



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Linha de Pesquisa: Clínica da Infância e Adolescência

**PSICOTERAPIA BASEADA NA MENTALIZAÇÃO DE CRIANÇAS ABRIGADAS
COM INDICADORES DE DEPRESSÃO**

Soraia Schwan

Mestranda

Profa. Dra. Vera Regina Rohnelt Ramires

Orientadora

São Leopoldo, Maio de 2010.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

PSICOTERAPIA BASEADA NA MENTALIZAÇÃO DE CRIANÇAS ABRIGADAS
COM INDICADORES DE DEPRESSÃO

Soraia Schwan

Orientadora: Prof. Dra. Vera Regina Rohnelt Ramires

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

São Leopoldo, Maio de 2010.

S398p Schwan, Soraia
Psicoterapia baseada na mentalização de crianças abrigadas com indicadores de depressão / por Soraia Schwan. -- São Leopoldo, 2010.

161 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2010.
“Orientação: Profª Drª Vera Regina Rohnelt Ramires, Ciências da Saúde”.

1.Depressão em crianças. 2.Psicoterapia infantil. 3.Crianças – Acolhimento institucional. 4.Identificação (Psicologia) em crianças. 5.Projeção (Psicologia). I.Título. II.Ramires, Vera Regina Rohnelt.

CDU 616.89-008.454
615.851-053.2/.5

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**PSICOTERAPIA BASEADA NA MENTALIZAÇÃO DE CRIANÇAS ABRIGADAS
COM INDICADORES DE DEPRESSÃO**

elaborada por

Soraia Schwan

**como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia**

COMISSÃO EXAMINADORA

Vera Regina Röhnelt Ramires, Prof^ª. Dr^ª.

(Presidente/Orientadora)

Elisa Médici Pizão Yoshida, Prof^ª. Dr^ª.

(Membro)

Maria Lúcia Tiellet Nunes, Prof^ª. Dr^ª

(Membro)

Sílvia Pereira da Cruz Benetti, Prof^ª. Dr^ª.

(Relatora)

São Leopoldo, Maio de 2010.

Dedicatória

Dedico esse trabalho às crianças, em especial aos participantes deste estudo, que sofreram com as peripécias de seus destinos e, mesmo assim, souberam ser pacientes, abrindo-se à possibilidade de elaboração de seus sofrimentos e para a ressignificação de suas histórias.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço à minha família (pai, mãe e mano) por todo o amor e apoio que me foram dedicados na medida em que realmente precisei. Nos pequenos e nos grandes detalhes, obrigada por fazerem me sentir amada e cuidada. Especialmente aos meus pais, sem os quais eu não teria aprendido que para conquistar é preciso lutar e mais do que isso: por me ensinarem, desde sempre, o quanto estudar é importante. Eu amo muito vocês!

Agradeço à minha orientadora, Dra. Vera Ramires pelo apoio e segurança, que em muitos momentos fizeram a diferença na construção do trabalho. Pela vivência e pelas trocas, que ao longo do processo de mestrado, me oportunizaram aprender e me aproximar ainda mais da técnica através da prática clínica.

Às pessoas que aceitaram o convite de participar da banca, Prof^ª. Dr^ª Maria Lúcia Tiellet Nunes, Prof^ª. Dr^ª Elisa Médici Pizão Yoshida e a Prof^ª. Dr^ª Sílvia Pereira da Cruz Benetti, como relatora do trabalho. Muito obrigada pela disposição desde o Exame de Qualificação, ao lerem e analisarem este trabalho, fazendo suas generosas contribuições.

Meu agradecimento especial às bolsistas de iniciação científica Larissa Goulart e Charlotte Wagner Moraes, que me ajudaram nas inúmeras transcrições dos casos da pesquisa, com afinho e muita competência. Também à Cibele Carvalho, que generosamente me ajudou com a organização dos artigos. Agradeço às meninas do grupo de pesquisa, pelas trocas e as discussões teóricas, à luz dos casos estudados e que em muito contribuíram para a realização desse trabalho.

Muito obrigada à Berna, pela escuta paciente e continente. Obrigadíssima pelas orientações e por ter sido imensamente companheira!

À minha *teacher* Alicia e à minha *lehrer* Priscila, pela ajuda com os artigos em inglês e em alemão e que são amigas muito queridas!

Às minhas colegas de mestrado, que se tornaram grandes amigas: Antoniéle, Bruna, Luciana e Nádia... Obrigada pela oportunidade de conhecê-las e especialmente pelas trocas de experiências, angústias, alegrias..., pelos almoços, os cafés, as caronas, os e-mails, as opiniões... Vou levá-las no coração pra sempre!

Aos meus colegas de consultório, Jana e Décio, por entenderam que andei “meio desligada” e “sem tempo” em alguns assuntos relativos ao nosso espaço de trabalho... Adoro vocês e sou orgulhosa em tê-los como colegas e amigos!

Aos meus colegas do CREAS, pelo incentivo e amizade. Em especial ao Sérgio que dizia: “Escreve... Te organiza e vai escrevendo!” e por confiar em meu trabalho.

Agradeço ao abrigo onde atualmente residem as crianças participantes desse estudo, às cuidadoras e à Assistente Social pela abertura e disponibilidade em me ajudar na pesquisa e especialmente à Dona Ela, sempre tão dedicada e carinhosa.

A todos os meus amigos, cada um ao seu jeito, que me apoiaram, me entenderam, foram responsivos, tiveram paciência e sem os quais minha vida não teria o mesmo brilho e a mesma satisfação.

Às crianças que participaram deste estudo e que auxiliaram enormemente em meu aprendizado, além de ajudarem a enriquecer com conhecimento o campo da Psicologia.

Por fim, agradeço a todos aqueles que estiveram comigo, acompanhando meu percurso de vida e de alguma forma contribuindo com a concretização desse trabalho.

SUMÁRIO

Resumo	10
Abstract	12
Introdução	11
Seção 1- A Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura	15
Sobre os aspectos epidemiológicos e sintomáticos.....	17
Depressão na infância: associações e comorbidades	20
Avaliação, diagnóstico e possibilidades de intervenção	21
Aspectos psicodinâmicos relacionados à depressão	25
Depressão e acolhimento institucional	27
Considerações Finais	30
Seção 2 - A Psicoterapia Baseada na Mentalização de Crianças Abridadas com Indicadores de Depressão	31
A psicoterapia baseada na mentalização	36
A depressão em crianças	40
Método	44
Procedimentos de Coleta de Dados	45
Procedimentos de Análise de Dados	48
Resultados e Discussão	49
Caso 1 – Daniela: A Betty Boop	49

Caso 2 – Pedro: O Ben 10	58
Considerações Finais	66
Palavras Finais	71
Referências	72
Anexo A – Relatório de Pesquisa	84
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	146
Anexo C – Questões norteadoras das entrevistas.....	148
Anexo D – Children’s Depression Inventory (CDI)	149
Anexo E – The Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)	152

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Identificação das crianças participantes dos Estudos de Caso	85
Tabela 2 - Síntese do processo de coleta de dados	90
Tabela 3 - Apresentação geral dos casos	93

Resumo

Essa Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica focalizou a possibilidade de desenvolvimento da função reflexiva e da capacidade de mentalização na psicoterapia de crianças que residiam em instituição de abrigo e que apresentavam sintomas ou indicadores de depressão. Com base nas contribuições da vertente psicanalítica da teoria do apego, mais especificamente nos conceitos de função reflexiva e capacidade de mentalização, foi realizado um estudo pautado pela abordagem qualitativo-exploratória, adotando-se o procedimento de Estudos de Casos Múltiplos. Duas crianças com idades de 7 e 9 anos foram acompanhadas em psicoterapia durante o período de 6 meses. Antes e depois do processo psicoterapêutico as crianças foram avaliadas com os instrumentos *Children's Depression Inventory* (CDI) para o levantamento dos indicadores de depressão e o *Manchester Child Attachment Story Task* – MCAST para a identificação das representações internas dos relacionamentos de apego das crianças e da capacidade de mentalização destas. Conforme as análises qualitativas e com o auxílio dos instrumentos foi possível constatar que a psicoterapia baseada na mentalização contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de mentalização e para a diminuição dos indicadores de depressão nas crianças.

Palavras-chaves: psicoterapia – mentalização – crianças – depressão – abrigamento

Abstract

This study on Clinic Psychology focused the possibility of development of the reflective function and the mentalization capacity in the psychotherapy of children living in sheltering institutions and that presented depression symptoms or indicators. Based on the contributions of the attachment theory, specifically the concepts of the reflective function and capacity of mentalization, a study guided by the qualitative-exploratory approach was made adopting the procedure of Multiple Case Studies. Two children aged 7 and 9 years were followed in psychotherapy for 6 months. The children were evaluated before and after the psychotherapeutic process with Children's Depression Inventory (CDI) for the analysis of depression indicators and the Manchester Child Attachment Story Task – MCAST for the identification of the children's internal representations of attachment and their mentalization capacity. In accordance with the qualitative analysis and with the aid of the instruments, it was possible to establish that psychotherapy based on mentalization contributes to the development of the mentalization capacity and the reduction of the depression indicators in children.

Keywords: psychotherapy –mentalization- children- depression- sheltering.

Introdução

Esse volume apresenta a dissertação de Mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, mais precisamente na linha de pesquisa da Clínica da Infância e da Adolescência. O estudo desenvolvido, intitulado “*Psicoterapia Baseada na Mentalização de Crianças Abridadas com Indicadores de Depressão*”, faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo que visa a investigar os vínculos afetivos constituídos entre crianças e adolescentes e seus cuidadores primários, no contexto das transições familiares que implicam em conflitos e rompimento de vínculos (maus-tratos, negligência, abandono, separações conjugais litigiosas).

O foco desse estudo foi a psicoterapia de crianças que apresentavam indicadores de depressão e se encontravam em situação de acolhimento institucional, analisando especificamente sua capacidade de mentalização e a possibilidade do seu desenvolvimento no processo psicoterapêutico. O referencial teórico utilizado foi o da vertente psicanalítica da teoria do apego, no que diz respeito às contribuições de pesquisadores que vêm trabalhando com os conceitos de função reflexiva e capacidade de mentalização, e o seu desenvolvimento na psicoterapia (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2003; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy, 1999; Fonagy, 2000; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Bateman, 2007).

A motivação pelo tema foi se constituindo ao longo da trajetória profissional, pelo contato com tais demandas através do trabalho junto a instituições públicas ou mesmo na clínica privada. Resulta, portanto, da experiência clínica com crianças residentes em abrigos e que são, muito comumente, vítimas de violência física e psicológica. Essas crianças experimentaram um importante rompimento vincular, já que foram afastadas de

suas famílias ou cuidadores primários. Conforme observações clínicas é possível identificar o intenso sofrimento dessas crianças, que apresentam inúmeras dificuldades de relacionamento, déficits escolares e também porque são reconhecidas por serem crianças tristes, apáticas, que demonstram dificuldades em brincar e que não se relacionam bem com outras crianças ou adultos. Muitas vezes, em crianças abrigadas está presente a sintomatologia depressiva, como distúrbios do sono, falta de apetite, medo, tristeza e isolamento (Calderaro & Carvalho, 2005).

Para este estudo, partiu-se do pressuposto de que a situação de acolhimento em instituição de abrigo produz um impacto sobre os vínculos afetivos e pode gerar dificuldades no desenvolvimento dessas crianças, o que remete à análise das condições em que foram afastadas de suas famílias. A literatura aponta que a maioria foi vitimada por maus-tratos e negligência (Parreira & Justo, 2005; Siqueira & Dell’Aglío, 2006). A situação socioeconômica da família, que muitas vezes não é adequada às necessidades de manutenção da mesma, ou a própria orfandade, também se caracteriza como fator preponderante para o acolhimento institucional de crianças (Wathier & Dell’Aglío, 2007). Esse afastamento do núcleo familiar pode produzir o rompimento dos vínculos afetivos com os objetos primários e incidir negativamente sobre o desenvolvimento saudável na infância (Alexandre & Vieira, 2004).

Tais situações colocam para os profissionais e pesquisadores da área o desafio de buscar estratégias de atendimento para essa população que venham ao encontro das suas necessidades, possibilitando a superação dos traumas e dificuldades, promovendo seu desenvolvimento e o restabelecimento ou a construção de novos vínculos afetivos. Nesse sentido, os estudos que vêm sendo empreendidos acerca dos conceitos de função reflexiva e capacidade de mentalização, e a psicoterapia baseada na mentalização, oferecem uma possibilidade que pode ser promissora para essas crianças (Allen & Fonagy, 2006;

Bateman & Fonagy, 2003; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Bateman, 2007; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002a). A psicoterapia baseada na mentalização tem sido explorada principalmente em relação aos transtornos de personalidade *borderline* em adultos (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2006). Essa abordagem psicoterápica possui estreita articulação com o vínculo de apego (Bowlby, 1997, 1989, 1990), que proporcionaria o desenvolvimento da função reflexiva e a aquisição da capacidade de mentalização, para esses autores. Não tem sido realizada com crianças, o que este estudo buscou explorar.

Em crianças abrigadas, que apresentem sintomas de depressão, a capacidade de mentalização parece ser falha ou não ter se desenvolvido adequadamente, justamente porque essas crianças vivenciaram peculiares situações de rompimentos de seus vínculos, que poderiam oferecer contextos seguros ao seu desenvolvimento integral. Os problemas de mentalização e as desordens na infância começaram a ser explorados há pouco tempo. Sharp (2006) discute os estudos que os identificaram no autismo e nas desordens de conduta, salientando que existem elementos distintos da mentalização que implicam diferentes prejuízos para vários grupos e subtipos de psicopatologia infantil.

Fonagy (1999, 2000), Fonagy, Gergely, Jurist, e Target (2002a) e Fonagy e Bateman (2003) postulam que o rompimento dos vínculos produz falha parcial na função reflexiva e na capacidade de mentalização. Isto se deve ao fato do apego (que proporciona segurança para a criança e continência para suas necessidades) ser interrompido de maneira traumática, ocasionando o temor e a ameaça de perda do objeto. Com isso, a criança poderá apresentar os sintomas da depressão.

Fonagy, et al (2002b) apontam a depressão na infância e adolescência, portanto, como reflexo de problemas familiares e com os pais, além de considerá-la como um

problema social. Esses autores salientam que, em geral, os estudos sobre o tratamento desse quadro em crianças e adolescentes é adaptado de modelos adultos, indicando a necessidade de pesquisas que contemplem essa problemática.

Partindo dessas premissas, a proposta desse estudo foi explorar os benefícios de uma modalidade psicoterápica, focalizada na função reflexiva e na capacidade de mentalização, no sentido do atendimento das demandas dessas crianças, que sofreram rompimentos vinculares e que apresentam indicadores de depressão. Pesquisas voltadas para a análise desse processo em crianças ainda não são comuns e Fonagy (2003) assinala sua importância e necessidade.

A primeira seção dessa dissertação apresenta uma breve revisão da literatura sobre o tema da depressão na infância. Na segunda seção, apresenta-se o relato do estudo realizado, visando a contribuir para o campo das intervenções psicoterapêuticas com crianças abrigadas e que apresentem indicadores de depressão. Um Relatório da Pesquisa desenvolvida, contemplando uma descrição pormenorizada do processo é apresentado no Anexo A.

Seção 1 – Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão não sistemática de literatura sobre o tema da depressão em crianças. Foram consultadas as bases de dados BVS (SciELO, Lilacs, MEDLINE), PsycINFO e Academic Search Premier. Os descritores utilizados inicialmente foram “*depression*” and “*children*”. Devido ao expressivo número de produções identificadas (mais de 16 mil), sendo que muitas delas não eram específicas sobre o foco de interesse, utilizou-se a expressão “*depression in children*”. O período abrangido pela revisão foi o de 2000 a 2010, selecionando-se para análise artigos que abordavam os seguintes tópicos: “aspectos epidemiológicos e sintomáticos”, “comorbidades”, “avaliação, diagnóstico e intervenções”, “aspectos psicodinâmicos” e ainda “depressão e acolhimento institucional”.

Constatou-se que a literatura vem reconhecendo a importância e a presença dos quadros depressivos na infância (Bahls, 2002; Bahls & Bahls, 2003; Calderaro & Carvalho, 2005; Cruvinel & Boruchovitch, 2003; Dutra, 2001; Fensterseifer & Werlang, 2003). A relevância desse reconhecimento é evidente, se considerada a necessidade de intervenção adequada e de prevenção da cronificação e de problemas posteriores.

Sobre a definição da depressão na infância, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*American Psychiatric Association – APA, 2000*) não diferencia os critérios diagnósticos dos transtornos depressivos para crianças, adolescentes ou adultos. Tais transtornos estão inseridos, neste Manual, no grupo dos Transtornos do Humor, assim como os Transtornos Bipolares. São descritos nos quadros do Transtorno Depressivo Maior, do Transtorno Distímico e do Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação.

O Transtorno Depressivo Maior caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos Maiores: duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse acompanhado por pelo menos quatro dos seguintes sintomas: diminuição ou aumento do

apetite, falha em apresentar os ganhos de peso esperados para a idade, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida ou tentativa de suicídio (APA, 2000). O Transtorno Distímico é caracterizado por humor deprimido ou irritável por pelo menos um ano e pelo menos duas das seguintes características: apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, dificuldade de concentração. O Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação inclui transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios anteriores.

Caracterizada, portanto, como um transtorno de humor, a depressão abrange fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, sociais e econômicos, entre outros (Ribeiro, Oliveira, Coutinho & Araújo, 2007). Lima (2004) aponta que o conceito de depressão na infância ainda é muito controverso e que não pode ser confundido com o sentimento de tristeza, já que este faz parte da experiência normal do sujeito. Para Wathier e Dell'Aglio (2007) o termo depressão tem sido designado em diferentes amplitudes, que podem caracterizar um estado afetivo normal, a apresentação de um conjunto de sintomas ou até mesmo pode compreender uma síndrome ou doença específica.

Nessa direção, a Organização Mundial de Saúde, OMS (1993) já havia sinalizado na década de 90 que a depressão implica aspectos biológicos e psicológicos, e que o prognóstico para esse quadro pode ser bastante negativo em alguns casos. A estimativa para 2020, segundo a OMS, é de que a depressão seja a maior causa de incapacidade humana, somente sendo superada pelas doenças cardiovasculares.

Os quadros depressivos na infância têm sido descritos há bastante tempo (Reis & Figueira, 2001). Entretanto, foi somente a partir da década de 60 do século passado que as investigações começaram a ser sistematizadas, para Baptista e Golfeto (2000). Já para

Bahls (2002), Reis e Figueira (2001) e Scivoletto e Tarelho (2002), o quadro depressivo na infância despertou interesse na sistematização de investigações mais detalhadas a partir da década de 1970, depois que muitos profissionais de saúde constataram que essa patologia trazia comprometimentos importantes nas funções sociais, emocionais e cognitivas, interferindo no desenvolvimento infantil. Com o reconhecimento da depressão em crianças e adolescentes pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, houve um avanço de produções que focalizavam a avaliação e o diagnóstico dessa patologia na infância, segundo Bahls (2002).

Sobre os aspectos epidemiológicos e sintomáticos

Na população brasileira, estimativas apontam que de 0,4 a 3% das crianças apresentam características depressivas (Bahls, 2002). Em adolescentes, este número varia de 3,3 a 12,4%, com fortes indicativos de se desenvolver a doença em idade adulta (Bahls & Bahls, 2003). Em crianças abrigadas, aquelas que sofreram conflitos e rompimentos de vínculos importantes, autores como Dell'Aglio e Hutz (2004) e Wathier e Dell'Aglio (2007) apontam a prevalência de 6 a 10% para a depressão nessa população. Já nos Estados Unidos, os índices sinalizam um percentual que varia de 3 a 5% (Goldberg, 2007). Em crianças australianas, o índice de prevalência da depressão, encontrado por Hazell (2009) é de 2 a 8% e na Alemanha, segundo Mehler-Wex e Kölch (2008) estima-se que a prevalência da depressão em crianças e adolescentes seja de 8,9%.

Alguns estudos apontam a depressão na infância como um problema crescente (Dell'Aglio & Hutz, 2004; Ramires, Passarini, Flores & Santos, 2009; Zavaschi et al, 2002). Muitos buscam descrever características demográficas e a sintomatologia (Bahls, 2002; Kessler, Avenevoli & Mericangas, 2001; Wathier & Dell'Aglio, 2007). Os principais sintomas descritos pelos estudos são: transtorno por déficit de atenção e

hiperatividade, baixa autoestima, medos, distúrbios do sono, enurese, tristeza, dores abdominais, culpa, fadiga, desinteresse por atividades de modo geral, ideação suicida (Calderaro & Carvalho, 2005) e problemas de aprendizagem (Cruvinel & Boruchovitch, 2003; Dell’Aglío & Hutz, 2004). As causas são relacionadas, na maioria dos estudos, aos aspectos psicossociais, ou seja, perda de vínculos afetivos, divórcio dos pais, violência física e psicológica, falta de apoio familiar, (Bahls, 2002; Calderaro & Carvalho, 2005; Dell’Aglío, Borges & Santos, 2004; Lima, 2004; Ramires et al., 2009b).

Zavaschi et al., em um estudo publicado em 2002, associaram as perdas da infância à depressão na vida adulta, sendo que as crianças que sofreram rompimentos vinculares significativos tenderam ao desenvolvimento da patologia depressiva na sua vida adulta. As perdas estavam relacionadas à história de separação dos pais, porém não à morte dos mesmos.

A queda do rendimento escolar é um dos primeiros indicadores de depressão em crianças, além do desenvolvimento do quadro de disforia, isolamento e tristeza. Os sintomas da depressão também são considerados, por diferentes autores, como preditores de outras patologias e neste caso, estão associados às comorbidades. Tais comorbidades nem sempre são diagnosticadas como preliminares ao desenvolvimento do quadro depressivo. Muitas vezes, aparecem como consequência. Além disso, alguns sintomas podem ser “recombinados” entre si, implicando dificuldades de diagnosticar a depressão na infância. Sintomas como apatia, perda de peso, recusa escolar e apetite diminuído, apresentam relação de dependência para certos diagnósticos, podendo ser importantes para diagnósticos específicos (Bahls, 2002).

Embora os critérios diagnósticos sejam os mesmos dos adultos, nas crianças com Transtorno Depressivo Maior há o predomínio de sintomas como ansiedade, queixas somáticas e alucinações. Em adolescentes, são comuns as alterações do sono e do apetite.

Porém, Versiani, Reis e Figueira (2000) apontam que a ideação suicida e as próprias tentativas de suicídio aparecem como agravamento dos sintomas. No diagnóstico de pacientes com Transtorno Distímico, são mais comuns os sentimentos de rejeição, raiva, comportamento desobediente, maior dificuldade social e maior prejuízo nas atividades de lazer.

Coutinho e Ramos (2008) afirmam que o quadro depressivo em crianças está associado a perturbações do humor de duração variáveis. Em geral, esse quadro é acompanhado por sintomas físicos e mentais, o que interfere na forma de sentir, pensar e agir dessa população.

Segundo Bahls (2002) e Bahls e Bahls (2003), a depressão na infância está aumentando e ocorrendo cada vez mais cedo. Porém, muito embora se reconheça a depressão infantil como uma patologia e apesar dela ser avaliada como um dos problemas mais frequentes na prática clínica (Rodríguez de Cossío & Granada Jiménez, 2007), considera-se que ela tem sido pouco diagnosticada e, em consequência disso, poucos pacientes recebem tratamento. Scivoletto e Tarelho (2002) referem que o diagnóstico por vezes é dificultado em função das comorbidades, muitas vezes presentes nos quadros depressivos. Por conta disso, os sintomas se manifestam de forma não clara, inviabilizando ou dificultando o reconhecimento desse quadro em crianças.

Reis e Figueira (2001) também relataram que muitas vezes as próprias crianças têm dificuldades em identificar e nomear seus sintomas que aparecem de maneira multifacetada. Por outro lado, os pais e os profissionais acabam identificando problemas que, inicialmente, não são reconhecidos como sendo de depressão, já que existem queixas orgânicas como cefaléia, dores abdominais e diarreia, que dificultam o diagnóstico referido.

Outra dificuldade encontrada no reconhecimento da depressão na infância ocorre porque não são comuns as distinções ou especificidades existentes na literatura entre a depressão infantil e aquela com manifestação na vida adulta. No entanto, vários autores afirmam que as particularidades da infância devem ser consideradas na avaliação e diagnóstico da depressão em crianças (Kuczynski, Marcolin & Assunção Jr., 2001; Versiani, Reis & Figueira, 2000).

Depressão na infância: associações e comorbidades

Como dito anteriormente, as comorbidades ou sintomatologias associadas à depressão são difíceis de diagnosticar, principalmente em relação a se associarem como causa ou consequência da depressão na infância. O que muitos estudos vêm apontando é que crianças e adolescentes com transtorno depressivo apresentam uma condição clínica grave, crônica, recorrente e que é acompanhada por outros transtornos associados (Bahls, 2002). O diagnóstico implica o uso de diferentes critérios e a observação do relato da sintomatologia, conforme o nível de desenvolvimento da criança, como aponta a autora.

