantora ou artista de TV. Mostrava que entendia alguma coisa a respeito do mundo que a cercava.

Mesmo sozinha, K. mantinha-se ativa, não parava de cantar, falar com os bonecos e brincar.

Quando foi anunciado o fim da filmagem, K. recusou-se a sair da sala. Finalmente, presenciamos um contato e uma relação viva entre a mãe e a filha. K., mesmo com seus poucos recursos verbais, mostrava capacidade de se expressar birrenta, amorosa e lúdica.

K. recusava-se a ir embora para sua casa. Sua mãe ameaçava deixá-la no hospital. K. não segurou a mãe, mas, ao contrário, mandava-a ir embora!!! Quando sua mãe fingia que iria deixá-la, K. a atraía, fazendo o jogo de sumir e aparecer de novo, mostrando sua capacidade lúdica e simbólica.

Nesse momento, sua mãe exibia-nos mensagens contraditórias: “Vou te deixar aqui”; “Adeus”; “Vem que te compro coxinhas”; “Vem que te dou chupetas”, etc. Esse tipo de comunicação é atordoante para qualquer criança, especialmente para as mais prejudicadas como K.

K. resistiu às solicitações da mãe, brincou com a possibilidade de sair da sala ou voltar para guardar os brinquedos no armário. Tentou ganhar tempo, ficar um pouco mais naquela sala e poder desligar-se daquele local e dos brinquedos dentro de seu próprio tempo, e mais, aproveitar um momento em que estava podendo relacionar-se com a mãe.

A mãe não conseguia compreender as necessidades de sua filha, estava preocupada com o final do tempo que lhe fora anunciado. Apressava K., não percebendo o ritmo e o tempo de sua filha. Essa atitude nos revelou o tipo de relação que ela estabelecia com sua filha, centrada em suas necessidades e não percebendo as necessidades da filha.

Apesar de situações adversas que K. tem e teve em sua vida, é uma criança que busca avidamente viver, crescer, entrar em contato e comunicar-se, tanto verbal quanto corporalmente, mostrando potencialidades intelectual e afetiva. Os atendimentos psicológico e fonoaudiológico que estão sendo realizados poderão ser muito favoráveis a essa criança.

Para finalizar, queria falar um pouco sobre o atendimento a esse tipo de caso.

O atendimento psicoterapêutico a crianças psicóticas demanda um tipo especial de abordagem e um *setting* diferente do clássico. Exige experiência e flexibilidade do terapeuta, além de um enquadramento adaptado à necessidade do paciente.

Na sessão que Fabiana nos apresentou por escrito, mas que, infelizmente, não teve tempo para apresentar a vocês, ela relata que atendeu à mãe junto com a filha. Aceitou e pôde ser continente a todo material que foi emergindo no encontro, conversando tanto dos assuntos relacionados à dupla mãe-filha quanto a respeito de questões de cada uma. A mãe ocupou grande parte do tempo da sessão falando de seus sentimentos de culpa diante da tentativa de aborto. Esse assunto, em um outro modelo de atendimento, poderia ser lidado de outra forma em um outro contexto, tal como em uma terapia individual da mãe. Esse pode ser um exemplo de modificação de *setting*. A alteração de tempo de sessão, o atendimento em casa, o acompanhamento terapêutico, os grupos operativos e o atendimento às demandas podem ser outros exemplos.

O terapeuta de pacientes psicóticos não tem muito tempo, e muitos casos não oferecem condições mínimas que costumamos considerar favoráveis para a boa execução do trabalho terapêutico. O terapeuta precisa atender às necessidades que surgem no momento. O tempo é curto nas instituições, há muitas demandas de todos os lados. O modelo de trabalho em uma instituição é diferente de um modelo de consultório particular, o modelo para atender a psicóticos é diferente do modelo

para atender a neuróticos. É tarefa da equipe encontrar o modelo mais adequado a cada instituição e à sua clientela. Isso demanda tempo, reflexão e treinamento da equipe técnica.

Também para os casos atendidos em consultórios particulares, onde, normalmente, a clientela possui maiores recursos financeiros e maior desenvolvimento cultural, o trabalho terapêutico com crianças psicóticas é muito penoso, difícil e complexo. Esses tratamentos

só conseguem obter algum êxito se contam com um autêntico envolvimento dos pais e com uma equipe multidisciplinar de apoio.

Sobretudo, o paciente deve ter o privilégio de encontrar um terapeuta verdadeiramente disponível para viver junto com ele angústias extremas, e esse terapeuta deve ser saudável o suficiente para poder “esperar... esperar... e esperar”, como disse Winnicott, referindo-se ao trabalho com pacientes psicóticos.