Os estudos que abordam as comorbidades em geral mencionam o déficit escolar, a obesidade na infância e doenças crônicas ou deficiências físicas, o que, conseqüentemente, agrava o estado clínico geral dos envolvidos (Castro, 2003). Transtornos de Ansiedade (especialmente o Transtorno de Ansiedade de Separação), o Transtorno de Conduta, o Transtorno Desafiador Opositivo e o Transtorno por Déficit de Atenção também são apontados por Bahls (2002).

Conforme afirma Castro (2003), crianças com doenças crônicas possuem maiores riscos de apresentar depressão, o que está relacionado com deterioro físico, gravidade e modo de enfrentamento familiar relacionado à doença. Para Cabrera et al. (2005) as características de crianças com câncer e que apresentam baixos níveis de depressão foram

associadas à forma defensiva de lidar com a ansiedade e os medos, o que também estaria relacionado ao aumento de sintomas físicos.

Os fatores de risco associados ao desenvolvimento da depressão infantil também são descritos pelas produções científicas que apontam como principais preditores: o embotamento afetivo dos pais (Abela, Skitch, Auerbach & Adams, 2005), o uso precoce do uso de álcool (Auger, 2005), a presença do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Calvillo, 2004), o Transtorno de Ansiedade (Chorney, Detweiler, Morris & Kuhn 2008), a rejeição dos colegas (Bullying) apontado por Morrow et al. (2006) e por West e Salmon (2000) e o abuso físico (Finzi et al., 2001), somente para citar alguns.

Para Dell'Áglio e Hutz (2004), o rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos parece bastante comprometido em relação ao das crianças na mesma faixa etária que não apresentam tal sintomatologia. As principais variáveis envolvidas no déficit escolar referem-se às funções cognitivas e afetivas, como a função mnemônica e a autoestima.

Grote e Frank (2003) relatam que a ocorrência de depressão associada a outros diagnósticos é realmente maioria e, por isso, consideram o papel da psicoterapia fundamental na abordagem desses pacientes. Esses autores apontam a necessidade de abordagem individualizada para o diagnóstico e tratamento da depressão.

Avaliação, Diagnóstico e Possibilidades de Intervenção

Para Abaid (2008), mesmo que a avaliação clínica seja a forma mais adequada de se diagnosticar ou analisar a presença de indicadores de depressão em crianças, alguns instrumentos podem auxiliar nessa investigação, como a *Escala de Avaliação do Grau de Severidade da Depressão Infantil* (CDRS-R), referido por Wagner et al, (2006), o instrumento *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSC-C) referido pelos autores

Margetic et al (2005), o *Pictorial Depression Scale* (PDS), apontado por O'Connor e Paley (2006), o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (Kiddie – SADS) como referem os autores Versiani, Reis e Figueira (2000), a *Reynolds Adolescents Depression Scale* (RADS) referido por Brajsa – Zganec em 2005 e o *Children Depression Inventory* (CDI), trazido por Kovács (2003) e mais recentemente por Wathier & Dell'Aglio (2007).

O CDI (Kovács, 1983, 1985, 1992, 2003) vem sendo descrito como o instrumento mais utilizado internacionalmente para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes, tanto nos contextos clínicos como de pesquisa (Baptista & Golfeto, 2000; Cole et al., 2002). O objetivo desse instrumento é verificar a presença e a severidade de sintomas de depressão em jovens de 7 a 17 anos, com base no seu autorelato. Foi adaptado do Inventário Beck de Depressão (BDI) para adultos. O CDI foi adaptado para uso no Brasil por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), demonstrando características psicométricas adequadas, sendo que sua consistência interna variou entre 0,79 e 0,92 (Dell'Aglio, Borges & Santos, 2004; Reppold & Hutz, 2003).

Posteriormente, suas propriedades psicométricas foram verificadas por Wathier, Dell'Aglio e Bandeira (2008), em uma amostra de 951 crianças e adolescentes com idades entre 7 e 17 anos da região sul do Brasil. Seiscentos e trinta e quatro participantes viviam com suas famílias e 317 em instituições. As autoras encontraram uma composição trifatorial e um alfa de Cronbach de 0,85, evidenciando boa consistência interna.

Pode-se afirmar que existe um consenso na literatura apontando que a depressão na infância vem acompanhada por uma multiplicidade de fatores sociais, psicológicos e biológicos (Baptista & Golfeto, 2000; Reppold & Hutz, 2003; Wathier, 2007). Essa multiplicidade de fatores deve ser levada em conta quando se realiza a avaliação da depressão em crianças. Os instrumentos podem ser importantes instrumentos de avaliação, porém, não substituem a avaliação clínica (Abaid, 2008).

Uma avaliação adequada pode conduzir à intervenção necessária uma vez que, segundo Bahls e Bahls (2003), por constituir doença grave e que possui uma continuação ou recorrência na idade adulta, a abordagem terapêutica para a depressão na infância é de extrema importância. Entretanto, conforme Watanabe et al. (2007) e Fonagy et al. (2002b), praticamente não existem estudos comparativos de eficácia entre as formas de psicoterapia empregadas no tratamento desta população.

As psicoterapias são amplamente indicadas na depressão infanto-juvenil, tanto nos casos de intensidade sintomatológica leve a moderada, como associada à psicofarmacologia nos casos mais graves (Son & Kirchner, 2000). As abordagens mais utilizadas são: a terapia cognitivo-comportamental (Gladstone & Bearsdslee, 2009), a psicoterapia de orientação psicodinâmica e a psicoterapia interpessoal (Ito & Lotufo Neto, 2000), muitas vezes associadas aos psicofármacos (Jureidini, 2009; Varley, 2006). Algumas intervenções em formato individual, grupal e familiar (Horn et al, 2005) têm se mostrado bastante eficazes, porém, como apontam Horn et al, (2005), muitos pacientes necessitam de tratamento mais intensivo. As orientações psicoeducacionais também têm sido mencionadas como habitualmente empregadas e úteis (Ito & Lotufo Neto, 2000). No entanto, poucos são os ensaios clínicos controlados existentes.

A técnica cognitivo-comportamental (com suas várias modalidades) tem sido amplamente empregada para a depressão. A melhora clínica na população adolescente nesta modalidade de intervenção apresentou resultados entre 50% a 65% (Bahls & Bahls, 2003; Michael & Crowley, 2002). Porém, de acordo com Weisz, McCarty e Valeri (2006), mesmo diminuindo os níveis de ansiedade, esse modelo de tratamento psicoterapêutico se mostrou ineficiente quando analisados os efeitos a longo prazo.

Segundo Horn et al (2005), a psicoterapia psicanalítica mostra-se, já no curto prazo, um tratamento efetivo para crianças e adolescentes deprimidos. Embora essa modalidade

psicoterápica tenha muito a contribuir nesta instância, ainda são necessários muitos estudos nessa área. Deakin e Nunes (2008) e Fonagy et al. (2002b) e Fonagy (2003) propõem que o terapeuta sistematize suas impressões para poder analisar a adequação e a eficácia do tratamento psicanalítico. Isso seria importante, pois, conforme Fonagy (2003), a natureza do trabalho psicanalítico talvez seja incompatível com as características dos estudos controlados.

Bahls e Bahls (2003), em estudo intitulado “Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência” citam a *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995), que assinala os indicadores importantes para os estudos em psicoterapia: a) um modelo teórico coerente; b) um manual de tratamento com métodos específicos de procedimento; c) um formato de tempo limitado e d) medidas específicas de avaliação de resultados. As psicoterapias que desejam integrar modelos científicos de tratamento obrigatoriamente necessitariam adequar-se a estes requisitos.

Fonagy et al. (2002b) indicam que, em geral, os estudos sobre o tratamento do quadro depressivo em crianças e adolescentes demonstram uma adaptação de modelos adultos, o que deixa clara a falta de compreensão acerca do desenvolvimento, que deveria identificar condições próprias de cada etapa do crescimento emocional. Esta perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento pode requerer desenhos de intervenção e de pesquisa específicos em diferentes momentos na infância e na adolescência. Além disso, esses autores acrescentam que ainda existe muito pouco conhecimento advindo de pesquisas sobre a importância do envolvimento dos pais e da família nos processos terapêuticos. Fonagy e seus colaboradores apontam que a maioria dos estudos se refere ao uso de medicamentos ou situa as intervenções em propostas cognitivo-comportamentais. Entretanto, em que pese a eficácia dessa modalidade de intervenção nos quadros de

depressão, esses autores assinalam que a terapia cognitivo-comportamental é menos efetiva nos casos mais severos de depressão e naqueles em que há maiores distorções cognitivas.

A literatura internacional, assim como a brasileira, é restrita no que diz respeito à investigação de intervenções adequadas para o tratamento da depressão infantil. Tem focalizado mais o tratamento com adultos, assim como o que diz respeito à análise da sintomatologia e das suas causas (Blatt-Eisengart, Drabick, Monahan, Steinberg, 2009; Lakdawalla, Hankin, Mermelstein, 2007; Perera, 2008; Suveg, Hoffman, Zeman & Thomassin, 2009, Waslick, Schoenholz & Pizarro, 2003).

Um recente estudo piloto realizado por Fischer-Kern et al (2008) investigou a capacidade de mentalização em pacientes depressivos. Esse estudo analisou a capacidade de mentalização em 20 pacientes do sexo feminino que sofriam de Transtorno Depressivo Maior, utilizando instrumentos como o Skidi + II, Escalas de Depressão (HAM-D, BDI), testes cognitivos (TMT, MCVCT) e a *Adult Attachment Interview* (AAI). Os resultados foram avaliados através da Escala da Função Reflexiva aplicada a AAI e revelaram que os pacientes deprimidos apresentam menor capacidade de mentalização do que os pacientes *borderline* e os indivíduos saudáveis. Foi constatado também que há uma variação da capacidade de mentalização, conforme a gravidade da depressão. Diante destes dados, os autores concluíram que há necessidade de estudos que investiguem as mudanças na capacidade de mentalização de pacientes com depressão, no curso dos tratamentos psicoterápicos.

Aspectos psicodinâmicos relacionados à depressão

Vivências de perdas têm sido associadas na literatura aos quadros de depressão na infância. Franco e Mazorra (2007) analisaram crianças que sofreram perdas significativas na infância, relativas aos genitores, e concluíram que essas crianças apresentavam fantasias

de aniquilamento, culpa, castração, onipotência, rejeição, identificação, retaliação, idealização e desidealização do objeto perdido, além de agressividade, negação da perda, regressão, reparação e repetição da situação da perda. As autoras ainda apontaram que, diante da perda significativa do vínculo provedor de sustentação, a criança se depara com profundos sentimentos de desamparo e impotência. Embora as autoras se refiram às perdas por morte dos genitores, seu estudo contribui para a elucidação dos quadros depressivos apresentados por crianças e relacionados à perda ou separação dessas figuras.

O estudo de Franco e Mazorra (2007) foi orientado pelas contribuições de Freud e Bowlby para explicar o processo de enlutamento de crianças que sofreram perdas significativas. Para Bowlby (1989), enquanto a criança não pode reconhecer seus objetos de amor como sendo separados dela, na eventualidade de perda ou separação da mãe, ela sente que perdeu uma parte de si própria e conforme apontam Franco e Mazorra (2007), o enlutamento, por si só não pode dar conta da perda do objeto amado. Nessa mesma direção, Trevisan (2004) abordou a questão da depressão em crianças que tiveram perdas significativas na infância, associando-a à melancolia, que implica uma regressão para a fase oral narcisista da libido, em que ocorre uma identificação com o objeto perdido. Em consequência disso, o ego sofre com a autotortura, observada clinicamente, e que expressa uma tendência ao sadismo e ao ódio relacionados ao objeto e que retornam ao próprio eu do indivíduo.

Calderaro e Carvalho (2005) e Rotondaro (2002) salientaram a necessidade de um ambiente favorável ao desenvolvimento emocional, supridor de necessidades básicas como proteção e acolhimento. Por outro lado, quando este ambiente desfavorece a criança em suas necessidades, ela se utiliza de mecanismos de defesa específicos para lidar com as dificuldades, muitas vezes desenvolvendo um quadro depressivo. Conseqüentemente, sua

estrutura de sua personalidade se vê comprometida, estrutura que durante a infância está em pleno desenvolvimento.

Calderaro e Carvalho (2005) acrescentam que a depressão na criança interfere em atividades fundamentais da sua vida e nas fases de seu desenvolvimento. Por conta disso, é muito importante o diagnóstico precoce, além da efetivação de medidas de promoção da saúde mental, que são fundamentais, uma vez que a criança depressiva se envolve em situações que oferecem perigo à sua integridade física, colocando-se em risco. Angerami-Camon (2002), nessa mesma linha, pontua que as crianças também se desesperam diante das dificuldades que encontram em suas vidas e manifestam o desejo de morrer. Essas manifestações, muitas vezes, podem estar relacionadas ao suicídio na infância e requerer a atenção e sensibilidade dos profissionais, especialmente no tocante ao diagnóstico e tratamento mais adequado.

Quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento do funcionamento depressivo, Bahls e Bahls (2003) apontou a preponderância da presença de depressão em um dos pais, seguida de fatores como a perda significativa de um dos genitores, estressores ambientais e abuso físico e violência. Esses aspectos nos levam a considerar a problemática da depressão e do acolhimento institucional.

Depressão e Acolhimento Institucional

A presença de violência física e/ou psicológica, de negligência, entre outros estressores ambientais, pode levar à necessidade do acolhimento institucional da criança. A depressão pode ser apresentada por essas crianças, embora haja controvérsias na literatura quanto aos seus escores relacionados ao sexo da criança. Alguns estudos apontam que não existem diferenças significativas nos escores de depressão em relação ao sexo das crianças que vivem em instituições (Bailey, Zauszniewski, Heinzer & Hemstrom-Krainess,

2007; Kim & Cicchetti, 2006). Por outro lado, Cole et al. (2002), afirmam ter encontrado diferenças significativas nesta população, utilizando o CDI, indicando que as meninas, em geral, possuem maiores escores de sintomatologia depressiva.

O afastamento do núcleo familiar pode produzir o rompimento dos vínculos afetivos com os objetos primários e incidir negativamente sobre o desenvolvimento saudável na infância (Alexandre & Vieira, 2004). Isso é preocupante, uma vez que um número significativo de crianças se encontra nessa situação no Brasil. Silva, em artigo publicado em 2004, apontou um levantamento em abrigos para crianças e adolescentes em âmbito nacional, constatando que cerca de 20 mil crianças e adolescentes viviam em 589 abrigos no Brasil, sendo que a maior parte estava situada na região Sudeste, que concentrava 45% dos abrigados. São Paulo comportava um terço dessa população. Nas demais regiões do Brasil mantinham-se altos índices de acolhimento institucional. O Nordeste, com 29,4% dos abrigados, apresentava o maior índice entre as demais regiões. O Sul concentrava 15,5% das crianças abrigadas, sendo que o Centro-Oeste e Norte apresentavam, como porcentagem, 8,2% e 1,9%, respectivamente. Somente 10,7% dessas crianças estavam judicialmente em condições de adoção, conforme Silva.

Estima-se que oito milhões de crianças no mundo estejam sob regime de acolhimento institucional (Wathier & Dell'Aglio, 2007). A maioria delas estaria afastada de seus lares devido à violência e desintegração familiar, além das situações econômicas e sociais não adequadas.

Para Dell'Aglio (2004), crianças que se encontram em condições desfavoráveis, como abandono e maus-tratos e que vivem longe da convivência familiar, apresentam maior vulnerabilidade a outras questões decorrentes da pobreza, ao envolvimento com drogas e ao desemprego. Sobretudo, conforme Runyon, Faust & Orvaschel, 2002, crianças

que tenham experimentado a falta de apoio familiar ou o rompimento dos vínculos afetivos demonstram maiores chances de desenvolver o distúrbio depressivo.

O rompimento dos vínculos foi apontado por diversos autores como fator de risco para o desenvolvimento da depressão em crianças (Dell’Aglío, Borges & Santos, 2004; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Runyon, Faust & Orvaschel, 2002; Zavaschi, et al., 2002). A situação de acolhimento institucional pode, portanto, implicar duas vias de conflitos: o rompimento de vínculos propriamente dito, com o afastamento da família, muitas vezes sentido pela criança como traumático, e o conflito relacionado à dificuldade de formar novos vínculos saudáveis. A depressão pode resultar do trauma sofrido pelo rompimento vincular familiar e dificultar o estabelecimento de novos vínculos.

No que se refere aos contextos de desenvolvimento, familiar e institucional, alguns estudos têm relacionado o cuidado institucional nos anos iniciais a dificuldades de comportamento e de personalidade. No entanto, Dell’Aglío e Hutz (2004) e Wathier e Dell’Aglío (2007) apontam fatores que podem contribuir na modificação dos efeitos da institucionalização na infância. Entre esses fatores devem ser consideradas as razões para a separação da família, o tipo de relacionamento prévio com a mãe, a oportunidade de desenvolver relações seguras após a separação, a qualidade do cuidado oferecido, a idade da criança, a duração da institucionalização, o sexo e o temperamento da criança.

Wathier e Dell’Aglío (2007) investigaram a prevalência de depressão em crianças e adolescentes institucionalizados e concluíram que essa população reúne diversas características que corroboram a presença desse problema, uma vez que sofreram rompimentos de vínculos por terem sido negligenciadas ou vitimadas por violência física e psicológica. Assim, segundo as autoras, os índices de depressão em crianças em instituições de abrigo são significativos, e em meninas esse número é ainda maior. Esses resultados sinalizam a urgência de se desenvolver pesquisas e intervenções que abordem

essa problemática, já que, nesses casos, as chances de crianças se tornarem adultos depressivos é bastante grande.

Considerações Finais

Ainda que haja concordância entre os autores acerca da importância e gravidade da depressão na infância, que pode predizer ou estar associada a outras patologias, ainda assim não existe um consenso sobre a definição ou conceitualização da depressão nessa faixa etária. A falta de tais definições coloca em dúvida, muitas vezes, seu diagnóstico, o que, conseqüentemente, dificulta o tratamento e a prevenção da cronificação do problema. Neste sentido, é indiscutível a relevância de se empreender esforços que possam investigar sistematicamente a depressão infantil, principalmente devido à ineficácia dos diagnósticos e ao fato de que poucos pacientes recebem tratamento adequado, tornando-se, assim, um grande desafio para a saúde pública.

É possível constatar a grande concentração de estudos que buscam investigar a identificação da sintomatologia da depressão e sua prevalência, mas ainda são raros os estudos que se voltam às intervenções, sobretudo, àquelas psicanaliticamente orientadas. Verificam-se as lacunas existentes também no que tange à eficácia dos tratamentos para a depressão em crianças e adolescentes, já que uma grande preocupação é a necessidade de compreender melhor as etapas desenvolvimentais, para que se possa adequar melhores recursos de avaliação e tratamento na infância. Também seria importante compreender mais aprofundadamente os contextos familiares, suas dificuldades e possibilidades. Constata-se, ainda, uma carência importante de estudos dedicados à discussão e ao desenvolvimento de estratégias de prevenção, bem como no sentido da elaboração de diretrizes políticas para o enfrentamento desse problema.

Seção 2 – A psicoterapia baseada na mentalização de crianças abrigadas com indicadores de depressão

Este estudo focalizou a possibilidade de desenvolvimento da função reflexiva e da capacidade de mentalização na psicoterapia de crianças que residiam em abrigo e apresentavam sintomas ou indicadores de depressão em seu funcionamento psíquico. A investigação foi baseada nas contribuições da vertente psicanalítica da teoria do apego, mais precisamente em autores que vêm pesquisando os conceitos de função reflexiva e capacidade de mentalização e seu desenvolvimento na psicoterapia (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2003; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy, 1999; Fonagy, 2000; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Bateman, 2007).

Os conceitos de função reflexiva e de capacidade de mentalização vêm sendo desenvolvidos por autores como Allen e Fonagy (2006), Bateman e Fonagy (2004, 2006), Fonagy e Bateman (2003) que focalizam especialmente uma modalidade de tratamento psicoterápico, psicanaliticamente orientado, para pacientes adultos com Transtorno de Personalidade *Borderline*. Fonagy et al. (2002b) apontaram a possibilidade de que a modalidade de tratamento baseada na mentalização também pudesse ser desenvolvida com pacientes depressivos, porém não existem pesquisas voltadas para a análise desse processo em crianças e, por isso, Fonagy (2003) assinalou sua importância e necessidade.

A função reflexiva e a capacidade de mentalização são fundamentais para a organização da personalidade e a regulação do afeto. Tais capacidades são adquiridas no contexto de relações de apego seguro e estão relacionadas à qualidade do afeto na comunicação mãe-bebê (Fonagy, 2006; Fonagy, 2000; Fonagy, 1999; Fonagy & Target, 1997; Fonag et al., 2002a).

A função reflexiva permite à criança dar significado aos comportamentos (Fonagy et al., 2002a). Essa função envolve uma capacidade psicológica intimamente relacionada à

representação do *self*^d e também permite a auto-reflexão, suprindo o indivíduo idealmente com uma capacidade bem desenvolvida para distinguir a realidade interna da externa (Fonagy & Target, 1997; Fonagy et al., 2002a).

A função reflexiva dos pais é importante no sentido de dar suporte ao estado mental da criança (Slade, 2005). Fonagy e Bateman (2003) salientam que uma função reflexiva afetiva do cuidador permite representações do *self* coerentes e integradas, que serão internalizadas. Para esta internalização, duas condições são necessárias: a contingência e a discriminação. A contingência significa que as respostas do cuidador devem estar em sintonia com o estado interno do bebê. A discriminação implica a capacidade do cuidador de expressar, nas suas respostas, os sentimentos do bebê e não os seus próprios.

O termo função reflexiva, portanto, refere-se à “operacionalização dos processos psicológicos subjacentes à capacidade de mentalizar – um conceito que tem sido descrito tanto na literatura psicanalítica como na cognitiva” (Fonagy et al., 2002a, p. 24-25). Esse conceito diz respeito à capacidade para compreender e interpretar o comportamento humano, levando em conta os estados mentais subjacentes (Fonagy & Bateman, 2003). A capacidade de mentalização se desenvolve através do processo de haver experimentado a si mesmo na mente de outra pessoa durante a infância, num contexto de apego seguro, contexto esse que seria condição para seu amadurecimento.

Holmes (2006), analisando o conceito de mentalização de uma perspectiva

¹ O termo *self* é bastante utilizado por esses autores. Não será possível aqui esgotar a complexidade do conceito na literatura psicanalítica e suas diferentes acepções. Para Bateman e Fonagy (2004, 2006), Fonagy et al. (2002a), o papel de espelho da mãe, conforme foi descrito por Winnicott (1982) é fundamental para o desenvolvimento e a organização do *self*, na medida em que esta possa refletir adequadamente a experiência subjetiva da criança. Os sinais não verbais emitidos pela criança, relacionados às suas representações primárias (*self* físico), serão refletidos pelo cuidador (expressão metabolizada do afeto) possibilitando o desenvolvimento de representações de segunda ordem (*self* psicológico) e a internalização de uma imagem do objeto. O conceito, para os autores, implica uma noção do *self* como agente e também como objeto. O *self* enquanto objeto envolveria a representação mental do sujeito. Enquanto agente, o *self* pressupõe os processos mentais ou funções que sustentam suas representações. Nesse sentido, o *self* organiza e interpreta experiências, assegura um senso de continuidade através do tempo, cria um senso de liberdade e iniciativa e gera experiências que levam à distinção de si mesmo como uma pessoa (Fonagy et al., 2002a).

psicanalítica, sintetiza suas origens em quatro raízes distintas. Uma delas é a teoria da mente, que implica a noção de que os outros têm mentes, similares, mas não idênticas à nossa, noção que se desenvolve nos cinco primeiros anos de vida. Uma criança de cinco anos sabe que uma pessoa pode ver o mundo de modo diferente de outra, dependendo da informação que ela tiver disponível. Daqui até a mentalização haveria apenas um passo, quando se adquire a visão de que o mundo é sempre filtrado por uma mente em perspectiva, que pode ser mais ou menos acurada em sua apreciação da realidade.

A segunda raiz do conceito descrita por Holmes (2006) reside nas contribuições de Bion. Esse autor (1997, 1994) diferenciou o pensamento do aparelho para pensar os pensamentos. Chamou a capacidade de pensar os pensamentos de função *alfa*, função que transforma os “elementos beta” (pensamentos sem um pensador, primitivos, muitas vezes terroríficos) em “elementos alfa”, os quais estão disponíveis então para serem pensados, isto é, mentalizados. Bion acreditava que uma mãe continente seria necessária para esse desenvolvimento. Na sua ausência, ou havendo pouca habilidade para tolerar frustração por fatores genéticos, o resultado seria identificação projetiva excessiva, a qual dissemina as sementes da psicopatologia na vida posterior, incluindo um déficit na capacidade de mentalização.

A Psicanálise Francesa, especialmente no que diz respeito aos estudos sobre as desordens psicossomáticas, também estaria na raiz do conceito (Holmes, 2006). Marty (1991) concebeu as desordens psicossomáticas em termos de pensamento operatório (que seria o equivalente francês da noção anglo-saxônica de alexitimia), isto é, a incapacidade ou inabilidade de colocar sentimentos em palavras. Nessa perspectiva, a mentalização seria a antítese do pensamento operatório ou do *acting out*. A mentalização envolve a capacidade de transformar impulsos em sentimentos e representar, simbolizar, sublimar, abstrair, refletir e extrair significado deles.

Os psicanalistas franceses, diferentemente dos anglo-saxões, aderiram muito mais às primeiras idéias de Freud. Holmes (2006) salienta que ao abordar a mentalização, eles partem da idéia (contida no manuscrito *Projecto*, escrito por Freud em 1895) de que o pensamento emerge da ligação de energias de impulsos soltas. Na ausência de tal ligação, a energia psíquica é descarregada através da ação ou desviada para processos somáticos – emergindo clinicamente como *acting out* ou somatização. Haveria uma classificação hierárquica sofisticada de graus de mentalização. Num extremo repousariam as excitações libidinais não mentalizadas, que emergiriam caoticamente como somatizações, comportamento violento e automutilações. No outro extremo, um estágio reflexivo abstrato.

A quarta raiz do conceito de mentalização descrita por Holmes (2006) está relacionada à Psicopatologia do Desenvolvimento e é representada por Fonagy e seus colaboradores. O pensamento desses pesquisadores, conforme Holmes, está alicerçado no ponto de vista empírico britânico e também no ponto de vista interpessoal winnicottiano. Na noção de espaço transicional de Winnicott, a barreira de contato entre consciente/inconsciente é expandida para uma zona na qual realidade e fantasia se justapõem. Nesse espaço, pensamentos e sentimentos podem ser jogados como se fossem reais, enquanto a realidade pode ser desconstruída enquanto fantasia. A capacidade de mentalização implica a possibilidade de diferenciação entre o mundo da fantasia, do faz de conta, e a realidade, enquanto na sua ausência o mundo como tal será confundido com um mundo colorido pelos próprios sentimentos.

Um senso de *self* organizado e a capacidade de operar no mundo interpessoal resultam de processos intensamente interativos entre o cuidador e a criança nos primeiros anos de vida (Fonagy et al., 2002a; Fonagy, 2006). A criança aprende quem ela é e o que são seus sentimentos através da capacidade do cuidador de refletir seus gestos, suas

manifestações. Começa a construir uma noção acerca de onde começa e onde termina a realidade interna e externa. Isso tudo a habilita a dimensionar a contribuição dos seus próprios sentimentos na sua apreciação do mundo – em outras palavras, a sua capacidade de mentalização.

Por outro lado, quando ocorrem dificuldades, conflitos, problemas que comprometam o equilíbrio ou a saúde mental dos cuidadores, maus-tratos ou outras situações traumáticas, esses cuidadores podem apresentar dificuldades na função reflexiva e na possibilidade de oferecer uma base segura para suas crianças, deixando-as expostas e vulneráveis. Fonagy e Bateman (2003) sugerem que falhas na capacidade de oferecer respostas contingentes dos pais tendem a estabelecer estruturas narcisistas e de falso *self*, uma vez que o estado interno infantil não corresponde em nada ao mundo real.

Os problemas de mentalização e as desordens na infância começaram a ser explorados há pouco tempo. Sharp (2006) discute os estudos que os identificaram no autismo e nas desordens de conduta, salientando que existem elementos distintos da mentalização que implicam diferentes prejuízos para vários grupos e subtipos de psicopatologia infantil. Enfatiza que não se trata de um conceito unitário, não sendo possível estabelecer uma relação linear entre mentalização e ausência de psicopatologia. “Futuras pesquisas deveriam reconhecer não somente a heterogeneidade das desordens da infância, mas também a heterogeneidade do constructo da mentalização”, afirma Sharp (2006, p. 114), sublinhando a importância da aplicação do conceito de mentalização no tratamento das desordens da infância e da adolescência como uma área de pesquisa potencial.

Esse, portanto, foi um dos pressupostos desse estudo, assim como a afirmação de Fonagy (2000) de que a psicoterapia, qualquer que seja sua forma, trata da reativação da mentalização. Isso acontece porque ela busca estabelecer uma relação de apego seguro

com o paciente, tenta utilizar essa relação para criar um contexto interpessoal onde a compreensão dos estados mentais se converta em um foco e tenta possibilitar a reorganização do *self*.

A psicoterapia baseada na mentalização

A estratégia psicoterápica que toma como alvo a mentalização, adotada neste estudo, busca estabilizar a estrutura do *self* através do desenvolvimento de representações internas estáveis. Busca também capacitar o paciente a estabelecer relacionamentos mais seguros e auxiliá-lo a identificar e expressar apropriadamente o afeto (porque a estrutura do *self* é desestabilizada no contexto da desordem e da agitação emocional vivenciadas em contextos caracterizados por altos níveis de conflito) (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003; Fonagy & Bateman, 2006).

Há uma lacuna entre as experiências afetivas primárias do paciente e suas representações simbólicas, quando falha a capacidade de mentalização. Esta lacuna precisa ser preenchida na psicoterapia (Fonagy & Bateman, 2003). Para isto, o terapeuta necessita não somente ajudar o paciente a compreender e identificar os estados mentais, mas também a situar esses estados emocionais no contexto presente, com uma narrativa articulada ao passado recente e remoto. Isso requer que o terapeuta mantenha uma postura mentalizadora, o que significa a habilidade de continuamente questionar que estados mentais, tanto do paciente como dele mesmo, podem explicar o que está acontecendo aqui e agora (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003). Necessita também manter proximidade mental, ou seja, representar acuradamente o estado afetivo do paciente e sua correspondente representação interna, distinguindo o estado da mente do *self* e do outro. Esta acurácia deve ser apenas “suficientemente boa”. É

importante que o terapeuta busque sempre compreender o que é que está confuso para o paciente, e como isso pode fazer sentido clarificando seus elementos. Com efeito, a postura mentalizadora capacita o paciente e o terapeuta a desenvolver uma linguagem que adequadamente enquadra e expressa a complexidade dos relacionamentos e estados internos.

Na psicoterapia baseada na mentalização a transferência é vista como uma força terapêutica positiva. Não simplesmente como uma representação do passado que, se interpretado, pode levar ao *insight*, mas como uma prova usada pelo indivíduo para provocar respostas do terapeuta ou de outros que são essenciais para uma representação estável do *self* (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003). A transferência é vista como um processo interativo que permite ao paciente responder a aspectos selecionados da situação de tratamento, respostas estas que contém a sensibilidade da experiência passada (Fonagy & Bateman, 2003). Os autores alertam para o fato de que interpretações insistentes sobre a situação transferencial e contratransferencial são propensas a serem prejudiciais para pacientes traumatizados, porque eles poderiam experimentá-las como o terapeuta repetindo o comportamento do objeto primário autocentrado, sempre demandando ser o foco da atenção do paciente. Os autores colocam-se numa postura de “investigadores da transferência”. Paciente e terapeuta devem partir de uma posição de “não saber”, mas tentando compreender. Não há lugar para colocações complexas implicando uma verdade absoluta conforme vista pelo terapeuta.

As metas globais do tratamento, para Fonagy e Bateman (2003) são: capacitar o paciente para o estabelecimento de relacionamentos seguros; estabilizar a estrutura do *self* através do desenvolvimento de representações internas estáveis; formar um senso coerente de *self*; identificar e expressar apropriadamente os afetos.

Para atingir essas metas os autores recomendam algumas táticas-chaves: a) clareza

da proposta e dos objetivos terapêuticos; b) a compreensão (clarificação), a interpretação e outras intervenções deverão levar em conta como o paciente está estabilizando sua estrutura do *self* (por meio de que sintomas: condutas autodestrutivas, impulsividade etc.); c) a proximidade mental é um pré-requisito da terapia efetiva e é produzida por intervenções que são **contingentes** e **discriminatórias**; d) é necessária a aceitação de aspectos do “*self* alienado” (por exemplo: projeção, contratransferência, *splitting*); e) os enunciados devem ser breves, focados no aqui e agora, reconhecendo a ausência de representação simbólica.

A tarefa seria mover o paciente em direção a um apego mais seguro (Fonagy & Bateman, 2003). Isto porque o indivíduo seguro é capaz de interpretar a informação interpessoal suficientemente bem para se sentir seguro quando está próximo dos outros, e é capaz de reter uma distinção clara entre o estado subjetivo do *self* e o de outras pessoas.

Nessa abordagem, está implícito o foco nos **processos psicológicos** e no “aqui e agora”, mais do que no **conteúdo mental** no presente e no passado (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy & Bateman, 2003; Fonagy & Bateman, 2006). Os pacientes necessitam se tornar conscientes dos seus próprios sentimentos e representações concomitantes, descrevê-los pouco a pouco e construir um contexto no qual eles possam fazer sentido e ser reconhecidos como próprios. Há uma lacuna entre as experiências afetivas primárias do paciente e suas representações simbólicas, e esta lacuna precisa ser preenchida na psicoterapia, na medida em que o processo reflexivo se desenvolve, tendo em vista o fortalecimento do sistema representacional secundário. Além disso, o terapeuta necessita ajudar o paciente a não somente identificar e compreender os estados emocionais, mas também ajudá-lo a situar esses estados emocionais no contexto presente, com uma narrativa articulada ao passado recente e remoto. A lacuna entre a experiência interna e sua representação pode engendrar os afetos depressivos, a baixa autoestima e demais sintomas

dos transtornos depressivos e o terapeuta necessita criar um ambiente terapêutico no qual as experiências do paciente possam ser transformadas, gerando novos significados, especialmente em termos da representação do *self* e da compreensão interpessoal.

Em síntese, é possível esquematizar o modo de condução das sessões de psicoterapia da seguinte forma (conforme os princípios e orientações extraídos do livro de Bateman e Fonagy (2006) – *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: a Practical Guide*): como características gerais das intervenções, os autores salientam que elas devem ser simples e curtas; focalizadas no afeto (amor, desejos, mágoas...) e na mente do paciente (não no comportamento); devem ser relacionadas a eventos ou atividades atuais – realidade mental; a ênfase deve ser no conteúdo pré-consciente e consciente, mais do que no inconsciente, no período inicial do processo. Gradativamente, as intervenções devem seguir as seguintes diretrizes: identificar o afeto, mais do que o comportamento; explorar o contexto emocional; discriminar o contexto interpessoal atual; examinar o tema interpessoal principal no tratamento; até que seja possível explorar o contexto específico (transferência). O espectro das intervenções varia do apoio, suporte e empatia, lançando mão da clarificação, confrontação e elaboração até a utilização de intervenções voltadas para identificação dos sentimentos e pensamentos (os próprios e os alheios) e finalmente o uso com cuidado de interpretações.

Como foi salientado acima, pesquisas que focalizem a capacidade de mentalização têm sido direcionadas principalmente para pacientes adultos *borderlines* (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2003; Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy & Bateman, 2006; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2007). Entretanto, em um recente estudo piloto realizado por Fischer-Kern, Tmej, Kapusta, Naderer, Leithner-Dziubas, Loffler-Staska e Springer-Kremser (2008), foi investigada a capacidade de mentalização em pacientes depressivos. O estudo analisou a mentalização em 20 pacientes do sexo feminino

que sofriam de Transtorno Depressivo Maior utilizando instrumentos como o Skidi + II, Escalas de Depressão (HAM-D, BDI), testes cognitivos (TMT, MCVCT) e a *Adult Attachment Interview* (AAI). Os resultados foram avaliados através da Escala da Função Reflexiva aplicada a AAI e revelaram que os pacientes deprimidos apresentam menor capacidade de mentalização do que os pacientes *borderline* e os indivíduos saudáveis. Foi constatado também que há uma variação da capacidade de mentalização conforme a gravidade da depressão. Diante destes dados, os autores concluíram que há necessidade de estudos que investiguem as mudanças na capacidade de mentalização de pacientes com depressão, no curso dos tratamentos psicoterápicos.

A depressão em crianças

Alguns estudos apontam a depressão na infância como um problema crescente (Bandim, Sougey & Carvalho, 1995; Del Porto, 1999; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Ramires, Passarini, Flores & Santos, 2009; Wathier & Dell’Aglío, 2007; Zavaschi, Satler, Poester, Vargas, Piazenski, Rohde, & Eizirik, 2002). Em geral, trata-se de estudos que buscam descrever características demográficas e a sintomatologia (Bahls, 2000; Bahls, 2002; Del Porto, 1999; Kessler, Avenevoli & Merikangas, 2001; Wathier & Dell’Aglío, 2007). Os principais sintomas descritos pelos estudos são: transtorno por déficit de atenção e hiperatividade, baixa auto-estima, medos, distúrbios do sono, enurese, tristeza, dores abdominais, culpa, fadiga, desinteresse por atividades de modo geral, ideação suicida (Calderaro & Carvalho, 2005) e problemas de aprendizagem (Cruvinel & Boruchovitch, 2003; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Adriola & Cavalcante, 1999). As causas são relacionadas, na maioria dos estudos, aos aspectos psicossociais, ou seja, perda de vínculos afetivos, divórcio dos pais, violência física e psicológica, falta de apoio familiar (Bahls, 2002;

Calderaro & Carvalho, 2005; Dell'Aglio, Borges & Santos, 2004; Lima, 2004; Ramires, Passarini, Flores & Santos, 2009; Ribeiro, Oliveira, Coutinho & Araújo, 2007).

A especificidade da semiologia da depressão em crianças é discutida na literatura (Marcelli & Cohen, 2009; Palacio Espasa & Dufour, 1997). Postula-se uma variedade da semiologia depressiva em função da idade da criança e das fases maturativas. Os seguintes sintomas são referidos pelos autores: distúrbio manifesto e durável do afeto (distúrbio do humor), sob a forma de tristeza ou de exaltação do humor para formas hipomaniacas; inibições mais ou menos acentuadas (retardo psicomotor, pobreza do jogo simbólico, dificuldades escolares) ou presença de um quadro de hiperatividade; manifestações negativas persistentes da autoestima, autodepreciação; diminuição da socialização; comportamento agressivo (agitação); queixas somáticas; transtornos do sono, do apetite.

Os transtornos depressivos severos na infância costumam evoluir para distúrbios graves de personalidade na vida adulta, risco de suicídio, condutas antisociais e delinquentes (Marcelli & Cohen, 2009; Palacio Espasa & Dufour, 1997). Tais transtornos ocorrem em geral no decurso de acontecimentos com valor de perda ou luto. Nesse sentido, Dell'Aglio, Borges e Santos (2004) investigaram a prevalência de depressão em crianças e adolescentes institucionalizados e concluíram que essa população reúne diversas características que corroboram a presença desse problema, uma vez que sofreram rompimentos de vínculos por terem sido negligenciadas ou vitimadas por violência física e psicológica. Assim, segundo as autoras, os índices de depressão em crianças em instituições de abrigo são significativos, e em meninas esse número é ainda maior. Esses resultados sinalizam a urgência de se desenvolver pesquisas e intervenções que abordem essa problemática, já que, nesses casos, as chances de crianças se tornarem adultos com importantes problemas e dificuldades é bastante significativa.

Ramires, Benetti, Silva e Flores (2009), num estudo de revisão da literatura brasileira sobre os problemas de saúde mental na infância, abrangendo o período de 1995 a 2006, identificaram apenas 44 estudos que abordavam especificamente o tema da depressão em crianças. Desses estudos, a maioria focalizava aspectos relacionados à avaliação e ao diagnóstico ($n = 10$), seguidos pelos estudos que buscavam a compreensão de aspectos cognitivos associados a esse quadro ($n = 6$). Apenas quatro estudos focalizavam as possibilidades de intervenção psicoterápica junto a essa população. O estudo de Bahls e Bahls (2003) corrobora a necessidade de se adequar intervenções capazes de dar conta do problema da depressão na infância.

A literatura internacional também é restrita no que diz respeito à investigação de intervenções adequadas para o tratamento da depressão infantil. Os estudos têm privilegiado a abordagem de participantes adultos no que diz respeito ao levantamento da sintomatologia e às causas (Blatt-Eisengart, Drabick, Monahan & Steinberg, 2009; Lakdawalla, Hankin, Mermelstein, 2007; Perera, 2008; Suveg, Hoffman & Thomassin, 2009; Waslick, Schoenholz & Pizarro, 2003).

Fonagy et al. (2002b) apontam a depressão na infância e adolescência não somente como um problema social, mas também como reflexos de problemas familiares e com os pais. Por outro lado, esses autores indicam que, em geral, os estudos sobre o tratamento desse quadro em crianças e adolescentes demonstram que ele é adaptado de modelos adultos, sendo que a maioria se refere ao uso de medicamentos ou situa as intervenções em propostas cognitivo-comportamentais. Entretanto, em que pese a eficácia dessa modalidade de intervenção nos quadros de depressão, esses autores apontam que a terapia cognitivo-comportamental é menos efetiva nos casos mais severos e naqueles em que há maiores distorções cognitivas.

Para Palacio Espasa e Dufour (1997), a depressão é apontada como obstáculo para

a elaboração das perdas significativas na infância. Para os mesmos autores, a depressão em crianças pequenas é consequência da separação de um objeto significativo de seu meio. Quanto maior a criança, mais frequentemente os aspectos internos da perda assumem importância. Esses autores evidenciam tanto a importância da perda externa (real) quanto seu correlato de perda interna (intrapsíquica) para o desencadeamento do episódio depressivo.

Fonagy (1999, 2000), Fonagy et al. (2002a) e Fonagy e Bateman (2003) postulam que o rompimento dos vínculos produz falha parcial na função reflexiva e na capacidade de mentalização. Isto se deve ao fato do apego (que proporciona segurança para a criança e continência para suas necessidades) ser interrompido de maneira traumática, ocasionando o temor e a ameaça de perda do objeto. Com isso, a criança poderá apresentar os sintomas da depressão.

Por tudo isso, fica evidente a importância de se explorar alternativas psicoterápicas que auxiliem essas crianças a enfrentar e superar tais dificuldades. A aquisição da capacidade de criar uma narrativa dos próprios pensamentos e sentimentos - capacidade de mentalizar, pode superar falhas na organização do *self* que resultaram da desorganização do apego precoce e/ou de experiências conflitivas, estressantes, de experiências de perdas e rompimento de vínculos. Desta forma, diante dos danos e prejuízos causados na organização do *self* pelas vivências que resultaram em transtornos depressivos na infância e da necessidade de intervir clinicamente sobre tais situações, justifica-se a relevância desse estudo. Partiu-se do pressuposto de que a psicoterapia pode ser um meio de prevenção do desfecho negativo sobre a organização da personalidade e dos vínculos da criança. É importante examinar as possibilidades dessa intervenção psicoterápica que focaliza a função reflexiva da criança no contexto dos quadros depressivos e busca promover o desenvolvimento da capacidade de mentalização durante o processo

psicoterápico.

Sendo assim, os objetivos deste estudo foram: a) avaliar a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização no processo terapêutico de crianças abrigadas e que apresentam sintomas ou indicadores de depressão; b) avaliar se o processo terapêutico baseado na mentalização contribui para a diminuição dos sintomas ou indicadores de depressão; e c) analisar e compreender as características dos vínculos afetivos constituídos entre crianças em situação de abrigamento com sintomas ou indicadores de depressão e seus cuidadores.

Método

Este estudo seguiu a abordagem qualitativo-exploratória. O procedimento adotado foi o Estudo de Casos Múltiplos, proposto por Yin (2005), modelo que possibilita a análise exaustiva e aprofundada de um número determinado de casos, ilustrativos do fenômeno que se pretende investigar. Segundo Allones (2004), tal modelo mostra-se particularmente rico e apropriado para as pesquisas clínicas.

Os participantes foram duas crianças que estavam em regime de abrigamento, com idades de 7 e 9 anos, as cuidadoras do abrigo e demais pessoas que pudessem oferecer dados e informações.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a qual se vinculam as pesquisadoras, tendo sido aprovado. Os responsáveis legais pelas crianças participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os cuidados éticos foram respeitados, priorizando-se o bem-estar das crianças participantes. A participação poderia ser interrompida a qualquer momento. Encaminhamentos paralelos que fossem requeridos seriam feitos (avaliação e acompanhamento psiquiátrico, acompanhamento psicopedagógico, acompanhamento médico etc.). As crianças que

continuassem necessitando e desejando o atendimento após o período de 6 meses previstos pelo projeto de pesquisa teriam assegurados esses atendimentos e a continuidade do tratamento, através do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), serviço público da cidade de Lajeado, RS. As cuidadoras que necessitassem de acompanhamento seriam devidamente encaminhadas. Sendo assim, ao final do processo de pesquisa, foi dada continuidade aos atendimentos psicoterapêuticos no CREAS.

Procedimentos de Coleta de Dados

Inicialmente, foi realizado o contato com a instituição de abrigo para a apresentação e esclarecimento da proposta de pesquisa, verificando a possibilidade de atendimento de crianças que tivessem indicação para psicoterapia e que apresentassem as características que se buscava analisar. Nesta ocasião, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela responsável pelo abrigo. As crianças que apresentavam as características que se buscava analisar e tinham indicação para psicoterapia foram entrevistadas e consultadas sobre sua disposição em realizar a psicoterapia e participar da pesquisa.

Foram então realizadas entrevistas semi-estruturadas (questões norteadoras das entrevistas no Anexo C) com a responsável pela instituição de abrigo e com as cuidadoras, para o levantamento de quaisquer informações relevantes sobre cada criança e sua história de vida e, quando possível, sua Anamnese (história de vida e história clínica). Também foi realizada uma entrevista com a terapeuta familiar do Centro de Referência Especializado Assistência Social (CREAS) que atendia a família de uma das crianças participantes. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, sob autorização.

Em seguida, foram realizadas entrevistas de avaliação com as crianças sob a forma de Hora do Jogo (Aberastury, 1992; Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal & Woscoboinik, 2003). Posteriormente, foram aplicados os seguintes instrumentos:

- *Children's Depression Inventory (CDI)* - o CDI vem sendo descrito como o instrumento mais utilizado, em nível internacional, para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes, tanto no âmbito da clínica como no da pesquisa (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008). O CDI foi criado por Kovács (1983, 1985, 1992, 2003), partindo de uma adaptação do *Beck Depression Inventory*, para adultos (BDI). Composto por 27 itens, é descrito como psicometricamente satisfatório em diversos países. Cada item possibilita três alternativas de resposta, em que o participante escolhe aquela que descreve melhor o seu estado no período atual. O objetivo do CDI é verificar a presença e a severidade de sintomas de depressão em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, a partir do seu auto-relato. No Brasil, o CDI tem sido utilizado em pesquisas que abordam a depressão em crianças e adolescentes. Foi adaptado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), em estudo com 305 jovens paraibanos de 8 a 15 anos. Posteriormente, suas propriedades psicométricas foram verificadas por Wathier, Dell'Aglio e Bandeira (2008) em uma amostra de 951 crianças e adolescentes com idades entre 7 e 17 anos da região sul do Brasil, sendo que 634 viviam com suas famílias e 317 em instituições. As autoras encontraram uma composição trifatorial e um alfa de Cronbach de 0,85, evidenciando boa consistência interna. Conforme apontado por Wathier, Dell'Aglio e Bandeira (2008), o ponto de corte do instrumento, conforme percentil 85, foi estabelecido em 14 pontos para meninos e 16 pontos para meninas, ou seja, pontuações acima desses escores apontam a presença de indicadores clínicos de depressão. A aplicação desse instrumento foi realizada em dois momentos: na avaliação, antes do início da psicoterapia, com o objetivo de identificar indicadores ou sintomas de depressão e após a realização de 20 sessões no caso

1 e 23 no caso 2, com o objetivo de avaliar se houve alteração nos mesmos (o instrumento é apresentado no Anexo D).

- Manchester Child Attachment Story Task – MCAST – foi utilizada uma adaptação do instrumento proposto por Green, Stanley, Smith e Goldwyn (2000), criado para avaliar as representações internas dos relacionamentos de apego de crianças em início de idade escolar. O instrumento é composto por seis vinhetas e sua aplicação dura, aproximadamente, 30 minutos. A criança é solicitada a completar histórias e, para construir suas narrativas, escolhe um boneco que a represente e outro que represente o cuidador. A análise das histórias produzidas (na proposição dos autores do instrumento) inspira-se tanto na análise do comportamento da criança pequena no procedimento da Situação Estranha como na análise do discurso na *Adult Attachment Interview* (AAI). Os autores partem do pressuposto de que o conteúdo das narrativas da criança ao completar as histórias será passível de uma análise similar àquela decorrente de observações diretas do comportamento de apego de crianças pequenas e que, da mesma forma, a estrutura da sua narrativa pode ser analisada adaptando as técnicas de Main e Goldwyn na AAI, fornecendo informações acerca de como a criança está começando a processar sua experiência nas suas representações internas dos relacionamentos. Green et al. (2000) propõem, para cada vinheta, uma classificação de 33 códigos, cada um recebendo uma escala que varia até nove. As classificações se situam em quatro grandes grupos: “comportamentos relacionados ao apego”, “coerência da narrativa”, “fenômenos desorganizados” e “capacidade de mentalização, afeto predominante e conteúdo bizarro”. O instrumento permite, portanto, avaliar a capacidade de mentalização da criança, que é solicitada a descrever os sentimentos e pensamentos dos personagens que representam ela mesma e os cuidadores. De acordo com o estudo dos autores, o instrumento evidenciou boa confiabilidade e validade de conteúdo. Neste estudo foi realizada uma análise qualitativa

do conteúdo das histórias produzidas pelas crianças, baseada nas categorias publicadas pelos autores. Esse procedimento foi realizado em dois momentos: na avaliação, antes do início da psicoterapia e após sua realização, com o objetivo de avaliar se houve alteração nos indicadores da capacidade de mentalização da criança (detalhes sobre a adaptação feita para aplicação do instrumento e sua análise encontram-se descritos no Anexo E).

As crianças foram atendidas em psicoterapia entre a primeira e a segunda aplicação dos instrumentos, durante 20 sessões no caso 1 e 23 sessões no caso 2 o que, somando-se às sessões de avaliação inicial e final, totalizou um período em torno de 6 meses. Todas as sessões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Relatos complementares, descrevendo a linguagem não-verbal durante as sessões, assim como as impressões da terapeuta ao final de cada atendimento, também foram realizados. O foco nas sessões de psicoterapia seguiu os princípios que norteiam a psicoterapia baseada na mentalização, descritos acima.

Procedimentos de Análise de Dados

Os passos seguidos para a análise dos dados foram estabelecidos com base no modelo de proposições teóricas de Yin (2005):

1º. Passo: Todas as entrevistas e sessões psicoterapêuticas foram transcritas;

2º. Passo: Os dados coletados através dos instrumentos foram interpretados e analisados com base nas instruções correspondentes;

3º. Passo: Foi realizada uma descrição abrangente de cada caso, identificando os **aspectos relevantes, relativos ao abrigo de cada criança e as situações de rompimento de vínculos experimentados** por elas; uma **síntese do processo psicoterapêutico**, identificando especialmente as seguintes categorias: **“percepção do próprio funcionamento mental”, “percepção e identificação dos sentimentos e**

pensamentos das outras pessoas” e “representação do *self*”; e identificando indicadores da **capacidade de mentalização** no início da psicoterapia e depois dos seis meses de atendimento). Também foram analisados aspectos relativos aos **indicadores de depressão** e a evolução destes, ao longo da psicoterapia;

4º. Passo: Foi utilizada a técnica de Construção da Explicação (Yin, 2005), com o objetivo de analisar exaustivamente os dados de cada Estudo de Caso e construir uma explicação sobre o mesmo. Todos os dados (sessões de psicoterapia e instrumentos) e resultados foram integrados na compreensão geral das hipóteses acerca da capacidade de mentalização e sua evolução ao longo da psicoterapia;

5º. Passo: Foi utilizada a técnica de Síntese de Casos Cruzados (Yin, 2005), com o objetivo de confrontar os resultados obtidos na análise de cada caso em particular, identificando convergências e divergências e buscando, desta forma, evidências que auxiliassem a identificar ou não a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização no processo psicoterapêutico.

Durante a realização das sessões de psicoterapia, seu material foi supervisionado nos moldes da supervisão de psicoterapia psicanalítica, priorizando-se a compreensão do estado mental das crianças e o atendimento da sua demanda. Somente num segundo momento, este material foi retomado para ser examinado tendo em vista as categorias de análise estabelecidas para o estudo.

Resultados e Discussão

Caso 1: *Daniela*², a *Betty Boop*

Daniela era uma menina de 9 anos quando foi realizada sua avaliação. Possuía três irmãos, sendo que ela era a filha mais velha. As quatro crianças residiam no abrigo há

² Os nomes das crianças participantes do estudo, assim como quaisquer informações que possibilitassem sua identificação, foram modificados.

quase dois anos, já que a mãe foi destituída do poder familiar por ter se envolvido com tráfico e uso abusivo de drogas e, em consequência disso, estar na prisão. O pai ainda possuía a guarda das crianças, mas só tinha contato com elas em alguns finais de semana, quando eventualmente as buscava no abrigo ou quando tinham acompanhamento com uma terapeuta familiar.

Houve denúncias de vizinhos ao Conselho Tutelar de que mesmo antes da prisão da mãe, as crianças ficavam sozinhas em casa e/ou pela rua durante o dia. O pai e a mãe haviam sido denunciados, ela por relatos de prostituição e abandono das crianças e ele por relatos de assistir a filmes pornográficos e de lutas violentas na presença das quatro crianças. Além disso, o pai fazia uso abusivo de álcool e agredia constantemente a mãe. O pai se apresentava, profissionalmente, como pedreiro. Porém, havia suspeitas de que ele também praticava o tráfico de drogas. Segundo a diretora do abrigo onde as crianças residiam, a situação delas ainda estava “*em suspenso*” (sic), pois “*vieram para um almoço, trazidos pelo Conselho Tutelar e estão no abrigo até hoje*” (sic).

Conforme a diretora do abrigo, a mãe das crianças “*vivia na rua*” (sic) e pouco ficava com os filhos. Muito tempo antes de as crianças serem acolhidas na instituição, ela fazia uso de drogas (crack e bebidas alcoólicas). Foi internada e encaminhada ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas não aderiu ao tratamento oferecido. Teve várias recaídas, até ser presa por tráfico de drogas. O pai de Daniela também, na sua infância e adolescência, teve vivências de rua e de abrigamento.

O pai, embora afirmasse que não queria perder a guarda judicial dos filhos, não tomava qualquer atitude para estar realmente com elas, como por exemplo, organizar os cuidados necessários, providenciar escola e creche para eles, garantir a presença de cuidados afetivos, alimentares etc. Conforme o relato da diretora do abrigo, as crianças

estavam se “institucionalizando”, já que o tempo de permanência estava excedendo ao preconizado para um local que deveria funcionar como “lugar de passagem”.

Daniela não se saía bem na escola (estava na terceira série). Apresentava dificuldades de aprendizagem e na relação com colegas. Apresentava comportamento sexualizado, variações de humor, muitas vezes se isolava e “*não queria ter contato com ninguém*” (sic). No abrigo, ela se relacionava mal com as outras crianças, rechaçava crianças menores e preferia se relacionar com uma moça de 18 anos que também morava na instituição. Daniela parecia confiar apenas em sua cuidadora, pois era a única pessoa para quem ela tinha coragem de perguntar algumas coisas relacionadas ao seu corpo ou pedir ajuda. A diretora do abrigo acreditava que Daniela “*se tornou adulta antes do tempo*”, pois soube que a menina, antes de ser abrigada, subia em um banquinho para fazer a comida para os irmãos e para o pai, o que poderia sugerir que assumia um papel materno, inadequado e além das suas possibilidades e capacidades.

No primeiro encontro com a terapeuta (Hora de Jogo), Daniela não esboçou qualquer interesse em explorar o consultório, brinquedos ou jogos. Ao contrário, preferiu conversar. Relatou que a mãe estava presa, devido à sua drogadição, mas que logo seria libertada. Com relação ao pai, Daniela relatou que ele dava tudo o que ela pedia e que se sentia “bem”. Falou ainda sobre seu mau relacionamento com os irmãos, os colegas da escola e as crianças do abrigo. Mencionou que não estava bem na escola, “*porque sua letra estava feia*”.

Conforme a primeira aplicação do CDI, Daniela apresentou 16 pontos indicativos para a presença de sintomas depressivos. Nessa ocasião, o resultado do *Manchester Child Attachment Story Task* (MCAST) apontou para indicadores de apego inseguro na maioria

das vinhetas³. As situações de angústia mobilizadas pelas histórias foram resolvidas mediante estratégias que sinalizaram para indicadores de apego inseguro ambivalente/resistente em duas vinhetas e para o uso de estratégias múltiplas (fenômenos desorganizados) e uma vinheta (segundo os autores do instrumento, duas vinhetas classificadas como apego inseguro seriam suficientes para a formulação da hipótese de apego inseguro). Suas narrativas apontaram para uma capacidade de mentalização pobre ou restrita na maioria das vinhetas, apresentando limitações quanto à identificação dos estados emocionais dos personagens.

Os sintomas apresentados por Daniela no início da psicoterapia (variações de humor, dificuldades de aprendizagem, isolamento, dificuldades de relacionamento) foram descritos na literatura em quadros depressivos da infância (Bahls, 2002; Coutinho & Ramos, 2008; Cruvinel & Boruchovitch, 2003; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Marcelli & Cohen, 2009; Palacio Espasa & Dufour, 1997). O escore apresentado na primeira aplicação do CDI também foi indicativo desse quadro.

Essa menina sofreu rompimento do vínculo com a mãe aos sete anos de idade, afastando-se também do pai nesse mesmo período. Sofreu negligência, violência psicológica e, no mínimo, presenciou também violência física. Sua mãe era usuária de drogas e foi presa por tráfico. Havia suspeita de comportamento ilícito também por parte do pai, que se mostrava ausente e desinteressado dos filhos. Sua situação era instável e incerta, pois estava no abrigo “provisoriamente”, mas esse quadro já se prolongava por dois anos.

Como já foi visto, o rompimento de vínculos foi apontado por diversos autores como fator de risco para o desenvolvimento da depressão em crianças (Dell’Aglío, Borges & Santos, 2004; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Runyon, Faust & Orvaschel, 2002; Wathier &

³ Uma descrição detalhada sobre a aplicação e os resultados desses instrumentos é apresentada no Relatório de Pesquisa, no Anexo A dessa dissertação.

Dell'Aglio, 2007; Zavaschi, et al., 2002). Além disso, Fonagy (1999, 2000), Fonagy et al., 2002a) e Fonagy e Bateman (2003) indicaram que o rompimento de vínculos pode produzir falha parcial na função reflexiva e na capacidade de mentalização. Isso acontece porque o apego é interrompido de maneira traumática levando ao temor e à ameaça de perda do objeto, o que também pode acarretar sintomas de depressão.

No caso de Daniela, foi possível constatar as limitações na sua capacidade de mentalização e os indicadores de depressão. Pode-se levantar a hipótese de que tais dificuldades estejam relacionadas não somente ao afastamento dos pais no momento do acolhimento institucional, mas também à precariedade do vínculo com os mesmos, vivida anteriormente. A literatura revisada assinala que quando ocorrem dificuldades que comprometem o equilíbrio ou a saúde mental dos cuidadores, maus-tratos e outras situações traumáticas, esses cuidadores poderão apresentar dificuldades na função reflexiva e na possibilidade de oferecer uma base segura para suas crianças, deixando-as expostas e vulneráveis (Fonagy et al., 2002a; Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003). Esses aspectos puderam ser identificados na história de Daniela e de seus pais e se manifestavam na sua busca por objetos adultos femininos com quem pudesse se relacionar e identificar (cuidadora do abrigo, moça de 18 anos que lá vivia, terapeuta). Manifestavam-se também no fato de ter que assumir um papel adulto quando estava em casa (cuidar dos irmãos, da casa, cozinhar).

Os indicadores de apego inseguro ambivalente/resistente e também desorganizado apontam para uma vivência com pais que não puderam oferecer condições de cuidado suficientemente contingentes e discriminatórias (Fonagy & Bateman, 2003), conduzindo a representações do *self* coerentes e integradas. Os indicadores de desorganização do apego podem estar relacionados às vivências de negligência e violência de Daniela, enquanto os indicadores de apego inseguro ambivalente/resistente sugerem vivências com pais ora

receptivos e responsivos, ora não responsivos (conforme relatos da diretora do abrigo e cuidadoras, a mãe de Daniela às vezes era afetiva com os filhos; da mesma forma, às vezes o pai ficava com eles e era atencioso nos finais de semana, não queria perder sua guarda e, outras vezes, desaparecia, não cumpria as combinações etc.).

No processo psicoterapêutico, Daniela apresentou-se inicialmente como uma mini adulta (pela maneira como se vestia e comportava). Seu comportamento parecia artificial e lembrava a noção de falso *self* descrita por Winnicott (1982). Denotava a falta de um senso coerente de *self* e de representações internas estáveis, nos termos de Bateman e Fonagy (2004, 2006) e de Fonagy e Bateman (2003). Na sua primeira sessão, por meio do material lúdico e associações correspondentes, evidenciou claramente o seu conflito, relacionado às perdas que teve e uma tentativa de reconstituir uma estrutura familiar (“*Eu gosto da tia Marta (cuidadora no abrigo) como a minha mãe, eu gosto do tio Aurélio (cuidador) como meu pai e eu gosto muito da Soraia (terapeuta) como minha irmã*”).

Nesse período inicial, trouxe conteúdos relacionados à automutilação (cortou seus cílios), sugerindo um retorno das pulsões agressivas resultantes de suas perdas e frustrações para o *self*. A automutilação, como já foi visto, foi relacionada aos quadros depressivos infantis na literatura (Franco & Mazorra, 2007; Marcelli & Cohen, 2009; Trevisan, 2004).

Daniela evidenciava, em suas primeiras sessões, sua necessidade de aproximação de pessoas mais velhas, suas frustrações orais, as vivências de violência na família e sua necessidade de controle dos cuidadores (ver sessões 2 e 3 no Anexo A), relacionada, possivelmente, às suas ansiedades de separação e de perda do objeto. Evidenciava também uma representação do *self* fragmentada, desorganizada (desenho de si mesma rudimentar, sem rosto, braços e pés). Sua dor e sofrimento pelas perdas e separações manifestavam-se através de desenhos de corações partidos. Daniela, entretanto negava a situação familiar,

idealizava o pai e a família, lançando mão de defesas maníacas. A terapeuta identificava e compreendia esses estados mentais da paciente e centrava seus esforços em oferecer um ambiente seguro que viabilizasse, gradativamente, a identificação desses sentimentos pela própria paciente (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy & Bateman, 2003, 2006).

Daniela passa a oscilar, então, entre uma transferência positiva, o desejo de mudar, de se tratar e uma transferência negativa, o medo de perder e a necessidade de controlar a terapeuta (sessões 4, 5, 6 e 7). Começa a manifestar sua ambivalência em relação ao pai e a necessidade de negar suas frustrações vividas com ele. Acontece então, neste período, uma sessão colorida por sua ansiedade, resistência, sensação de abandono e frustração (oitava sessão, Anexo A).

Na sessão seguinte, identificam-se a dificuldade da paciente de nomear seus desejos, motivações (limitações na capacidade de mentalização). Aparece também o desconhecimento de si mesma, através de um jogo que remete para a necessidade de construir representações muito primitivas do próprio corpo (jogo Conhecendo Meu Corpo). Tais conteúdos sugeriram possíveis falhas na função reflexiva, nas limitações do espelhamento oferecido pela mãe e a conseqüente restrição para o desenvolvimento da sua capacidade de mentalização (Fonagy et al., 2002a; Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003; Holmes, 2006; Slade, 2005). A terapeuta tentava auxiliar a paciente a identificar o que estava pensando, sentindo.

A partir da 10^a sessão Daniela, que apresentava predominantemente um falso *self* (parecendo uma mini adulta e apresentando um comportamento sexualizado muitas vezes) começou a trabalhar a discriminação entre o que é ser adulto e ser criança, quem ela realmente é (começou a delinear, quem sabe, uma nova organização de *self*). Logo depois, surgiu o conteúdo da família, fez uma tentativa de representar uma família (o pai com um

filho na garupa e uma menina com a mãe – família idealizada?), porém não conseguiu e excluiu a mãe, ficando sozinha na rua. Isto sugeriu que o comportamento sexualizado e de mini adulta (o falso *self*) eram uma defesa diante do rompimento dos vínculos e do abandono familiar, compreensão amparada pela literatura (Fonagy, 1999, 2000; Fonagy et al., 2002a; Fonagy & Bateman, 2003).

Nesse período, surgem evidências de que a paciente parecia aceitar a aproximação da terapeuta, mostrando-se mais próxima e ligada à mesma. Sobre essa base, além do brinqueado de representação do corpo (e de si mesma) surgiram conteúdos relacionados à identificação dos seus sentimentos, sinalizando para um movimento na sua capacidade de mentalização. Daniela conseguiu identificar apropriadamente sentimentos relacionados às suas vivências familiares. Ao mesmo tempo em que ainda aparecia a negação dos sentimentos relacionados às perdas, essa negação era menos maciça e parecia começar a se reduzir. Nesse período, a paciente também parecia sinalizar, para a terapeuta, a importância e a necessidade que ela tivesse paciência para que pudesse elaborar suas perdas (Jogo da Paciência).

O brincar de representar o corpo e o rosto parecia indicar um início de reconhecimento de si mesma. Daniela falava sobre seu estado emocional e sua realidade, suas privações, falta de proteção e cuidados. Ela não sabia ser criança, por suas condições de vida, por ter tido um pai e uma mãe que não conseguiam exercer de forma clara e continente seus papéis parentais e mais do que isso, por Daniela ter sofrido o rompimento dos vínculos familiares. Tentava se organizar da forma como conseguia, ou seja, utilizando-se de defesas muito primitivas para dar conta de todo o desamparo que sentia. Na psicoterapia, Daniela parecia estar atingindo o que parecia mais conflitivo: suas demandas infantis, seu falso *self*. Essas questões foram trabalhadas de forma a que ela

identificasse como sentia e como pensava sua realidade, enquanto criança (Bateman & Fonagy, 2004, 2006; Fonagy & Bateman, 2003).

Na 15ª sessão, a paciente apresentava-se deprimida, porém em parte tratava-se de um processo de elaboração das perdas vividas. Por outro lado, essa depressão também poderia estar relacionada à separação iminente da terapeuta pela semana de férias que ela estava por tirar. Nessa sessão, aparece a personagem Betty Boop, com quem Daniela se identificava, e que parecia traduzir seu falso *self*, seu amadurecimento e sexualização precoce como uma defesa diante das perdas e privações sofridas. Essa identificação aponta para alguns riscos presentes no desenvolvimento da paciente (atuações sexuais, gravidez precoce, repetição da história da mãe).

Nesse período, retorna o conteúdo do reconhecimento (de si própria e do outro), por intermédio do Jogo “Cara a Cara”, em que paciente e terapeuta deveriam descobrir e identificar características uma da outra. Daniela novamente exercita o que é ser criança (vivenciou um processo regressivo, pois brincou de tomar mamadeira, utilizando-se de um brinquedo, falou como bebê, cantou e até mesmo mostrou o dente que havia perdido). Nessa fase do processo terapêutico, Daniela parecia ter encontrado um espaço e as condições estáveis e seguras para poder se debruçar com confiança sobre seus conflitos, inseguranças e demandas infantis. Trouxe então sua raiva pelas escolhas da mãe e a consequente privação que sofreu, com uma qualidade e intensidade novas. Manifestou também sua raiva pelo abrigamento, em tempo superior ao previsto inicialmente. A paciente começou a se dar conta que seu ódio não era tão destrutivo, que podia manifestá-lo e nem por isso os vínculos se romperiam (cadeira jogada na professora, sendo que as duas continuaram amigas). Tais conteúdos pareciam sugerir uma provável atenuação dos impulsos agressivos, além de um ego mais estruturado, e de um *self* mais coeso e integrado, após cinco meses de psicoterapia.

Daniela manifestava sua gratidão pela terapeuta (trazia bilhetes de agradecimento). Parecia sentir-se ajudada e mais capaz de falar sobre seus problemas e conflitos. Entretanto, continuava necessitando da psicoterapia e sua continuidade foi garantida à paciente.

Conforme a segunda avaliação do CDI, após as 20 sessões de psicoterapia, Daniela teve melhora significativa nos indicadores de depressão em comparação àquele apresentado anteriormente. Os resultados foram de apenas um ponto para a presença de sintomas depressivos, o que significa uma remissão quase completa dos mesmos.

Com relação aos resultados da segunda aplicação do MCAST, estes revelaram que Daniela teve algum desenvolvimento de sua capacidade de mentalização, embora a mesma ainda apresente algumas limitações. Houve também modificações nos indicadores relacionados ao apego. Esses indicadores sinalizaram estratégias interpessoais seguras diante das situações de angústia propostas pelas vinhetas, porém todas as histórias narradas pela paciente continham elementos de restrição ou evitação, ou então o alívio da angústia dependia da continuidade de contato com o cuidador.

Quanto à capacidade de mentalização, essa pareceu mais elaborada em relação aos estados mentais do outro do que em relação ao próprio. O estado mental do personagem que a representava, quando descrito, era de tristeza.

Caso 2: *Pedrinho, o Ben 10...*

Pedro era um menino de sete anos de idade que residia na instituição de acolhimento há mais de 2 anos. Sua mãe havia sido moradora de rua e teve ao todo quatro filhos, sendo que Pedro era o segundo e o único menino. Ele e duas irmãs estavam na instituição porque seus pais eram presidiários e não havia quem pudesse se responsabilizar

por oferecer às crianças os cuidados básicos necessários. A irmã mais nova de Pedro, ainda bebê, estava com a mãe no presídio, porém a instituição já se preparava para recebê-la.

Em entrevista concedida pela diretora da instituição de acolhimento, ela relatou que, das três crianças abrigadas, Pedro parecia estar em pior estado emocional. Ele teria sido quem passou pelos piores conflitos e experiências traumáticas: “*Pedro foi rejeitado muitas vezes*”. Inicialmente, foi a própria mãe de Pedro que o trouxe para o abrigo, dizendo que não queria mais ficar com ele, pois incomodava muito. Ficaria com a filha mais velha e a menor, mas “*o menino ela não queria mais, pois ele era terrível, um diabo*”.

A mãe de Pedro foi monitorada pela rede de Assistência à Saúde do município desde sua adolescência, pois, além do histórico de desabrigada (chegou a morar embaixo da ponte) também fazia uso de drogas ilícitas e se prostituía. O pai de Pedro nunca teve contato com a instituição, era presidiário há muitos anos e o menino “*mal sabia dele*”.

A mãe de Pedro teve relacionamentos nos quais foi agredida física e psicologicamente. As crianças não eram bem atendidas e passaram por experiências de violência e negligência. Sendo assim, houve a recomendação de acolhimento institucional das crianças e internação para tratamento da dependência química da mãe.

Depois de alguns meses na instituição, as crianças passaram a morar com uma tia, irmã da mãe, mas continuaram sendo negligenciadas nos cuidados e necessidades básicas, conforme relatou a diretora do abrigo. Pedro vivia na rua e certo dia a tia, que dispunha da guarda judicial do menino, mandou um bilhete para a instituição dizendo que “*não o queria mais*”. Segundo a diretora, “*Pedrinho é um menino que ninguém quer*”.

Nessa ocasião, devido às circunstâncias de negligência, as crianças voltaram para a instituição. Houve interesse de adoção das meninas por parte de uma promotora, mas “*o menino, por incomodar muito, ela não queria ser responsável*”.

Pedrinho, como é chamado por todos, continuaria morando na instituição e, por todas essas questões de sua história e sofrimento, foi encaminhado para psicoterapia. Conforme a cuidadora no abrigo, ele era um menino triste, que se isolava das outras crianças e tinha muitas dificuldades de aprendizagem. Era um menino bastante retraído e quase não brincava. No pátio, gostava de subir em árvores e passava muito tempo por lá. A cuidadora relatou que Pedro era apático e muito pouco afetivo, além de se envolver em brigas com colegas constantemente. Na escola, Pedro não estava bem, nem mesmo havia se alfabetizado. Corria o risco de perder o ano letivo.

No primeiro encontro de avaliação (Hora do Jogo) Pedro chegou bastante ansioso, perguntando muitas coisas sobre o consultório e sobre quem o frequentava. Ficou de pé, por vezes andando pelo consultório, observando os brinquedos, os jogos e a terapeuta. Sentou-se somente quando convidado.

Pedro era um menino pequeno para sua idade, tinha pele morena e o rosto que parecia ter sido cuidadosamente desenhado, com olhos amendoados e castanhos. Com a cabeça raspada, ele era um menino muito bonito. Falava baixinho e de forma que muitas vezes ficava difícil de entendê-lo. Além disso, seu vocabulário era restrito e confuso, muitas vezes trocava letras, o que exigia muita atenção para que se pudesse compreendê-lo corretamente. Pedro se mostrou uma criança apática, parecendo não ter energia para brincar.

Durante a aplicação do CDI, Pedro teve dificuldade para se concentrar e disse estar cansado. Apresentou uma significativa pontuação, característica da presença e severidade de sintomas da depressão infantil, sendo que seu escore atingiu 40 pontos.

Na sessão programada para a aplicação do *Manchester Child Attachment Story Task* (MCAST), Pedro não quis realizar o procedimento e o mesmo foi interrompido. Ficou extremamente ansioso, dispersivo, buscando outros brinquedos. Indicou inicialmente

que a pessoa que mais lhe cuidava era a Daniela, uma menina que vivia na mesma instituição e que também era atendida pela terapeuta. Algumas hipóteses foram consideradas para essa dificuldade de realizar o procedimento: a) Serem indicativas de apego inseguro, com elementos de desorganização; b) O afastamento dos pais devido ao acolhimento institucional e os sintomas depressivos afetam as representações de apego da criança, impossibilitando o acesso às mesmas, mobilizado pelo procedimento; c) A capacidade de mentalização possivelmente estivesse prejudicada devido às experiências de negligência sofridas, rompimento de vínculo, impedindo a realização do procedimento; d) Inadequação do instrumento para uma criança com as características de Pedro.

Neste caso, assim como no caso de Daniela, identificam-se sintomas compatíveis com a hipótese de depressão: Pedro era um menino triste, retraído, apático, pouco afetivo, quase não brincava, isolava-se das outras crianças ou brigava com elas, apresentando ainda dificuldades de aprendizagem. Tais sintomas são compatíveis com a descrição da literatura sobre os quadros depressivos da infância (Bahls, 2002; Coutinho & Ramos, 2008; Cruvinel & Boruchovitch, 2003; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Marcelli & Cohen, 2009; Palacio Espasa & Dufour, 1997). O escore apresentado na primeira aplicação do CDI, bastante significativo (40 pontos, quando uma pontuação de 14 já seria indicativa de depressão), corrobora essa hipótese.

A história de vida desse menino, assim como no caso anterior, aponta para vivências de negligência, violência, privações, perda e abandono. Pedro sofreu não apenas uma falta de continência e de *holding* por parte dos seus cuidadores, mas foi rejeitado e abandonado pela mãe. Essa rejeição se repetiria, mais tarde, na experiência de ser cuidado pela tia, enquanto sua mãe esteve internada para tratamento da dependência química.

O menino também perdeu cedo o contato com o pai, dada a sua prisão. Todas essas vivências, assim como no caso de Daniela, são compatíveis com a hipótese da

depressão associada à vivência de rompimento de vínculos, implicando características inseguras do apego e falhas na função reflexiva e capacidade de mentalização (Dell’Aglío, Borges & Santos, 2004; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Fonagy, 1999, 2000; Fonagy et al., 2002a; Fonagy & Bateman, 2003; Runyon, Faust & Orvaschel, 2002; Wathier & Dell’Aglío, 2007; Zavaschi, et al., 2002). A desorganização de Pedro nas primeiras sessões, assim como sua dificuldade diante da proposta do MCAST, não conseguindo realizar o procedimento, pode estar relacionada às suas vivências de maus tratos, de abandono e de rejeição por parte dos cuidadores.

Bowlby (1998) diferenciou a tristeza e a depressão, estados experimentados pela maioria das pessoas, do distúrbio depressivo, assinalando que neste caso pode-se observar um luto crônico e um sentimento de desamparo associado à incapacidade de estabelecer e manter relações afetivas. Para Bowlby, esse sentimento pode ser atribuído às experiências vividas na família de origem, que podem ser de três tipos: primeiro, a pessoa pode nunca ter estabelecido uma relação estável e segura com seus pais, interpretando qualquer perda posterior como mais um de seus fracassos em estabelecer e manter uma relação afetiva estável. Segundo, pela forma como foi tratada, a pessoa pode ter desenvolvido um modelo de si mesma como alguém indesejada e indigna de ser amada, e um modelo das figuras de apego como inacessíveis, ou rejeitadoras e punitivas. Conseqüentemente, não acredita que as pessoas podem ajudá-la, esperando delas apenas hostilidade e rejeição. E em terceiro lugar, nestes casos a perda real de um dos pais é provável durante a infância.

Essas experiências podem ocorrer isoladas ou combinadas, conforme Bowlby (1998), o que parece ser o caso na experiência de Pedro. Enquanto com Daniela pode-se pensar na possibilidade de alguma experiência positiva com os cuidadores, apesar de todas as suas dificuldades, com Pedro tais vivências parecem ter sido bem mais precárias ou inexistentes. Isso irá se refletir na sua relação com a terapeuta e nas suas manifestações

durante o processo psicoterapêutico. Desde o início, Pedro trouxe suas fantasias de que não haveria um lugar só para ele, de que não haveria tempo suficiente para seu atendimento e de que poderia perdê-lo (preocupações com o tempo e o relógio)⁴. Pedro expressou, já na sua primeira sessão, o sentimento de que haveria algo ameaçador dentro dele e da sua casa, e que ninguém podia com ele. Expressou, simbolicamente, suas fantasias de abandono, que a terapeuta não iria se aproximar dele efetivamente, ficar com ele, além da sua baixa autoestima e depreciação.

Pedro trouxe, nesse período inicial, suas frustrações orais, possivelmente relacionadas às suas vivências de privação (pedidos de comida), seu medo de perder a ligação com a terapeuta (preocupações com o relógio, angústias relacionadas à perda do objeto). Aparecia também a sua identificação com um objeto parcial mau e fantasias de autodestruição e punição (brinquedo com a cobra na sessão 2).

Surge então a precariedade da organização do *self* do paciente, a falta de uma autoimagem minimamente integrada (olhava-se no espelho e não conseguia identificar o que via, identificar-se). A vivência de abandono em relação ao objeto também era trazida (dizia que a terapeuta não deixava que ele brincasse, preocupações com o tempo da sessão). Aos poucos, Pedro parecia desenvolver o início rudimentar de uma representação do objeto e elaboração da separação (brinquedo de esconde-esconde).

Pedro então expressou sua dificuldade de internalização do objeto, possivelmente relacionada às experiências frustrantes vividas com ele e a conseqüente raiva e agressividade (sessão 4, Anexo A). Ao mesmo tempo, identificava-se e introjetava esse objeto mau e perseguidor, sentindo-se como o “diabo”. Diante desses conteúdos, e da fragilidade do aparelho psíquico desse menino, desafiado a conter e metabolizar experiências que possivelmente tiveram para ele um caráter traumático, pode-se pensar nas

⁴ O relato mais detalhado das sessões de psicoterapia é apresentado no Anexo A.

limitações experimentadas na relação com as figuras de apego e na falta de uma função reflexiva adequada e capaz de promover a percepção dos próprios estados emocionais e os dos outros, contribuindo para a organização de um *self* coeso e integrado (Bateman & Fonagy, 2004, 2006; Fonagy et al., 2002a; Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003).

As limitações da capacidade de mentalização, nestes casos, caracterizados por distúrbios depressivos, poderia estar relacionada, então, não somente às dificuldades enfrentadas nas relações com as figuras de apego, mas também ao sofrimento, talvez insuportável, de identificar estados emocionais associados a experiências tão dolorosas vividas com tais figuras. Conquistar e preservar a capacidade de mentalização implica reconhecer os estados mentais subjacentes ao próprio comportamento e ao dos outros, inclusive das figuras de apego. Diante das situações vividas por Pedro, deparar-se com os sentimentos de desamparo, o seu e o dos seus cuidadores, era algo muito difícil no período inicial da psicoterapia.

Duas brincadeiras utilizadas por Pedro em suas sessões pareceram essenciais no processo de tentativa de desenvolvimento da função reflexiva e capacidade de mentalização, bem como no sentido de promover maior coesão do seu *self*: o brinquedo diante do espelho e o brinquedo com os jogos “Cara Maluca” e “Cara a Cara”, de montar rostos. Por meio desses brinquedos, Pedro se reconhecia gradativamente e identificava o que estava sentindo. Começa a falar de seus sentimentos: raiva, tristeza. Seus desenhos tornaram-se mais organizados, representou-se sobre um skate, desenhou sua família, representando sua realidade e identificando seus sentimentos diante dela. Pedro fazia movimentos no sentido de preencher as lacunas deixadas pela inexistência de uma função reflexiva minimamente suficiente, as lacunas do espelhamento oferecido pelos cuidadores que possibilitassem o desenvolvimento e a estabilidade da sua capacidade de mentalização

(Fonagy et al., 2002a; Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003; Holmes, 2006; Slade, 2005).

O brinquedo de Pedro se amplia e enriquece. Brinca de mãe e filho com a terapeuta, dramatizando situações de sua rotina diária. Expressava sua raiva e agressividade dirigida à terapeuta também, e tudo isso parece ter possibilitado que conseguisse começar a falar sobre sua realidade, a situação de prisão dos pais, as razões porque vivia na instituição de acolhimento (sessão 13).

Pedro trouxe, a partir da sessão 17, o desenho do Ben 10, personagem que tem um relógio com o qual se transforma em herói, em um menino forte. Parece que a relação com o relógio (com o tempo), presente durante todo o processo psicoterapêutico, e a possibilidade de articular uma narrativa da sua história de vida e sua situação atual, possibilitava-lhe aos poucos uma representação de si mesmo, do seu *self*. Representação mais integrada, menos depreciada, expressa na identificação com um super herói, alguém que tem algum poder e valor.

Tanto no caso de Pedro como no caso de Daniela, as mudanças observadas ao longo do processo psicoterapêutico pareceram resultar, mais do que da repetição e da interpretação transferencial, da construção de algo que eles não tiveram, não viveram antes. O foco nos processos psicológicos, mais do que nos conteúdos mentais, conforme preconizado pela abordagem terapêutica utilizada nesse estudo (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy & Bateman, 2003, 2006) pareceu constituir-se como uma via efetiva e promissora em termos do desenvolvimento de capacidades que lhes permitam enfrentar as vicissitudes das suas vidas e dos seus vínculos afetivos. Evidentemente, a continuidade da psicoterapia era necessária em ambos os casos possibilitando no futuro, quem sabe, a análise dos conteúdos mentais propriamente ditos, ou seja, a análise e a elaboração das suas dolorosas perdas e lutos.

A segunda aplicação do CDI demonstrou melhora expressiva nos indicadores de depressão. O levantamento do instrumento apontou apenas cinco pontos, ou seja, escore insignificante para a caracterização do quadro, sugerindo uma melhora dos sintomas apresentados no início da psicoterapia de Pedro.

A segunda aplicação do MCAST revelou indicadores de apego inseguro na maioria das vinhetas. Sua capacidade de mentalização ou pareceu limitada ou não pode ser identificada. Pedro ficou ansioso durante o procedimento. Os resultados do levantamento do instrumento refletiram a necessidade de Pedro continuar recebendo ajuda psicoterapêutica, o que foi assegurado para o menino.

Considerações Finais

Retomando os objetivos deste estudo, no que diz respeito à compreensão dos vínculos afetivos das crianças participantes, assinala-se que tanto Daniela como Pedro experimentam contextos muito parecidos de negligência e de violência. As duas crianças sofreram o rompimento dos seus vínculos afetivos de forma concreta no momento do acolhimento institucional, mas mesmo antes, vivenciaram a precariedade desses vínculos, em contextos negligentes e pouco acolhedores.

Pedro experimentou a privação materna, que Bowlby (1997, 1998, 2001) descreveu como a situação na qual uma criança não encontra uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe natural ou com uma mãe substituta. Os efeitos da privação variam de acordo com o grau da mesma. A privação parcial do objeto produz a angústia, a exagerada necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, em consequência, culpa e depressão, que resultam em distúrbios nervosos e em uma personalidade instável. A privação total, de acordo com o mesmo autor, tem efeitos maiores sobre o desenvolvimento da personalidade e pode mutilar totalmente a capacidade de estabelecer

relações com outras pessoas. Daniela parece ter experimentado uma privação parcial, na medida em que ainda mantinha um vínculo, mesmo que atravessado por importantes dificuldades, com suas figuras parentais. No caso de Pedro, a privação parecia ter sido mais abrangente, acarretando efeitos mais extensos sobre o seu psiquismo e (des)organização do *self*.

Tanto o pai de Daniela quanto o pai de Pedro foram ausentes: o da menina, ausente em relação aos cuidados básicos e também com relação ao afeto. O pai do menino porque sua ausência era concreta: estava preso e há anos pai e filho não tinham contato.

Nesse aspecto, que diz respeito aos vínculos das crianças com seus cuidadores primários é que talvez resida uma diferença crucial entre os dois casos, mais precisamente nas experiências que as crianças viveram antes da efetivação do rompimento concreto dos vínculos. Daniela, mesmo que tenha experimentado negligência e violência, teve vivências afetivas positivas, principalmente com a mãe. O pai da menina, apesar de não conseguir cuidar adequadamente dos filhos, não abria mão da sua guarda. Pedro, por outro lado, provavelmente não experimentou vivências afetivas positivas com a mãe, já que as evidências demonstraram suas limitações, tendo inclusive levado o menino ao abrigo, afirmando que não mais o queria. Com a ausência do pai de Pedro, a possibilidade do menino ter recebido afeto por parte dele é praticamente extinta.

Essa diferença entre as duas crianças, conforme suas vivências com as figuras de apego é que provavelmente determinou a gravidade do funcionamento depressivo de cada uma. Daniela parece saber o que perdeu e anseia por ter seus laços afetivos de volta. Segundo Bowlby (1998) “a depressão é um estado inevitável em que o comportamento se desorganiza, como ocorre depois de uma perda” (p. 258). Porém, mesmo com grande tristeza, a esperança ainda está presente. Winnicott (1982, 1999) também postulou a presença da esperança quando descreveu a deprivação, pois a criança que experimentou o

afeto e a proteção obtidos através dos cuidados maternos e os perdeu, ou seja, foi privada, busca resgatar esses cuidados, muitas vezes se utilizando dos próprios recursos para isso. Em Daniela ficou evidente sua busca por uma identidade, aproximando-se de pessoas mais velhas. Sua identificação com a personagem de Betty Boop, assim como seu comportamento sexualizado também poderiam ser compreendidas como tentativas de encontrar afeto, atenção, investimento.

As perdas de Pedro, por outro lado, parecem remeter para experiências que nunca foram vividas, mais do que para algo que se teve e foi perdido. Nos termos de Winnicott (1982, 1999), referem-se às privações experimentadas no estágio de dependência absoluta da criança.

Ainda assim, foi possível constatar que o processo terapêutico contribuiu para a diminuição dos sintomas ou indicadores de depressão nos dois casos, um dos objetivos desse estudo. De acordo com os indicadores da segunda aplicação do CDI, as duas crianças demonstraram significativa melhora dos sintomas de depressão após as 20 sessões de psicoterapia. Evidentemente que uma melhora nos sintomas não significa que os conflitos subjacentes a tais sintomas tenham sido elaborados e superados, mas significa, sem dúvida, um reordenamento importante na direção da integração e coesão do *self*.

Daniela e Pedro apresentavam indicadores de apego inseguro, provavelmente em consequência de uma função reflexiva empobrecida por parte dos cuidadores primários, assim como a inadequação de suas capacidades de mentalização. Esses prejuízos fomentavam nas crianças, em alguma medida, uma desorganização e desestruturação do *self*. Nesse sentido, o trabalho terapêutico foi direcionado para que elas se reconhecessem em suas mentes, no contexto de um *setting* acolhedor e seguro. Dessa forma, as crianças puderam expressar suas angústias, medos, frustrações e conflitos. Ainda que os resultados em termos de mudanças na capacidade de mentalização tenham sido mais restritos, foi

possível constatar um movimento no sentido de um *self* cuja organização mostrou-se mais coesa e integrada. Daniela e Pedro começavam a se tornar mais capazes de desenvolver uma narrativa articulada sobre seu presente e passado, reconhecendo os sentimentos associados às suas vivências, tais como raiva, tristeza, entre outros. As duas crianças, depois das 20 sessões que foram objeto de análise nesse estudo, conseguiam falar sobre suas mães de maneira mais crítica e realista.

A psicoterapia baseada na mentalização, portanto, pode significar uma possibilidade promissora para crianças que vivenciaram rompimento de vínculos afetivos, uma vez que age sobre suas representações mentais. Não é possível mudar a história vivida por essas crianças, mas é possível oportunizar uma ressignificação dessa história, da sua identidade, dos seus vínculos, promovendo maior autonomia e recursos para lidar com as adversidades da vida.

O procedimento de Estudos de Casos Múltiplos, utilizado nessa investigação, possibilitou uma compreensão aprofundada dos casos e constitui uma estratégia importante para a pesquisa clínica. Pesquisas em psicoterapia, ou sobre a psicoterapia, devem lançar mão desse dispositivo pela sua riqueza e possibilidades.

Evidentemente, a discussão aqui descrita não esgota a complexidade dos casos estudados. Estabeleceu-se um recorte, alicerçado no interesse dessa investigação, que era a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização na psicoterapia de crianças que abrigadas que apresentavam sintomas de depressão. Inúmeros outros aspectos dos casos poderiam ser abordados, compreendidos e discutidos. Outra limitação do estudo que deve ser assinalada é o pouco tempo de psicoterapia que se dispôs para fazer a análise das mudanças na capacidade de mentalização. A gravidade dos casos atendidos certamente demanda mais tempo de atendimento, o que foi assegurado para essas crianças. Novas

avaliações da capacidade de mentalização após mais tempo de psicoterapia certamente trariam novos e importantes elementos para sua compreensão.

Deve-se destacar a limitação causada pela disponibilidade de instrumentos para avaliar o apego e a capacidade de mentalização em crianças, e a conseqüente necessidade de adaptação de instrumentos desenvolvidos em outros contextos. Trata-se de um tema que deveria receber a atenção dos pesquisadores em futuros estudos.

Considera-se a necessidade e a importância de se desenvolver mais estudos com foco na capacidade de mentalização nas depressões da infância. A exploração desse constructo com populações infantis não clínicas também poderia contribuir para lançar luz sobre o mesmo.

Palavras Finais

Um estudo qualitativo, pautado na pesquisa-intervenção possui características muito positivas, pois possibilita o aprofundamento e a análise exaustiva de cada caso, ao mesmo tempo em que contribui para a saúde mental dos envolvidos. Por outro lado, seus resultados devem ser tomados com cautela, uma vez que dizem respeito à psicoterapia de poucos casos para permitir a generalização dos seus achados.

Acredita-se que essa pesquisa em psicoterapia, baseada na função reflexiva e na capacidade de mentalização, pode contribuir de alguma forma para a prevenção e o tratamento das patologias severas, decorrente da qualidade dos vínculos afetivos. Os resultados, embora não sejam passíveis de generalização, podem facilitar a compreensão de outros pacientes na clínica psicológica.

Por fim, a trajetória percorrida durante o Mestrado é única e como tal, requer muita dedicação e denota muita intensidade, em praticamente todos os aspectos envolvidos: na mobilização de recursos para o aprendizado e para a superação de dificuldades, no âmbito do trabalho e da prática clínica, na dedicação a algo da esfera sentimental e afetiva, de acordo com as escolhas e as possibilidades para tal empreendimento.

De tudo, o desejo é de contribuir com conhecimento para a comunidade científica e também para aqueles que possam ser beneficiados com tal construção, constituído ao longo do percurso e que esteve voltado a entender e analisar a repercussão do rompimento dos vínculos afetivos e a possibilidade de desenvolvimento de um modelo psicoterapêutico que pudesse amenizar os danos causados por tal rompimento. A psicoterapia baseada na mentalização, felizmente, pode contribuir com a diminuição do sofrimento psíquico e com a constituição de recursos operacionais subjetivos aos sujeitos pesquisados.

Referências

- Abaid, J. L. W. (2008). Vivências Adversas e Depressão: um estudo sobre crianças e adolescentes institucionalizados. Dissertação de Mestrado não publicada. UFRGS, RS.
- Abela, J. R. Z., Skitch, S. A., Auerbach, R. P., & Adams, P. (2005). The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Journal of Personality Disorders*, 19, 68-83.
- Aberastury, A. (1992). *Psicanálise da Criança – Teoria e Técnica*. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Alexandre, D. T., & Vieira, M. L. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia e Estudo*, 9(2), 207-217.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *The Handbook of Mentalization Based Treatment*. Publisher: John Wiley & Sons.
- Allonnes, C. R. (2004). Psicologia Clínica e Procedimento Clínico. Em: C. R. d'Allonnes e col. (org.). *Os Procedimentos Clínicos nas Ciências Humanas: documentos, métodos, problemas* (pp. 17-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- American Psychiatric Association – APA. (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed.
- Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12, 419-428.
- Angerami-Camon, V. (2002). Criança também se autodestrói. *Viver Psicologia*. São Paulo: Segmento, ano 11(116) p.14.
- Auger, R. W. (2005). School-Based Interventions for Students with Depressive Disorders. *Professional School Counseling*, 8, 344-352.
- Bahls, S. C. (2000). Uma visão geral sobre a doença depressiva. *Interação*, 4, 61-73.

- Bahls, S. C. (2002). Aspectos Clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78, 359-366.
- Bahls, S. C., & Bahls, F. R. (2003). Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 20(2), 25-34.
- Bailey, M. K., Zauszniewski, J. A., Heinzer, M. M., & Hemstrom-Krainess, M. (2007). Patterns of depressive symptoms in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(2), 86-95.
- Bandim, J. M., Sougey, E. B., & Carvalho, T. F. R. (1995). Depressão em Crianças: Características demográficas e sintomatologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (1), 27-32.
- Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5), 253-255.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187-211.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Blatt-Eisengart, I., Drabick, D. A., Monahan, K. C., & Steinberg, L. (2009). Sex differences in the longitudinal relations among family risk factors and childhood externalizing symptoms. *Developmental Psychology*, 45(2), 491-502.
- Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados (Second thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1967).
- Bion, W. R. (1997). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós. (Original

- publicado em 1962).
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e Perda. Vol. 1. Apego. A natureza do vínculo*. (2. ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos*. (3. ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998). *Apego e Perda. (Vol 3). Perda. Tristeza e Depressão*. (2.Ed). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente Publicado em 1973).
- Bowlby, J. (2001). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente Publicado em 1976).
- Brajsa-Zganec (2005). The long-term effects of war experiences on children's on the Republic of Croatia. *Child Abuse & Neglect*, 29 (1), 33-43.
- Cabrera, P., Urrutia, B., Vera, V., Alvarado, M., & Vera-Villaruel, P. (2005). Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 115-123.
- Calderaro, R. S. S., & Carvalho, C. V. (2005). Depressão na Infância: um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*. 10 (2), 181-189.
- Calvillo, M. E. N. (2004). Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Reflexiones*, 83, 107-120.
- Castro, E. K. (2003). Depressão em Crianças com doenças crônicas. *Aletheia*, 17, 31-39.
- Chorney, D.B., Detweiler, M.F., Morris, T.L., & Kuhn, B.R. (2008). The interplay of sleep disturbance, anxiety and depression in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 339-348.

- Cole, D. A., Tram, J. M., Martin, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F. M. & Maschman, T. L. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: a longitudinal investigation of parent and child reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 156-165.
- Coutinho, M. P. L., & Ramos, N. (2008). Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: um estudo transcultural. *Psico*, 39(1). 23-27.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2003). Depressão Infantil: uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia escolar educacional*, 7 (1), 77-84.
- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2008). Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30 (1), 0-0.
- Dell'Aglio, D. D., Borges, J. L., & Santos, S. S. dos. (2004). Eventos estressores e depressão em adolescentes do sexo feminino. *Psico*, 35 (1), 43-50.
- Dell'Aglio D.D. & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 17: 351-7.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11.
- Dutra, E. M. (2001). Depressão e suicídio em crianças e adolescentes. *Mudanças*, 9(15), 27-35.
- Efron, A. M., Fainberg, E., Kleiner, Y, Sigal, A. M., & Woscoboinik, P. (2003). A hora de jogo diagnóstica. Em: Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., Piccolo, E. G. & col. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. p. 163-201, São Paulo: Martins Fontes.
- Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. (2003). Suicídio na infância: será a perda da inocência? *Psicologia Argumento*. 21(35), 39-46.

- Finzi, R.; Ram, A., Shnit, D., Har-Even, D., Tyano, S., & Weizman, A. (2008). Comorbid Depression and ADHD in Children and Adolescents. *Psychiatric Times*, 30(6), 112-126.
- Fischer-Kern, M., Tmej, A., Kapusta, N. D., Naderer, A., Leithner-Dziubas, K., Loffler-Staska, H., & Springer-Kremser, M. (2008). The capacity for mentalization in depressive patients: a pilot study. *Z Psychosom Med Psychoter*; 54(4): 368-380.
- Fonagy, P. (1999). Persistências transgeracionais del apego: Uma nova teoria. *Revista de Psicoanalysis. Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Disponível em <http://www.aperturas.org/23fonagy.gtml>. (Acesso em 29/11/2007).
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Revista de Psicoanalysis. Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Disponível em <http://www.aperturas.org/4fonagy.html>. (Acesso em 29/11/2008).
- Fonagy, P. (2003). The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*. 29(20), 129-136.
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. In: J. Allen & P. Fonagy. *The handbook of mentalization based treatment*. Publisher: John Wiley & Sons, 53-99.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 187-211.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62 , 411-430.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 83-101.

- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflexive function: Their role in self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002a). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002b). *What Works for Whom? A critical review of Treatments for Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Franco, M. H. P., & Mazorra, L. (2007). Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos Psicologia*, 24 (4), 503-511.
- Freud, S. (1996). Luto e Melancolia. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, (J. Salomão, trad., Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
- Gladstone, T. R. G., & Beardslee, W. R. (2009). The Prevention of Depression in Children and Adolescents: A Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (4), 212-221.
- Goldberg, J. F. (2007). What Constitutes Evidence-Based Pharmacotherapy for Bipolar Disorder? *The Journal of clinical psychiatry*, 68, (12), 1982-1983.
- Gonzales Hernandez, Y. R. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidad en Psicología*, 20, 22-44.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Green, J., Stanley, C., Smith, V., & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & Human Development*, 2(1), 48-70.

- Grote, N. K., & Frank, E. (2003). Difficult-to-treat depression: the role of contexts and comorbidities. *Biological Psychiatry*, 53, 660-70.
- Hazell, P. (2009). Depression in children and adolescents. *Clinic Evidence*, 7. 0-0.
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new? In: J. Allen & P. Fonagy. *The handbook of mentalization based treatment*. Publisher: John Wiley & Sons, 31-50.
- Horn, H., Geiser-Elze, A., Reck, C., Hartmann, M., Stefani, A., Victor, D., Winkelmann K., & Kronmüller, K.-T. (2005). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, *Vandenhoeck & Ruprecht*, 54(7), 578-597.
- Ito, L. M., & Lotufo Neto, F. (2000). Teorias cognitivo-comportamentais, interpessoal e construtivista. Em B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fraguás Jr. e E. C. Miguel, (Org's). *Depressão no Ciclo da Vida* (pp. 82 – 91). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Jureidini J. (2009). How do we safely treat depression in children, adolescents and young adults? *Medicine National Institutes of Health*, 32 (4), 275-282.
- Kessler, R. C, Avenevoli S, & Ries Merikangas K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biologic Psychiatry*, 49, 1002-1014.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self system and depressive symptoms among maltreated an non – maltreated children. *Child Development*, 77, 624-639.
- Kovács, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Kovács, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kovács. M. J. (1992). *Children Depression Inventory CDI: Manual*. New York: Multi-Health Systems.

- Kovács, M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical manual update*. Toronto: Multhi-Health Systems Inc.
- Kuczynski, E., Marcolin, M. A., & Assumpção JR., B. A. (2001). Atualização sobre o tratamento de depressão na infância e adolescência. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria Biológica*, 45(9), 46-51.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L. & Mermelstein, R. (2007) Cognitive theories of depression in children and adolescents: a conceptual and quantitative review. *Clinic Child Family Psychology Review*, 10(1), 1-24.
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 11-20.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2009). *Infância e Psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed, 7ª Edição.
- Margetic, B., Aukst – Margetic, B., Bilic, E., Jelusic, M., & Tambic Bukovac, L. (2005) Depression, anxiety and pain in children with juvenile idiopathic arthritis (JIA). *European Psychiatry*, 20 (3), 274-276.
- Marty, P. (1991). *Mentalization et psychosomatique*. Paris: Laboratoire Delagrande.
- Mehler-Wex, C., & Kölch, M. (2008). Depression in children and adolescents. *Deutch Arztebl Int*, 105 (9), 149-155.
- Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 22 (2), 247-269.
- Morrow, M. T., Hubbard, J. A., McAuliffe, M. D., Rubin, R.M., & Dearing, K. F. (2006). Childhood aggression, depressive symptoms, and peer rejection: The mediational model revisited. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 240-248.

- O'Connor, M. J., & Paley, B. (2006). The relationship of prenatal alcohol exposure and the postnatal environment of child depressive symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, (31) 1, 50-64.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). Violence and health. Geneva, Suíça: *World Health Statistics Quarterly do World Health Organization*, 1993.
- Palacio Espasa, F. P., & Dufor, R. (1997). *Diagnóstico Estrutural na Infância*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parreira, S. M. C. P., & Justo, J. S. (2005). A criança abrigada: considerações acerca do sentido da filiação. *Psicologia e Estudo*, 10, (2), 175-180.
- Perera, H. (2008). Depression in children and adolescents. *Ceylon Medicine Journal*, 53(2), 65-7.
- Ramires, V. R. R., Benetti, S. P. C., Silva, F. J. L., & Flores, G. G. (2009a). Saúde Mental de Crianças no Brasil: uma revisão de literatura. *Interação em Psicologia*. No prelo.
- Ramires, V. R. R., Passarini, D. S., Flores, G. G., & Santos, L. G. (2009b). Fatores de risco e problemas de saúde mental em crianças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. No prelo.
- Reis, R. L. R., & Figueira, I. L. V. (2001). Transtorno depressivo na clínica pediátrica. *Revista Pediatria Moderna*, 37, 212-222.
- Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Exigência e responsividade parental como preditores de depressão em adolescentes no sul do Brasil. *Avaliação Psicológica*, 3, 175-184.
- Ribeiro, K. C. S., Oliveira, J. S. C., Coutinho, M. P. L., & Araújo, L. F. (2007). Representações sociais da depressão no contexto escolar. *Paidéia*, 17 (38), 417-430.
- Rodríguez de Cossío, A. & Granada Jiménez, O. (2007). Transtornos depresivos em la infancia y adolescencia. *Revista Clinica Medicina da Familia*; 1(6): 270-276.

- Rotondaro, D. P. (2002). Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 3, 8-13.
- Runyon, M. K., Faust, J., & Ovaschel, H. (2002). Differential symptom pattern of post-traumatic stress disorder in maltreated children with and without concurrent depression. *Child Abuse e Neglect*, 26, 39-53.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. In: J. Allen & P. Fonagy. *The handbook of mentalization based treatment*. Publisher: John Wiley & Sons, 101-122.
- Slade, A. (2005). Parental reflexive functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269-281.
- Suveg, C., Hoffman, B., & Thomassin, K. (2009). Common and specific emotion-related predictors of anxious and depressive symptoms in youth. *Child Psychiatry Human Development*, 40(2), 223-239.
- Scivoletto, S., & Tarelho, L. G. (2002). Depressão na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(8), 555-557.
- Silva, E. R. (2004). *O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília: IPEA/CONANDA.
- Son, S.E., & Kirchner, J.T. (2000). Depression in children and adolescents. *American Family Physician*, 62, 2297-2308.
- Trevisan, J. (2004). Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(3), 319-328.

- Varley, C. K. (2006). Treating depression in children and adolescents: what options now? *Medicine National Institutes of Health*, 20(1), 1-13.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 10-12(49), 367-382.
- Wagner, K. D., Jonas, J., Findling, R. L., Ventura, D., & Saikali, K. (2006). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of escitalopran in the treatment of pediatric depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 280-288.
- Wasliick, B., Schoenholz, D., & Pizarro, R. (2003). Diagnosis and treatment of chronic depression in children and adolescents. *Journal Psychiatric Practice*, 9(5), 345-366.
- Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I. M., Churchill, R., & Furukawa, T. A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 84-95.
- Wathier, J. L., & Dell'Aglio D. D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 305-314.
- Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7, 75-84.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 132-149.
- West, A., & Salmon, G. (2000). Bullying and depression: A case report. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4, 73-75.

- Winnicott, D. (1982). *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1999). *Privação e Delinqüência*. (Trad. Álvaro Cabral, sob revisão de Mônica Stahel), (3º Ed). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1956).
- Yin, R. (2005). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. (3ª. ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zavaschi, M. L. S., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P., & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, (4), 189-195.

Anexo A – Relatório de Pesquisa

Como foi visto acima, este estudo buscou explorar os benefícios da psicoterapia baseada na mentalização com crianças que se encontravam em situação de acolhimento institucional e que apresentavam sintomas ou indicadores de depressão. O referencial teórico que fundamentou a pesquisa foi apresentado nas seções 1 e 2 dessa dissertação.

Os objetivos do estudo foram formulados da seguinte forma:

- Avaliar a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização no processo terapêutico de crianças abrigadas e que apresentam sintomas ou indicadores de depressão.
- Avaliar se o processo terapêutico baseado na mentalização contribui para a diminuição dos sintomas ou indicadores de depressão.
- Analisar e compreender as características dos vínculos afetivos constituídos entre crianças em situação de abrigo com sintomas ou indicadores de depressão e seus cuidadores.

1. Método

Delineamento

Esta pesquisa seguiu a abordagem qualitativo-exploratória e adotou o procedimento de Estudos de Casos Múltiplos, proposto por Yin (2005). Esse procedimento possibilita a análise exaustiva e aprofundada de um número determinado de casos, ilustrativos do fenômeno que se pretende investigar. Segundo Allones (2004), tal modelo mostra-se particularmente rico e apropriado para as pesquisas clínicas.

Participantes

Os participantes foram duas crianças, com idades de 7 e 9 anos, as cuidadoras do abrigo e a diretora dessa instituição. Cada criança, juntamente com os cuidadores e pessoas que prestaram informações sobre sua história e situação atual foi considerada um caso. As duas crianças estavam em regime de acolhimento institucional há mais de seis meses na mesma instituição e faziam parte de uma lista de espera para atendimento psicoterapêutico na rede de saúde pública em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. O encaminhamento para atendimento psicológico se deu a partir dos indicadores de depressão que as crianças manifestavam, além das dificuldades escolares e de relacionamento com outras crianças, professores e cuidadores no abrigo. Os critérios de exclusão foram: estar em processo de adoção ou estar em processo de retorno para a família (neste caso, em vias de desligamento do abrigo).

A tabela a seguir resume a identificação dos dois casos estudados:

Tabela 1. Identificação das crianças participantes dos Estudos de Caso

	Caso 1	Caso 2
Sexo	feminino	masculino
Idade	9 anos	7 anos
Escolaridade	3º ano fundamental	1º ano fundamental

Procedimentos Éticos

Este projeto faz parte de um estudo intitulado “Vínculos afetivos, função reflexiva e capacidade de mentalização em crianças e adolescentes que enfrentaram transições familiares altamente conflitivas”, em desenvolvimento pelo grupo de pesquisa de Avaliação e Intervenção em Psicologia Clínica, vinculado à linha de pesquisa “Clínica da Infância e da Adolescência” do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Unisinos.

Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos e aprovado, de acordo com a Resolução 036/2006. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é apresentado no anexo B.

Todos os cuidados éticos foram respeitados, priorizando-se o bem-estar das crianças participantes. A participação poderia ser interrompida a qualquer momento, por qualquer uma das crianças. Também foi respeitada a disponibilidade das cuidadoras em realizar as entrevistas. Encaminhamentos paralelos que fossem requeridos seriam feitos (avaliação e acompanhamento psiquiátrico, acompanhamento psicopedagógico, acompanhamento médico etc.). As crianças que continuassem necessitando e desejando o atendimento após o período de 5 meses previsto pelo projeto de pesquisa teriam assegurados esses atendimentos e a continuidade do tratamento, junto ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), serviço público da cidade de Lajeado, RS. As cuidadoras que necessitassem de acompanhamento seriam devidamente encaminhadas. Sendo assim, ao final do processo de pesquisa, foi dada continuidade aos atendimentos psicoterapêuticos no CREAS.

Procedimentos preliminares ao desenvolvimento da pesquisa

Inicialmente foi realizado o contato com a instituição de abrigo para a apresentação e esclarecimento da proposta de pesquisa, clareando os objetivos do projeto e verificando a possibilidade de atendimento de crianças que tivessem indicação para psicoterapia e que apresentassem as características que se buscava analisar. Nesta ocasião foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo B) pela responsável pelo abrigo.

As crianças que apresentavam as características que se buscava analisar e tinham indicação para psicoterapia foram entrevistadas e consultadas sobre sua disposição em realizar a psicoterapia e participar da pesquisa.

Procedimentos de Coleta de Dados

Inicialmente, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (questões norteadoras no Anexo C) com a responsável pela instituição de abrigo e com as cuidadoras, para o levantamento de quaisquer informações relevantes sobre as crianças e sua história de vida e, quando possível, sua Anamnese (história de vida e história clínica). Também foi realizada uma entrevista com a terapeuta familiar do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que atendia a família de uma das crianças participantes. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, sob autorização.

Em seguida, foram realizadas entrevistas de avaliação com as crianças sob a forma de Hora do Jogo e posteriormente a aplicação dos instrumentos. A instituição de abrigo encaminhou três crianças para a avaliação, porém uma delas não atingiu o escore indicativo para a classificação da presença ou severidade de depressão, e, portanto, não foi considerada um caso para a pesquisa. As outras duas crianças apresentaram indicadores de depressão e foram convidadas a participar do estudo. A avaliação seguiu da seguinte forma:

Avaliação dos indicadores de depressão e da capacidade de mentalização

Instrumentos

- Hora de Jogo com as crianças - entrevista lúdica com as crianças, de acordo com suas idades e características, conforme Aberastury (1992) e Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal e Woscoboinik (2003). Essa entrevista foi realizada com o objetivo principal de estabelecer

uma aproximação inicial das crianças participantes, conhecê-las e oferecer uma oportunidade para que conhecessem a terapeuta, até se sentirem à vontade para o prosseguimento com os demais instrumentos.

- *Children's Depression Inventory (CDI)* - o CDI vem sendo descrito como o instrumento mais utilizado, em nível internacional, para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes, tanto no âmbito da clínica como no da pesquisa (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008). O CDI foi criado por Kovács (1983, 1985, 1992, 2003), partindo de uma adaptação do *Beck Depression Inventory*, para adultos (BDI). Composto por 27 itens, é descrito como psicometricamente satisfatório em diversos países. O objetivo do CDI é verificar a presença e a severidade de sintomas de depressão em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, a partir do seu auto-relato. Cada item possibilita três alternativas de resposta, em que o participante escolhe aquela que descreve melhor o seu estado no período atual, sendo que cada resposta possui um valor correspondente que varia de 0 a 2 pontos (alternativa a=0, alternativa b=1 e alternativa c=2). O somatório total dos valores das respostas fornece o escore necessário para a classificação dos sintomas da depressão em crianças, sendo que a primeira alternativa refere-se à normalidade, a segunda à severidade dos sintomas e a terceira à enfermidade clínica mais significativa. O ponto de corte proposto pelos autores, indicativo de depressão é 14 pontos para meninos e 16 pontos para meninas (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008). No Brasil, o CDI tem sido usado em pesquisas que abordam a depressão em crianças e adolescentes. Foi adaptado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), em estudo com 305 jovens paraibanos de oito a 15 anos. Posteriormente, suas propriedades psicométricas foram verificadas por Wathier, Dell'Aglio e Bandeira (2008) em uma amostra de 951 crianças e adolescentes com idades entre 7 e 17 anos da região sul do Brasil, sendo que 634 viviam com suas famílias e 317 em instituições. As autoras encontraram uma composição trifatorial e um alfa de Cronbach de

0,85; evidenciando boa consistência interna. A aplicação desse instrumento foi realizada em dois momentos: na avaliação, antes do início da psicoterapia, e após a realização das sessões de psicoterapia, com o objetivo de avaliar se houve alteração nos sintomas ou indicadores de depressão (Anexo D).

- Manchester Child Attachment Story Task – MCAST – foi utilizada uma adaptação do instrumento proposto por Green, Stanley, Smith e Goldwyn (2000), criado para avaliar as representações internas dos relacionamentos de apego de crianças em início de idade escolar. O instrumento é composto por seis vinhetas e sua aplicação dura, aproximadamente, 30 minutos. A criança é solicitada a completar histórias e, para construir suas narrativas, escolhe um boneco que a represente e outro que represente o cuidador. A análise das histórias produzidas (proposta pelos autores do instrumento) inspira-se tanto na análise do comportamento da criança pequena no procedimento da Situação Estranha como na análise do discurso na *Adult Attachment Interview* (AAI). Os autores partem do pressuposto de que o conteúdo das narrativas da criança ao completar as histórias será passível de uma análise similar àquela decorrente de observações diretas do comportamento de apego de crianças pequenas e que, da mesma forma, a estrutura da sua narrativa pode ser analisada adaptando as técnicas de Main e Goldwyn na AAI, fornecendo informações acerca de como a criança está começando a processar sua experiência nas suas representações internas dos relacionamentos. Green et al. (2000) propõem, para cada vinheta, uma classificação de 33 códigos, cada um recebendo uma escala que varia até nove. As classificações se situam em quatro grandes grupos: “comportamentos relacionados ao apego”, “coerência da narrativa”, “fenômenos desorganizados” e “capacidade de mentalização, afeto predominante e conteúdo bizarro”. O instrumento permite, portanto, avaliar a capacidade de mentalização da criança, que é solicitada a descrever os sentimentos e pensamentos dos personagens que representam ela mesma e os

cuidadores. De acordo com o estudo dos autores, o instrumento evidenciou boa confiabilidade e validade de conteúdo. Neste estudo foi realizada uma análise qualitativa do conteúdo das histórias produzidas pelas crianças, baseada nas categorias publicadas pelos autores. Esse procedimento foi realizado em dois momentos: na avaliação, antes do início da psicoterapia e após sua realização, com o objetivo de avaliar se houve alteração na capacidade de mentalização da criança (detalhes sobre a adaptação realizada para aplicação do instrumento e sua análise encontram-se descritos no Anexo E).

O CDI e o MCAST, como foi dito acima, foram aplicados em duas etapas distintas do processo de pesquisa: no início da psicoterapia e ao final das sessões previstas. A primeira aplicação tinha o objetivo de verificar a presença de indicadores de depressão e também analisar indicadores do estilo de apego e da capacidade de mentalização das crianças. Na segunda aplicação dos instrumentos, o interesse foi analisar possíveis mudanças quanto aos indicadores de depressão e da capacidade de mentalização das crianças participantes. Entre a primeira e a segunda aplicação dos instrumentos, foi realizada a psicoterapia, conforme detalhado adiante.

A seguir, a tabela 2 sintetiza o número de sessões realizadas nos dois estudos de caso, incluindo os encontros de avaliação, pré e pós-processo terapêutico:

Tabela 2. Síntese do processo de coleta de dados*

	NÚMERO DE SESSÕES REALIZADAS	
	CASO 1 (Daniela)	CASO 2 (Pedro)
Hora do Jogo + Aplicação CDI	1	1
Aplicação MCAST	1	1
Psicoterapia	20	23
Aplicação CDI	1	1
Aplicação MCAST	1	1
TOTAL DE SESSÕES REALIZADAS	24	27

* Nesta síntese, não foram incluídas as faltas às sessões psicoterapêuticas.

Psicoterapia

As crianças foram atendidas em psicoterapia, portanto, durante 20 sessões no caso 1 e 23 no caso 2 o que, somando-se às sessões de avaliação inicial e final, totalizou um período em torno de seis meses. Todas as sessões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Relatos complementares, descrevendo a linguagem não-verbal durante as sessões, assim como as impressões da terapeuta ao final de cada atendimento, também foram realizados.

O foco nas sessões de psicoterapia seguiu os princípios que norteiam a psicoterapia baseada na mentalização (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2003; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Bateman, 2007). Essa estratégia psicoterápica busca estabilizar a estrutura do *self* através do desenvolvimento de representações internas estáveis. Busca também capacitar o paciente a estabelecer relacionamentos mais seguros e auxiliá-lo a identificar e expressar apropriadamente o afeto (porque a estrutura do *self* é desestabilizada no contexto da desordem e da agitação emocional vivenciadas em contextos caracterizados por altos níveis de conflito, de maus tratos, de abandono) (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Bateman, 2003; Fonagy & Bateman, 2006). Os conceitos que fundamentam essa modalidade de psicoterapia e as características principais do seu processo foram apresentados na seção II.

Procedimentos de Análise dos Dados

Os passos seguidos para a análise dos dados foram estabelecidos com base no modelo de proposições teóricas de Yin (2005):

1º. Passo: Todas as entrevistas e sessões psicoterapêuticas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas;

2º. Passo: Os dados coletados através dos instrumentos foram interpretados e analisados com base nas instruções correspondentes;

3º. Passo: Foi realizada uma descrição abrangente de cada caso, identificando os **aspectos relevantes relativos ao abrigoamento de cada criança e as situações de rompimento de vínculos experimentados** por elas; uma **síntese do processo psicoterapêutico**, identificando especialmente as seguintes categorias: **“percepção do próprio funcionamento mental”, “percepção e identificação dos sentimentos e pensamentos das outras pessoas” e “representação do self”**; e identificando a **capacidade de mentalização** no início da psicoterapia e depois dos seis meses de atendimento). Também foram analisados aspectos relativos aos **indicadores de depressão** e a evolução destes, ao longo da psicoterapia;

4º. Passo: Foi utilizada a técnica de Construção da Explicação (Yin, 2005), com o objetivo de analisar exaustivamente os dados de cada Estudo de Caso e construir uma explicação sobre o mesmo. Todos os dados (sessões de psicoterapia e instrumentos) e resultados foram integrados na compreensão geral das hipóteses acerca da capacidade de mentalização e sua evolução ao longo da psicoterapia;

5º. Passo: Foi utilizada a técnica de Síntese de Casos Cruzados (Yin, 2005), com o objetivo de confrontar os resultados obtidos na análise de cada caso em particular, identificando convergências e divergências e buscando, desta forma, evidências que auxiliem a identificar ou não a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de mentalização no processo psicoterapêutico.

O material das sessões de psicoterapia também foi analisado, especificamente, no que diz respeito à função reflexiva e à capacidade de mentalização, e como se evidenciavam ou não no decorrer dessas sessões. Essa análise foi feita pela própria terapeuta e pesquisadora, assim como a primeira e a segunda etapa da aplicação dos

instrumentos. Este procedimento foi apoiado pela técnica psicanalítica e teve o suporte das supervisões e ainda das discussões realizadas no grupo de pesquisa. Durante a realização das sessões de psicoterapia, seu material foi supervisionado nos moldes da supervisão de psicoterapia psicanalítica, priorizando-se a compreensão do estado mental das crianças e o atendimento da sua demanda. Somente num segundo momento, este material foi retomado para ser examinado tendo em vista as categorias de análise estabelecidas para o estudo.

2. Resultados e Discussão

A Tabela 3 apresenta o quadro geral de informações dos casos participantes da pesquisa:

Tabela 3. Apresentação geral dos casos:

	<i>CASO 1: Daniela</i>	<i>CASO 2: Pedro</i>
Idade*	9 anos	7 anos
Sexo	Feminino	Masculino
Pai	Pedreiro (?)	Presidiário
Mãe	Presidiária	Presidiária
Tempo de Abrigamento	1 ano e 9 meses	2 anos e 3 meses
Contato com familiares	Avó, tios, pai	Tia (de vez em quando)
Motivo da prisão dos pais	Mãe: tráfico	Mãe: tráfico Pai: tráfico e assalto
Destituição do poder familiar	Mãe: destituída Pai: não destituído	Mãe: não destituída Pai: destituído
Irmãos	3 irmãos menores (única menina)	3 irmãos (ele é o terceiro e único menino)

* A idade dos participantes corresponde à idade na chegada ao local de atendimento.

A seguir, apresentam-se cada um dos dois casos participantes do estudo. Os nomes das crianças foram modificados para a preservação de suas identidades.

Caso 1: *Daniela, A Betty Boop...*

Betty Boop tem um jeito de garota independente e provocadora,
sempre com as pernas de fora...

Por sua sensualidade e seu fascínio imanente, ela transcendeu a fama...

Foi censurada por afronta à moral e aos bons costumes...

Pelo ar de sensualidade, Betty continua popular...

Betty é uma mulher tentadora, com suas pernas desnudas, seus decotes atraentes, os lábios formando um biquinho convidativo, os olhos transpirando ao mesmo tempo malícia e inocência...

(A História de Betty Boop. Origem: Wikipédia)

Daniela era uma menina de 9 anos quando foi realizada sua avaliação. Possuía três irmãos, sendo que ela era a filha mais velha. As quatro crianças residiam no abrigo há quase dois anos quando a avaliação foi iniciada, já que a mãe foi destituída do poder familiar por ter se envolvido com tráfico e uso abusivo de drogas e, em consequência disso, ter sido detida em um presídio de Porto Alegre. O pai ainda possuía a guarda das crianças, mas só tinha contato com elas nos finais de semana, quando as buscava no abrigo ou quando tinham acompanhamento com a terapeuta familiar, através do CREAS (anteriormente denominado Serviço Sentinela), durante uma hora, semanalmente.

O encaminhamento ao CREAS se deu porque havia denúncias de vizinhos ao Conselho Tutelar de que mesmo antes da prisão da mãe, as crianças ficavam sozinhas em casa e/ou pela rua durante o dia. O pai e a mãe haviam sido denunciados, ela por relatos de prostituição e abandono das crianças e ele por relatos de assistir a filmes pornográficos e de lutas violentas na presença das quatro crianças. Além disso, o pai fazia uso abusivo de

álcool e agredia constantemente a mãe. Segundo a diretora do abrigo onde as crianças estavam, a situação delas ainda estava “em suspenso” (sic), pois “vieram para um almoço, trazidos pelo Conselho Tutelar e estão no abrigo até hoje” (sic).

Diante da prisão da mãe e do fato do pai alegar ter que trabalhar e não conseguir vagas em creches ou na escola para as crianças, o Poder Judiciário, na ocasião, decidiu que elas ficariam no abrigo provisoriamente, até que se ajustassem essas questões. Entretanto, a situação familiar havia se mantido instável até aquele momento (quase 2 anos depois) e a consequência disso era que as crianças continuavam abrigadas, sem previsão de retorno à casa do pai. Também não havia qualquer deliberação judicial para uma possível adoção legal das mesmas.

O pai se apresentava, profissionalmente, como pedreiro. Porém, segundo a diretora do abrigo, a situação financeira do pai não condizia com o trabalho que ele afirmava exercer, já que a casa onde morava era uma boa casa, assim como todos os outros bens, que pareciam ter sido adquiridos com renda acima daquela apresentada por ele. Outras evidências, como ficar em casa durante a semana, não apresentar vocabulário comum entre os empregados da construção civil e, por outro lado, demonstrar muito conhecimento sobre drogas ilícitas e o comércio ilegal destas, pareciam apontar que ele também praticava o tráfico de drogas, mas estas eram “apenas suspeitas”, de acordo com as informações concedidas em entrevista pela diretora do abrigo.

A diretora ainda relatou que, nos finais de semana, um dos cuidadores das crianças as levava para a casa do pai, porém, muitas vezes, chegando lá, ele tinha que voltar porque não havia na casa quem as recepcionasse ou se responsabilizasse por elas. Quando o pai era questionado acerca de por que não estava em casa para receber os filhos, respondia que havia precisado fazer algum serviço (mesmo sendo no final de semana) e que não possuía

créditos em seu telefone celular para avisar o abrigo, a fim de que este não os trouxesse para sua casa.

Ainda segundo a diretora do abrigo, a mãe das crianças “vivia na rua” (sic) e pouco ficava com os filhos. Muito tempo antes de as crianças serem abrigadas, a mãe fazia uso de drogas. Foi internada e encaminhada ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas não aderiu ao tratamento oferecido. Teve várias recaídas, até ser presa por tráfico de drogas. Nos primeiros tempos de prisão, ela ligava todos os dias para o abrigo, mas como se envolveu em brigas com outras detentas, teve que ficar isolada por mais de um mês e seu acesso ao telefone foi perdido. Ela é usuária de crack e de bebidas alcoólicas. Com o dinheiro que ganhava com o tráfico, conseguia comprar as drogas.

O pai continuava afirmando que não queria perder a guarda judicial dos filhos. Entretanto, não tomava qualquer atitude para estar realmente com eles, como por exemplo, organizar os cuidados necessários, desde providenciar escola e creche para eles, garantir a presença de cuidados afetivos, alimentares etc. Conforme o relato da diretora do abrigo, as crianças estavam “criando vínculos institucionais”, ou seja, estavam se “institucionalizando”, já que o tempo de permanência estava excedendo ao preconizado para um local que deveria funcionar como “lugar de passagem” e não de permanência de crianças e adolescentes.

As possibilidades para este caso seriam de vincular estas crianças a algum parente próximo, que pudesse se responsabilizar integralmente por elas ou inseri-las em famílias substitutas, ou seja, a adoção. Estas duas possibilidades, por hora, estavam descartadas, pois a família não possuía vínculos de parentesco próximos e com pessoas que pudessem se responsabilizar pelas crianças. Na segunda hipótese, havia o entrave judicial para encaminhá-las para a adoção, já que o pai ainda era detentor do poder familiar. Muitas vezes, quando as crianças visitavam o pai nos finais de semana, elas eram cuidadas por

uma vizinha, que tinha parentesco distante com a mãe e que não funcionava como cuidadora estável e de referência para as crianças. A outra questão, apontada pela diretora era que, quanto mais o tempo passava, mais difícil se tornava a adoção, já que as crianças estavam cada vez maiores.

Em entrevista concedida pela cuidadora de Daniela no abrigo, esta relatou que a menina não se saía bem na escola (estava na terceira série). Apresentava dificuldades de aprendizagem e na relação com colegas. No abrigo, foi flagrada pela cuidadora beijando um menino na boca, no banheiro e conforme o relato desta, “vive enviando e recebendo cartas de amor” (sic) de meninos da escola e do projeto que frequenta no contra turno. A cuidadora ainda relatou que o conteúdo das cartas e da fala de Daniela era “pesado” (sic) demais para sua idade. Além disso, seu comportamento sexualizado preocupava a “tia” (cuidadora) que precisava estar “sempre de olho” (sic), indo muito além do que ela entendia como normal para a idade. Daniela também apresentava variações de humor, sendo que, por vezes, parecia gostar de ouvir músicas e cantar e em outros momentos, se isolava e não “queria ter contato com ninguém” (sic).

No abrigo, ela se relacionava mal com as outras crianças, rejeitava crianças menores e preferia se relacionar com uma moça de 18 anos que também morava no abrigo. Daniela parecia confiar apenas em sua cuidadora, pois era a única para quem ela tinha coragem de perguntar algumas coisas relacionadas ao seu corpo ou pedir ajuda. Por outro lado, a cuidadora relatou que havia algumas coisas, relacionadas ao final de semana na casa do pai, por exemplo, que quando questionada, ela dizia não “ter nada para contar” (sic). A diretora do abrigo acreditava que Daniela “se tornou adulta antes do tempo”, pois soube que a menina, antes de ser abrigada, subia em um banquinho para fazer a comida para os irmãos e para o pai, o que poderia sugerir que assumia um papel materno, inadequado e além das possibilidades e capacidades da menina.

Em entrevista com a terapeuta familiar que atendia as crianças no CREAS, foi relatado que os objetivos dos atendimentos eram de monitorar e acompanhar a relação das crianças com o pai, possibilitando e estimulando que ele cuidasse e se responsabilizasse por elas. A terapeuta relatou que o pai é um homem que “intimida” pela fala. Afirma assumir suas responsabilidades, porém não as cumpre, nem mesmo quando estão relacionadas com as crianças. A impressão da terapeuta familiar sobre o pai é de que ele parece um “homem mau”, “terrível”, “uma pessoa que controla através do olhar” (sic) e em outros momentos, parece muito “sedutor” (sic). A terapeuta também relata que é muito comum ouvir falas do pai relativas a “favores” que algumas autoridades da cidade lhe devem e que por conta disso, ele “tem as costas quentes” (sic). Ele, na infância e adolescência, também teve vivências de rua e de abrigo.

A mãe de Daniela, apesar de ser afetiva, parece ser bastante atrapalhada ou negligente com as crianças. Conforme a terapeuta, ela “é querida com as crianças, mas parece muito desligada” (sic). Segundo a terapeuta familiar, a mãe deveria participar dos encontros de acompanhamento, porém em decorrência de sua prisão, apenas as crianças e o pai continuavam sendo acompanhados. A mãe participou de dois encontros, sendo que em um deles foi bastante afetiva com as crianças, até mesmo desenhando e brincando com elas. No segundo encontro que participou estava sob efeito de drogas e não conseguia ficar acordada. Pediu para se retirar, dizendo que iria para casa, pois precisava de um banho. Quando a mãe se referia ao pai, ela dizia que ele não prestava para nada, que só incomodava. Outro aspecto que chamou a atenção da terapeuta foi que a mãe de Daniela parecia estar se “masculinizando”, ou seja, quando participou dos atendimentos, ela havia raspado a cabeça, usava um boné virado para trás e bermudões com bolsos abaixo dos joelhos, roupas características de uso masculino. Conforme relatou a terapeuta, ela era uma mulher muito vaidosa e bonita; usava os cabelos longos e roupas bastante femininas, como

saias e vestidos, porém, na última ocasião em que foi atendida no grupo familiar, seu aspecto não deixava claro, para quem não a conhecesse anteriormente, que se tratava, realmente, de uma mulher.

Outra questão que foi apontada pela terapeuta familiar foi de que o pai de Daniela tinha dúvidas sobre a paternidade do filho mais novo e pretendia fazer teste de DNA para esclarecer tal questão. Nas sessões realizadas no CREAS com a terapeuta, o pai se colocava bastante distante desse menino. Com os outros filhos, conseguia ser mais próximo. Especificamente com Daniela, ele se aproximava fazendo referência ao fato de que ela deveria cuidar dos irmãos e decidir questões como, por exemplo, quais os brinquedos que eles poderiam comprar com o dinheiro que ele dava no final de semana. A terapeuta familiar relatou ainda que o pai se dirigia sempre à Daniela e a tratava como uma “adulzinha” (sic), sem respeitar seu universo infantil e suas necessidades. Ela também relatou que se o pai trazia um pacote de biscoitos, este inicialmente era entregue para Daniela, para que ela distribuísse aos seus irmãos. Parecia que ele também esperava que a filha desse conta, sozinha, de suas questões, como os problemas de escola, de relacionamentos, enfim, de seu próprio cuidado.

Daniela permanecia ao lado do pai constantemente durante as sessões da terapia familiar, mas não conseguia ser afetiva. A terapeuta familiar a caracterizava como tendo o “afeto trancado” e como “uma criança triste” (sic). Nesses encontros com a família, as crianças falavam da saudade que sentiam da mãe e faziam desenhos para ela, mas Daniela era quem menos falava e demonstrava afeto.

No encontro em que a mãe brincou com as crianças, o pai não interferiu na brincadeira, colocando-se de fora da situação. Apenas fazia inúmeras críticas ao abrigo onde as crianças estavam, mas, segundo a terapeuta familiar, sem tomar qualquer atitude que revertesse a situação de abrigamento. Na ocasião do segundo encontro em que a mãe

participou, mas que estava sob efeito das drogas, o pai não fez qualquer objeção ao que ela dizia dele, criticando-o. Ao contrário do que acontecia em outros encontros, em que o pai tentava determinar os desenhos que os filhos deveriam fazer, sendo muito controlador em relação às atitudes de cada filho no grupo. Segundo a terapeuta familiar, a mãe demonstrava estar com muita raiva do pai. Os registros do Conselho Tutelar informam que a mãe das crianças era “mula” (referência à pessoa que, no tráfico de drogas, é quem vai para a rua revender a droga para pequenos consumidores, a mando de um “chefe”, o detentor dos lucros obtidos pelo tráfico) do pai das crianças. Na realidade, ela teria sido presa por revender a droga que ele comprava. O pai das crianças seria o traficante de drogas e a prisão da mãe teria ocorrido sem que ela denunciasse o traficante ou “comandante” das operações de comércio ilegal.

Sobre a Avaliação (antes da psicoterapia)

Esta avaliação foi composta pela entrevista em forma de Hora do Jogo, pela aplicação do *Children's Depression Inventory* e pela avaliação clínica dos indicadores do apego e da mentalização através do *Manchester Child Attachment Story Task*.

No primeiro encontro de avaliação, Daniela parecia ser uma menina ativa e bem desinibida, apesar de não esboçar interesse em explorar o consultório, os brinquedos e jogos. Logo se prontificou a sentar e conversar. Ocupou a poltrona dos adultos, cruzou as pernas e começou a falar sobre os pais, sobre as questões do abrigo e sobre si mesma.

Daniela relatou que estava no abrigo porque a mãe estava presa e o motivo da prisão seria porque ela se drogava. Quanto ao pai, Daniela foi dizendo que ele dava tudo o que ela pedia e que nos finais de semana, ela e os irmãos sempre ficavam com ele. Falou ainda que não entendia por que morava no abrigo se o pai podia cuidar dela e dos irmãos.

Enfatizou que fazia “um ano e nove meses” (sic) que estava na instituição e que no início, disseram a ela e aos irmãos que eles ficariam lá por apenas quatro dias. Daniela se mostrou revoltada com a situação e disse querer voltar para casa do pai logo, pois a mãe em breve moraria novamente com eles por lá.

Quando perguntada sobre como ela estava se sentindo, Daniela disse que estava “bem” (sic), mas que sua relação com os irmãos não era boa, já que ela própria disse não saber como o pai aguentava, pois “eles eram uns pestinhas”. Também falou que não gostava das crianças do abrigo, porque todos a apelidavam de nomes que ela não gostava. Daniela disse que confiava na “tia” (cuidadora) e também em uma moça que morava no abrigo e que era mais velha, tinha 18 anos. Na escola, relatou estar “mais ou menos”, que “neste ano sua letra estava feia” (sic). Também disse que não se relacionava muito bem com os colegas porque eles brigavam entre si e chamavam-na de “Chuck”, “aquele do filme” (sic), fazendo referência a um filme em que o personagem é um boneco assassino. Disse não saber o porquê da relação entre ela e o filme, mas que, de qualquer forma, não gostava.

Conforme a aplicação do CDI, Daniela apresentou 16 pontos indicativos para a presença e severidade do funcionamento depressivo. A maioria dos itens apontou reações comportamentais como sendo os principais sintomas da depressão em Daniela.

Segundo suas respostas ao CDI, tópicos como: “*Eu tenho medo que coisas ruins podem me acontecer*”, “*Sou má com frequência*”, “*É difícil pra mim, tomar decisões*” ou “*Eu me envolvo com brigas de vez em quando*”, refletem que Daniela tem dificuldades em lidar com certas crenças sobre si mesma e os outros. Sua capacidade de discernimento pode ter sido afetada de maneira negativa ou não ter se desenvolvido adequadamente. A questão de que: “*Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes*”, poderia denotar que ela teve uma baixa no rendimento escolar e mais: esta dificuldade poderia estar

associada às questões do abrigo e à situação familiar da menina. Quando questionada a respeito, refere que “piorou” nos estudos depois que mudou de escola (Daniela mudou de escola em função do abrigo).

Na primeira aplicação, o resultado do *Manchester Child Attachment Story Task* (MCAST) apontou para indicadores de apego inseguro na maioria das vinhetas. As situações de angústia mobilizadas pelas histórias foram resolvidas mediante estratégias que sinalizaram para esse tipo de apego inseguro. As histórias apresentadas foram as seguintes:

“Soraia: *Dai... hoje a gente vai fazer uma brincadeira um pouco diferente, tá? Eu vou te contar algumas histórias... e tu vai continuar elas pra mim, pode ser?*

Daniela: *Uhum... [afirmativamente].*

S: A gente vai brincar lá naquela casinha que tu tá vendo ali...

D: Uhum. [afirmativamente].

[Nos acomodamos na frente da casinha].

D: [Silêncio]. [Ficou olhando para a casinha e os móveis. Parecia estar pensando onde colocá-los. De repente começou a organizar os móveis e os cômodos].

S: Tá... Na verdade... tu vai escolher um bonequinho desses pra ser tu.

D: [Olhou e escolheu uma boneca-criança; tinha vestidinho e os cabelos trançados].

S: Essa?

D: É.

S: Muito bem. E agora tu escolhe outro boneco ou boneca... pra ser quem mais te cuida... tem mais bonecos aqui, vamos dar uma olhada... [Mostrei mais alguns que estavam por perto].

D: [Escolheu uma boneca-adulta, com seios e que sugere ser uma mãe, pois possui uma barriga de pano onde pode ser colocado um bebê].

S: Essa?

D: [Fez que sim com a cabeça].

S: Então tá... vamos terminar de arrumar essa casa, né? Aqui tem um quarto... [ela havia colocado cama, guarda-roupas, uma cadeirinha e um bidê], uma tv... aqui é a sala... [ela colocou sofás, mesinha de centro], o banheiro... E aqui o que é?

D: O outro quarto.

S: O outro quarto... uhum [afirmativamente], tá... Então agora eu vou começar te contando a primeira história...

D: Sim.

S: Então tá bom. Então a primeira história é que a D. tá dormindo sozinha no quarto dela, tá?

D: [Silêncio]. [Ela ficou observando].

S: Então a D. tá dormindo aqui... ronnn (barulho que está dormindo). Quem é essa pessoa aqui, D.? [Que ela escolheu para ser o boneco-cuidador].

D: A tia Maria.

S: A tia Maria... É a tia Maria que te cuida?

D: [Silêncio]. Uhum. [Afirmativamente].

S: Então tá... [continuando a história] de repente a D. acorda de noite bem assustada por que ela teve... (barulho que esta ofegante) um pesadelo horrível!! (Barulho que está ofegante) Ela tá assustada, sentada na cama dela... [Coloquei a boneca sentada na cama]. E agora D., o que acontece?

D: A tia Maria vai lá no quarto dela. [Pegou a boneca-cuidadora e levou até o quarto da boneca-criança].

S: A tia Maria vai ver, assim, que ela acordou assustada?

D: Sim, porque lá ela vai olhar toda hora o quarto da gente. [Referindo-se como acontece no abrigo].

S: Ela vai olhar toda hora?

D: Uhum. [Afirmativamente]. Até a hora de ir pra escola.

S: Daí a tia Maria veio e fez o quê?

D: Acalmou ela.

S: Acalmou...

D: E disse... “D., não fica assustada, isso só foi um sonho”. [Imitando a boneca-cuidadora].

S: Isso foi só um sonho... uhum... Como é que tu acha que a D. tá se sentindo agora?

D: Assustada, muito.

S: Muito assustada?

D: Muito.

S: E a tia Maria, como é que tá se sentindo?

D: Tá mais assim... mais ou menos assim... triste porque ela também tá triste...

S: Porque ela também tá triste!?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Porque a D. ficou triste?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Hum... e daí? O que que acontece depois dessa... delas terem conversado aqui?

D: Am... daí ela foi dormir e daí a tia Maria fez ela dormir... daí a tia Maria foi pro quarto dela. [Dirigiu a boneca-cuidadora novamente ao quarto dela].

S: A tia Maria foi pro quarto... e a D. dormiu?

D: Sim.

S: Conseguiu dormir, então?

D: Aham. [Afirmativamente].

S: Tá bom... E como é que ela tá se sentindo?

D: Bem, agora.

S: Bem?

D: Uhum. [Afirmativamente]. Tá mais tranqüila...

S: Por que a tia Maria ajudou ela?

D: Sim.

S: Muito bem... E o que ela tá pensando?

[Silêncio].

D: Que agora tá bem.

[Silêncio].

S: Então vamos pra segunda história?

D: Vamos.

S: Então tá, né... A D. agora tá brincando no pátio... Lalalalala...lalalalala... Tá brincando no pátio da casa, tá... [Peguei a boneca – criança e fiz de conta que ela estava brincando].

D: [D. trouxe a tia Maria para perto da boneca-criança]

S: E tu trouxe a tia Maria pra perto da D.?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Tá... Então... aí ... tuc!! A D. caiu! Raspou o joelho no chão! E tá sangrando... tá saindo sangue... e tá doendo... hãhã... [queixa de dor] e a D. fica...uiiii!! Que dor!! Ai meu joelho!! Uiiii!!! O que acontece?

D: A tia Maria vai lá... e busca um remedinho...

S: Busca um remedinho...

D: E passa no joelho dela.

S: Mas tá doendo ainda... Ainda tá doendo, D... E aí?

D: Aí ela tenta acalmar um pouco a D.

S: Tenta acalmar dizendo o quê?

D: Isso vai passar, foi só um raspãozinho... tu brincando, minha filha! [Como se fosse a tia Maria falando].

S: Hum... Foi só um raspãozinho... tu brincando, né... Será que é isso que a Dona Maria iria falar?

D: Ou... ela disse: “não fica assim!” [Como se fosse a tia Maria falando]. E ela pega e daí... e leva a gente no médico.

S: Leva no médico?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Uhm... [Afirmativamente]. Muito bem... uhum...

[Silêncio].

S: E aí? Como é que a D. está se sentindo?

D: Melhor.

[Silêncio. D. parece pensativa].

D: Mas... ainda bem que melhorou.

S: Ainda bem que melhorou... Então tá... E como é que a tia Maria tá se sentindo?

D: Assim... tava... aquela hora ela tava nervosa.

S: Tava nervosa?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Uhum... [Afirmativamente]. Daí o que ela fez pra ficar mais calma?

D: Pegou... e ficou sentadinha um pouquinho.

S: Ficou sentada... e aí passou?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Hum...

D: Tá aqui a tia Maria ó! [Mostrou a boneca- cuidadora sentada em uma poltroninha da sala].

S: Então tá... E o que ela ficou pensando?

D: Que já passou.

[Silêncio].

S: E a D.? O que ela ficou pensando?

D: Que agora tá tudo bem. Que já passou.

[Silêncio].

S: Isso?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Então vamos pra outra história?

D: [Silêncio]. [Fez que sim com a cabeça].

S: A outra história, D. é o seguinte: A boneca – D. tá sentadinha aqui, ó. [No pátio da casinha]. Tá? Tá lá... de repente... dá uma dor de barriga nela... uiuiuiui!!! Uma dor de barriga aguda!! Uuiuiui!!! [Dramatização da dor]. E aí, o que acontece?

D: Ela chama a tia Maria. [Que ainda estava sentada na poltrona da sala].

S: Ela chama? Então chama aí!

D: Tia Maria!! [encenando um chamado].

S: Tia Maria!!

D: Daí a tia Maria foi lá ver... [Ela pega a boneca-cuidadora e leva a te a boneca-criança].

S: Uhum... [Afirmativamente].

D: O que foi minha filha? [Como se fosse fala da tia Maria]. É que eu to com dor de barriga... [boneca-criança]. Vem aqui que tem aquele chá que a gente sempre faz pra dor de barriga. [boneca-cuidadora].

S: Hum... Vem que tem um chá... uhum... [Fez que a boneca tomou o chá].

[Silêncio].

S: E a D. tá com muita dor de barriga...

D: Se não melhorar, a gente vai num médico. [Como se fosse a tia Maria falando].

S: Hum... [de expectativa].

D: Rrsr.. [risos]. E ela vai ter que ir mesmo. Daí ela tomou o chá. [boneca-criança]. Daí a tia Maria perguntou: tá bem? [tia Maria]. Ela disse assim: Ainda não. [boneca-criança]. Tá, então vou te levar no médico. [Encenou a tia Maria dando chá. Depois manipulou as bonecas como se a boneca-cuidadora estivesse perguntando a outra se estava bem]. Chamou o tio Laércio, o tio Laércio pegou o carro.

S: Chegou o tio Laércio...

D: E ele foi levar ela no médico e aí ela ganhou remédio e daí tomou o remédio e ficou melhor.

S: Hum... Daí ela ficou melhor... uhum... muito bem... então a tia Maria ajudou ela, né?

D: [Silêncio]. [Fez que sim com a cabeça].

S: Mas naquele momento que ela tava sentindo essa dor de barriga toda, assim... um horror! Ela não sabia nem o que estava acontecendo com o corpo dela... Como é que tu acha que ela se sentiu?

D: Triste.

S: Triste? O que mais?

D: Am... nervosa.

S: Nervosa...

[Silêncio].

D: Só.

S: Só? E a tia Maria, como é que estava se sentindo?

D: Maria também tava nervosa.

S: Também?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: E como ela tá se sentindo agora?

D: Bem melhor.

S: Melhor? Aliviada, tu acha?

D: É.

S: Hum... muito bem... Então agora é uma história bem legal... A tia Maria tá fazendo almoço e aqui eu vou fazer de conta que isso aqui é o fogão. Isso aqui é a geladeira e esse aqui o guarda roupa, tá? O guarda roupa e essa aqui a geladeira... Daí a tia Maria tá fazendo o almoço, tá?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Tá lá... Na pia lavando a louça... já tá cozinhando... e a D. chega da escola correndo e diz assim: hehehehe! Tri feliz... sabe por que? Ela fez uma tarefa e o professor dela disse:

Bah! D.! Que tarefa bem feitinha! Tu vai levar 10! Que legal, hein? Nossa to muito feliz pelo teu capricho! [Como se fosse o professor da boneca-criança falando]. E ela chega e vai fazer o que, então? Ela tá tri feliz agora.

D: Vai e conta pra tia Maria.

S: Conta pra tia Maria?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Então faz aí a história dela contando...

D: Tia Maria! [Trouxe a boneca-criança para perto da tia Maria e fez que esta estava falando com ela]. Eu fui fazer trabalho e o 'sor' disse que eu posso ganhar, que eu ia ganhar nota 10, de tão caprichado! [boneca-criança falando]. Que bom minha filha! [Ela imitou a boneca-cuidadora falando].

S: Quê mais?

D: Não tá feliz, tia Maria? [boneca-criança]. Claro que eu tô [boneca-cuidadora]. Agora... mam, tia Maria... Agora vou lá na minha cama fazer meu tema, pra ver se também amanhã eu ganho nota 10! [boneca-criança]. Tá bom, vou fazer o almoço... [boneca-cuidadora]. Ela foi lá... [referindo-se à boneca-criança e levando a boneca para o quarto...].

S: Será que a tia Maria não tava feliz?

D: Claro que ela tava.

S: Tava?

D: [Silêncio]. Daí ela foi lá e fez o tema dela. Daí não tem mais.

S: Isso... daí ela foi lá na cama dela?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Uhm... Isso, sim... Então agora a gente vai pra outra história, tá?

D: Aham. [Afirmativamente].

S: Como tu acha que ela tava se sentindo, a tia Maria, nesse momento?

D: Bem feliz... Ela deve ter pensado: 'que bom que a minha filha conseguiu uma nota dessas.' [como se fosse a fala da boneca-cuidadora].

S: Hum... E a D., tá pensando o que?

D: Pensando que amanhã ela também vai ganhar uma nota.

S: Se ela não ganhar o 10?

D: Ela mesmo assim vai ficar um pouquinho feliz também.

S: Pouquinho feliz?

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: Não tão feliz como o 10, né?

D: É, rrsrs. [risos].

D: Eu não... eu fora!

S: Então vamos lá para outra história, tah?

D: [Silêncio]. [Fez que sim com a cabeça].

S: E aí... a D. agora não esta em casa... Ela tá na escola... e na escola... ela discute com um amigo... uauauauauauauauauauauau!!!! [encenação da discussão]... discutiram... e aí os outros ficam dizendo: sai daqui, sai daqui, vai embora, vai embora!! E ela fica assustada, assustada e vai pra casa... E ela tá muito angustiada por que todo mundo disse pra ela: sai daqui gurria! E aí, o que acontece?

D: Ela fica triste.

S: Triste? De que jeito triste?

D: Magoada... Muito magoada.

S: Muito magoada...

D: Uhum. [Afirmativamente].

S: *E aí tu sentou ela ali no chão... [ela encenou a boneca-criança triste, sentada no chão].*
D: *E ela ficou chorando... E a tia Maria ouviu o choro...*
S: *Tia Maria ouviu o choro?*
D: *Sim, e foi ver de onde era esse choro e ela não achava esse choro! Daí até que uma hora ela desceu do quarto dela e viu que a D. tava chorando, daí ela perguntou: 'D., por que tu tá chorando?' [como se fosse a boneca-cuidadora perguntando]. Daí a D. disse: 'Por que todo mundo... eu ia discutir com meu amigo... e ele... todo mundo me mandou embora'... [Como se fosse a boneca-cuidadora falando]. Daí ela ficou triste e começou a chorar e a tia Maria ficou ali com ela e disse: 'Tu tem outros amigos! Daí ela disse: 'Não! Todo mundo me mandou embora!' Daí tava tão triste... só que depois... ela ficou... ela viu... saiu com a tia Maria... achou mais amigos.*
S: *Mas como tu acha que ela tá se sentindo agora, que todo mundo mandou ela embora?*
D: *Triste.*
S: *Triste? O que mais?*
D: *Magoada.*
S: *Magoada... Que mais?*
[Silêncio].
D: *Coração... assim, machucado.*
S: *O que tu acha que a D. [mostrei a boneca-criança] ficou pensando?*
D: *Que ela tá errada em discutir com ele.*
S: *Errada em discutir?*
D: *Uhum. [Afirmativamente].*
S: *Daí tu vai lá pedir desculpas, então?*
D: *Sim, daí eu vou fazer... eu vou tomar café e vou pra escolinha [encenando a ida para a escola, depois do café da manhã].*
S: *Hum... E como é que tu acha que ela tá se sentindo agora?*
D: *Assim... ela tá... assim meio nervosa por que... por causa que ela não sabe se eles vão aceitar ela.*
S: *Aceitar as desculpas... E a tia Maria como é que tá se sentindo?*
D: *Tá pensando: Báh! Será que eles vão aceitar ela lá?*
S: *Hum... Báh... será que eles vão aceitar ela lá, né?*
D: *[Silêncio]. Uhum [Afirmativamente].*
S: *É?*
D: *[Silêncio].*
S: *Então agora... eles vão fazer um piquenique... sabe aonde?*
D: *No zoológico...*
S: *No zoológico...*
D: *Huummm... [na expectativa].*
S: *Olha aqui que monte de gente... tem mais este... amiguinho! Todo mundo da escola... foi para o zoológico... tá?*
D: *[Silêncio]. [Fez que sim com a cabeça].*
S: *E a tia Maria foi com o tio Ari, todo pessoal pra cuidar das crianças, tá? Crianças do abrigo.*
D: *Uhum [afirmativamente].*
S: *Foram as crianças da escola e as crianças do abrigo, tá bom?*
D: *Tá bom.*
S: *E a D. tá aqui... Aí eles foram aqui ó, D... [encenei as crianças indo para o zoológico]. Vamos botar mais pra lá pra eu te mostrar alguns animais... então, tem um monte de*

animaizinhos, ó! Tem girafa... tem o elefante... tem o canguru... e... piu piu piu!! [mostrei os animais disponíveis].

D: Aqui é um galo... [me corrigindo, pois eu disse que era um pintinho].

S: E tem um pintinho... [ela foi puxando o galinheiro que fica do lado da casinha] e aí as crianças todas foram olhar... né? E a tia Maria na verdade ficou no acampamento fazendo a comida, tá? Mas agora as crianças todas estão muito longe... e a D. não consegue voltar para o acampamento sozinha... por ue é muito longe e o zoológico é gigante... tem muitos caminhos e tal... e eles estão aqui olhando os animaizinhos... só que a D. ficou tão admirada... ela nunca tinha visto estes animais todos... e ela não se deu conta que a turma toda foi embora... e ela...ahhh! [expressão de susto]... quando ela olhou para trás... ela foi assim, ó... [mostrei a boneca-criança se virando]... falar com alguém... ela olhou... não tinha mais ninguém... e ela sozinha... e não sabe o caminho de volta! E aí?

D: Ela vai tentar procurar...

S: Vai tentar procurar onde?

D: Pelo zoológico.

S: Como é que ela tá se sentindo, D.?

D: Triste.

S: Triste... só?

D: Ela tá se sentindo sozinha...

S: Tá se sentindo sozinha...

D: Coraçõzinho dela tá... doendo...

S: Muito bem... e aí ela vai tentar procurar, tu disse?

D: Uhum. [afirmativamente].

S: E a D. não tá vindo e não tá vindo para casa e como é que a tia Maria tá se sentindo?

D: Ela tá preocupada demais.

S: Preocupada demais... e aí?

D: Daí a tia Maria vai e tenta procurar ela.

S: Tá... então vai... continua a história... o que acontece?

D: Daí a tia Maria foi lá, procurou onde ela tava... ela tava lá... daí a tia Maria achou ela e disse pra ela: pra casa!

S: Disse pra ela ir pra casa?

D: Sim... pro acampamento... D. vamos logo para o acampamento [como se fosse a tia Maria falando – a boneca-cuidadora] e os outros foram para o acampamento e ela... a D. foi dormir.

S: A D. foi dormir?

D: Foi dormir junto com a tia Maria.

S: Foi dormir junto com a tia Maria?

D: Uhum. [afirmativamente].

S: Por quê?

D: Por que ela tava muito assustada.

S: Uhm... tu acha que a tia Maria ajuda ela quando ela ta assustada?

D: Sim.

S: E como ela tá se sentindo agora?

D: Melhor.

S: Melhor como?

D: Melhor do que antes... não tá mais tão assustada.

S: Não tá mais tão assustada... O que mais?

D: [Silêncio]. [Ficou olhando para os bonecos e parecia pensando].

S: Será que a D. ... tá sentindo o que?

D: Daí... ela tava se sentindo assim... um pouquinho triste... porque os amigos dela abandonaram ela lá... daí ela...

S: Então ela tava triste com os amigos?

D: Uhum. [afirmativamente].

S: E eles não se deram conta... que eles tinham que esperar ela?

D: Uhum. [afirmativamente].

S: Uhm... [expectativa].

D: Daí ela... ela no dia seguinte... ela veio... e a Da... [boneca-criança perguntou aos colegas] por que vocês me deixaram lá? Por que vocês não me disseram que vocês iam ir? Daí... é que nós se esquecemos... [como se fossem os bonecos-colegas respondendo], daí ela disse... [silêncio curto]. Ela ficou tão triste! Saiu e foi pra casa! Daí ela... ela e a tia Maria foram passear... e foram de novo lá nos bichos... só que daí a tia Maria não deixou ela lá... Tia Maria foi lá, esperou ela olhar, depois foi. Daí ela foi lá, almoçou... daí de tarde ela dorme... por que a mãe dela manda... e depois de tarde um pouquinho de tardezinha ela foi tomar o lanche dela e depois ela foi brincar de pega - pega com os amigos dela e depois ela foi ser amigo deles de novo... ela desculpou eles.

S: Ela desculpou eles dessa vez?

D: Sim.

S: Mas... ela só pode confiar na tia Maria, então?

D: Uhum. [afirmativamente].

S: Nos outros não... por que?

D: Sempre abandonam ela.

S: Sempre abandonam ela?

D: Sempre deixam ela na mão.

S: Deixam ela na mão... Então a D. tem muita sorte de ter a tia Maria, né?

D: Uhum. [afirmativamente].

Análise:

Vinheta 1 – Estratégia interpessoal segura, mas com elementos de restrição; pouca proximidade e calor; alívio da angústia parece limitado. A criança apresenta um comportamento passivo, não busca proximidade com o cuidador. Capacidade de mentalização adequada, porém restrita. Narrativa sucinta, sem profundidade descritiva, sem detalhes.

Vinheta 2 – Estratégia interpessoal segura. A criança apresenta um comportamento passivo, não busca proximidade com o cuidador. A interação é pobre, pouco calorosa. O alívio da angústia parece limitado. Evidencia alguma capacidade de mentalização em relação ao estado psicológico do outro (cuidadora), mas se utiliza da negação em relação

ao próprio estado psicológico, não conseguindo identificá-lo apropriadamente. A narrativa é coerente, embora sem profundidade descritiva nem detalhes associados.

Vinheta 3 – Estratégias múltiplas (fenômenos desorganizados). O cuidador auxilia, mas isso não é suficiente para o alívio da angústia. Utilização de deslocamento, introduzindo mais dois personagens (“tio” do abrigo e médico). É necessária a intervenção de terceiros e somente depois disso há alívio da angústia. Capacidade de mentalização pobre em relação ao estado mental dos personagens. Narrativa sucinta, sem riqueza de detalhes, necessitando do estímulo e das perguntas do entrevistador.

Vinheta 4 – Estratégia interpessoal insegura ambivalente/resistente; reação do cuidador pouco continente, com pouca proximidade e calor. A criança não pede ajuda. O cuidador demora para identificar a situação de aflição. O relato de alívio da angústia não é espontâneo nem é claro. Capacidade de mentalização limitada. Narrativa pobre, sem riqueza de detalhes; depende das perguntas e estímulos do entrevistador.

Vinheta 5 – Estratégia interpessoal insegura ambivalente/resistente. A criança fica passiva, não busca proximidade com o cuidador. Capacidade de mentalização - identifica o estado mental dos personagens. A narrativa é confusa, pouco clara.

Constatou-se, portanto, que os vínculos afetivos de Daniela eram caracterizados pela insegurança e incerteza a respeito da disponibilidade dos cuidadores e da sua capacidade de atendê-la nas suas necessidades. A compreensão do comportamento das pessoas, e do seu próprio, tendo em vista os possíveis estados mentais subjacentes, mostrou-se limitada, apontando para uma capacidade de mentalização que não foi suficientemente desenvolvida.

Sobre a Psicoterapia

Sessão 1. Daniela era uma menina que se vestia quase como uma adulta, com roupas que faziam pensar na sedução que talvez ela tentasse exercer. Usava blusas cavadas, com brilhos; salto alto e calças justas, marcando com evidência seu corpo infantil, apesar de ser bastante torneado como se fosse realmente adulta. Seu comportamento, desde o modo como sentava na cadeira ou gesticulava com as mãos, lembrava o de uma moça, de idade muito maior do que a dela. Seus cabelos, ainda curtos e castanhos, lembravam o corte de cabelo comum às crianças que vivem em abrigos, ou seja, cabeça quase raspada para evitar a proliferação de piolhos. O cabelo de Daniela estava cheio de pontas, como se estivesse “deixando crescer”, o que ela confirmava, quando perguntada: “*Vou deixar crescer até aqui*”, indicando sua cintura.

Logo na primeira sessão, Daniela manifestou estar pouco à vontade, porém amistosa; entrou falando do tempo: “*parece que vai chover*” (sic). Ela usou pouca fala e ainda assim, sem elaboração. Falava usando palavreado de pessoas adultas, como se estivesse imitando-as, porém começava os assuntos e não terminava, não fundamentando suas colocações. Daniela desenhou algumas flores, um coração com asas e partido por uma flecha. Neste desenho, ela usou cores muito vibrantes e em letras grandes, que ocupavam quase todo o papel. Escreveu: “*Eu gosto da tia Marta (cuidadora no abrigo) como a minha mãe, eu gosto do tio Aurélio (cuidador) como meu pai e eu gosto muito da Soraia (terapeuta e pesquisadora) como minha irmã*”.

Quando perguntada sobre os desenhos, ela somente disse que gostava mesmo daquelas pessoas. Ainda nesta primeira sessão, Daniela apareceu com os cílios cortados. Quando perguntada a respeito, limitou-se a dizer que haviam sido cortados por ela, com uma tesoura.

Sessão 2. Daniela relatou que foi para a casa do pai no final de semana e que ganhou um brinco da irmã. Também disse que brincou de psicóloga. Ela demonstrou o

quanto nutre amizade por pessoas mais velhas, como a vizinha que mora ao lado da casa do pai, a moça de 18 anos que mora no abrigo e a própria cuidadora do abrigo. Daniela também falou “*não gostar de doce porque estraga os dentes*” (sic), porém, minutos depois, disse que no final de semana, quando fosse à casa do pai, pediria a ele dinheiro para comprar balas e pirulitos. Daniela usa palavreado de pessoas adultas (assuntos que parecem de adultos também), porém, quando instigada a falar mais, não prossegue, parecendo não compreender o conteúdo da própria fala. Exemplo: “*O marido que deu uma tunda na mulher. Bem feito*”; quando entra no consultório fala do tempo que “*parece que vai chover*”. Daniela começa um assunto e não termina.

Em dado momento, ao ver na estante algumas peças que, sobrepostas formavam figuras de animais e de pessoas, ela tentou montar o corpo de uma mulher, porém não conseguiu, apesar de serem somente três peças, com cabeça, tronco e pernas.

Sessão 3. Daniela chega no consultório dizendo que está preocupada com o dia que as tias têm que vir, perguntando as datas para a entrevista. Na realidade, a terapeuta é que vai no abrigo e tudo já está combinado. Tem um papel em suas mãos, pare que a terapeuta anote os horários. Quando questionada sobre o porquê disso ou se as tias é que pediram para que ela perguntasse os horários, ela, a princípio, fica com o olhar vazio, parado. Depois, ao longo da conversa, diz que ouviu a dúvida das tias (as duas tias conversando), sobre o local das entrevistas, se a terapeuta iria até o abrigo ou elas deveriam vir ao consultório. Com isso, Daniela resolveu pegar um papel e anotar os horários das tias e o local de encontro para as entrevistas. A impressão é de que ela busca para si uma responsabilidade que vai além de seu universo infantil. Também parece usar isso como uma defesa, por não saber o que dizer ou como se comportar na própria sessão. Daniela projetou vários desenhos na folha, como uma boca vermelha, uma flor, um coração partido por uma flecha. Ao pé da folha, desenhou uma pessoa, muito rudimentar,

sem braços, pés ou rosto definido. Falou que era ela mesma e também escreveu três nomes na folha: Soraia, tia Marta e Silvana (moça de 18 anos e também abrigada).

Sessão 4. Em dada ocasião, Daniela pediu para jogar o “Jogo da Vida” e ainda disse: “*O jogo da vida é sobre a vida*” (sic). Terapeuta: “*Vida de quem?*” E Daniela respondeu: “*De quem quer mudar. De quem quer estudar, ter um trabalho, não cair nas drogas*”. Ela tentou sorrir, mas a impressão que passava é de que tudo estava sendo “montado” ou “atuado”. Daniela se referia ao pai como uma figura forte, mas nunca afetiva. Relatava que o pai cuidava dela e dos irmãos muito bem, mas quando falava do final de semana, ela sempre contava que havia ficado na casa de vizinhos e que o pai ela quase não via, pois ele saía e ela não sabia muito bem para onde. Achava que ele estava trabalhando, pois quando voltava dava dinheiro aos filhos para comprarem o que quisessem.

Sessão 5. Daniela questionou algumas coisas em relação ao *setting* e como a terapeuta atendia as outras pessoas. Perguntou diversas vezes quem mais era atendido no consultório e quem brincava com os brinquedos. Muito silêncio. Quando questionada o que ela estava pensando a respeito desse lugar de atendimento, ela respondeu “*que estava só pensando*”. Quando perguntada como se sentia ali, ela respondia que “*se sentia bem*”.

Sessão 6: Daniela solicitou o Jogo da Vida. Jogamos e de repente, ela disse: “*Agora eu gostei bastante de ti e agora eu não to mais com um pé na frente e o outro atrás*”. Terapeuta: “*Como assim?*” Ela: “*Desconfiá*”. Terapeuta: “*Tu tá dizendo que tava desconfiada de mim?*” E ela: “*Sim, que tu ia contá pra tia (cuidadora)*”. Terapeuta: “*E aí? Agora como tu te sente?*” E ela: “*Agora eu tô com os dois pés na frente*”. Terapeuta: “*E como tu estás te sentindo?*” Daniela respondeu: “*Um pouco mais de carinho*”. Então a terapeuta perguntou a ela se esse carinho ela poderia chamar de cuidado e a menina disse: “*também um pouco de cuidado, também não tanto cuidado, a amizade da gente*” (sic).

Sessão 7. Daniela veio com um sorriso mais largo no rosto, apesar de dizer que havia tirado nota baixa em matemática. Perguntou como a terapeuta estava, segundo ela, “*pra conversar*” (sic). A terapeuta disse: “*Sabe Daniela, às vezes eu te olho e acho que tu queres ser uma adulta*”. E então ela respondeu: “*Tem um monte de gente que fala isso*” (sic). Então ela também contou que o pai dá carinho, segundo ela, porque este compra coisas e deixa que ela e os irmãos fiquem perto dele. Daniela relatou que tinha uma professora querida, mas que não conseguia pedir ajuda a ela.

Sessão 8. Daniela sentou diante da mesa em que havia papel, caneta e recursos gráficos. O papel continuou em branco até o final da sessão, quando ela, então, assinou seu nome e colocou a data. Quando questionada de como se sentia, ela respondeu: “*Mal*”. Quando perguntada do que pensava sobre o que estava manifestando, pediu para ir ao banheiro, clara demonstração de estar bastante ansiosa. Quando Daniela retornou ao *setting* terapêutico, mencionou que a sessão passava rápido, que ficava pouco tempo no consultório.

Sessão 9. Trouxe a questão da Univates, que não queria fazer natação, mas foi possível notar sua vontade. Questionamentos sobre o reconhecimento de si, de suas vontades. Em dado momento do processo terapêutico, Daniela pediu para jogar o jogo “*Conhecendo meu Corpo*”, que na realidade, é um recurso usado com crianças pequenas, já que possui cores muito amenas, como rosa-bebê e azul-bebê. Além disso, a criança é convidada a completar as partes que nomeiam o corpo de duas figuras (crianças), como por exemplo, o pé, a boca, o joelho, a cabeça, o nariz... Terapeuta: “*Que tu estás pensando?*” e ela respondeu: “*To só olhando pra ti*”.

Sessão 10. Daniela passou a questionar o que era ser criança e ser adulto, especialmente quando ela iniciou a sessão dizendo que minutos antes, no abrigo, ela estava fazendo o tema de aula, em que a professora havia pedido para que ela escrevesse o que era

ser adulto e o que era ser criança. Quando ela foi convidada a fazer o tema no consultório, pediu para fazer as linhas na folha, que imitassem o caderno e depois escreveu: “*Criança é ser uma pessoa pequena, brincalhona, que não pode usar roupa de gente grande, não querendo se achar de gente grande, brincar com gente de qualquer tamanho, não namorar, não brincar de papai e mamãe*”. Quando questionada sobre o que seria ser adulto, ela respondeu: “*Essa tu me pegou*” (sic). Daniela não conseguia dizer como se sentia enquanto criança, mas parecia que a imagem que ela tentava passar às pessoas era de que ela podia ser uma adulta, auto-suficiente. Nesta mesma sessão, Daniela se utilizou de recortes de revistas e colocou em uma folha de papel o que seriam seus pais. Em um lado, colou uma figura feminina, com uma criança no colo. Também colou um homem mais velho com uma criança “na garupa”. Do outro lado da folha, colou um menino de rua. Sozinho. Em seu relato, indicou que se identificava com aquele menino. A sensação de estar só é que parece crucial no processo terapêutico de Daniela. Como a menina não havia recebido a continência necessária para se desenvolver integralmente, seus recursos utilizados foram, justamente, “montar” uma imagem (que não era a real) para poder sobreviver às inúmeras intempéries e “faltas” vividas por ela, ao longo de sua existência.

A partir desse ponto, ficou mais claro para Daniela o vínculo que ela tinha com os pais. A paciente identificou seu sentimento de solidão e de abandono em relação aos pais. Apesar de ver seu pai nos finais de semana e este exercer um papel de autoridade relativo, ele não conseguia exercer o papel de cuidador, oferecendo a ela o *holding* necessário ao seu desenvolvimento. Sua mãe, mesmo sendo percebida como uma figura afetiva, estava presa e não podia exercer o cuidado e a continência necessária.

Sessão 11: Relatou que hoje iria nadar na Univates, mas preferiu vir à sessão. Pediu para jogar Can-Can. Estava mais tranqüila, utilizando-se deste jogo a sessão inteira. O jogo, que demandava que cada jogador lançasse cartas na mesa fazendo com que o outro

continuasse e se mantivesse no jogo, parecia simbolizar o vínculo e a ligação da paciente com a terapeuta.

Sessão 12. Contou que fez reforço na escola. Brincou de massinha. Montou bonequinhos, colocando nariz, boca, cabelo. Também colocou um coração. Disse que eram sentimentos, como amor, alegria, tristeza. Daniela também disse que sentia tudo isso, em diferentes momentos. Sentia-se feliz porque tinha uma casa e o pai que estava lá. Triste porque a mãe estava presa. Contento porque tinha amigos. Ao final da sessão, disse “*que pena (que acabou), a gente pode continuar brincando na semana que vem?*”

Sessão 13. Pediu para jogar o Jogo da Paciência. Disse: “*Pra mim, perder ou ganhar é a mesma coisa.*” Quando questionada sobre as perdas e os ganhos, afirmou: “*Só no jogo, né? Porque na vida a coisa fica feia*” (referindo que ganhar ou perder seria a mesma coisa somente no jogo, porque na vida seria pior, ou ruim).

Sessão 14. O conteúdo trabalhado por Daniela foi a questão do que seria ser adulto e ser criança. Ela parecia se experimentar e tentar saber de si mesma, onde se “encaixava”. Daniela brincou com massinha, moldando bichinhos, colocando neles os braços, as pernas e um rosto. Em dado momento, encontrou na estante o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ela então declarou já ter tido contato com esse material antes, mas suas questões em relação ao ECA giraram em torno dos deveres e direitos das crianças: “*É as coisas que a gente pode fazer, as coisas que a gente deve fazer e as coisas que a gente pode ganhar por dia*” (sic). Daniela falava sobre seu estado emocional e sua realidade. Ela não sabia ser criança, por suas condições de vida, por ter tido um pai e uma mãe que não conseguiam exercer de forma clara e continente seus papéis parentais e mais do que isso, por Daniela ter sofrido o rompimento dos vínculos familiares. Tentava se organizar da forma como conseguia, ou seja, utilizando-se de defesas muito primitivas para dar conta de todo o desamparo que sentia. Na psicoterapia, Daniela parecia estar atingindo

o que parecia mais conflitivo: suas demandas infantis, seu falso *self*. Essas questões foram trabalhadas de forma a que ela identificasse como sentia e como pensava sua realidade, enquanto criança.

Sessão 15: Daniela veio bastante fragilizada, gripada inclusive. Relatou que teve que ir ao médico, pois passou muito mal durante a semana. Quando questionada sobre como se sentia, respondeu: “triste”. Ela realmente parecia estar deprimida, sem as mesmas defesas psíquicas que utilizava em outros momentos. Foi uma sessão de muito silêncio. Porém, quando ela conseguiu expressar-se, projetou em uma folha alguns desenhos: céu, nuvens, o coração partido por uma flecha, uma estrela brilhante, uma árvore com copa cheia e tronco vazio. Por último, colou na folha, ao lado da árvore, a figura de Betty Boop (personagem jovem, bastante sexualizada, insinuante, que usava roupas justas, uma cinta-liga, decotes profundos e que era bastante “avançada” para a época em que foi criada, chegando até mesmo a ser censurada por “ofender a moral e os bons costumes”). Disse gostar muito dessa personagem. Bem ao lado dela, Daniela escreveu: “*Eu te amo a minha família*” (sic). Ao final da sessão, Daniela avisou a terapeuta que, em função das férias escolares, havia sido consultada pela diretora do abrigo se gostaria de passar uma semana na casa do pai ou de uma tia e ela aceitou. Dessa forma, Daniela faltaria uma sessão, porém acabou faltando três.

Sessão 16: Quando Daniela retornou aos atendimentos, disse ter sentido saudade da terapeuta e das sessões. Também contou que a mãe lhe preparou alguns presentes na prisão e que ela havia gostado. Porém, quando questionada sobre o que sentia em relação à mãe, ela se limitou a dizer que “*agora não sentia mais saudade*”. Disse também que entendia que a mãe estava na prisão porque queria, já que tinha feito coisas erradas. Depois acrescentou: “*Gostar, eu gosto dela...*” (sic). Na mesma sessão, jogamos o jogo “Cara a Cara”, no qual cada participante tem à sua frente um tabuleiro que contém,

aproximadamente, 30 figuras de pessoas. Utiliza-se também um baralho de cartas com as mesmas figuras de pessoas. Cada jogador participante retira uma carta do baralho e então, cada um tem que adivinhar qual a carta do adversário, fazendo perguntas referentes às características que possam auxiliar na adivinhação. O tabuleiro auxilia na medida em que são eliminadas pessoas com características contrárias àquelas que o adversário informou. Por exemplo: Daniela pegou do baralho uma moça que se chamava Patrícia e que tinha algumas características como: usava chapéu de policial, era negra e fazia uma expressão de brava. A terapeuta perguntou: “*Onde você acha que a pessoa que eu tenho que adivinhar trabalha?*” ou “*A pessoa que eu tenho que adivinhar é simpática ou chata?*” ou “*A pessoa que eu tenho que adivinhar usa chapéu?*”. Além disso, os jogadores fazem perguntas em relação às características físicas das figuras e cada jogador, então, elimina em seu tabuleiro as possibilidades de adivinhação que não correspondem às características mencionadas pelo adversário. Neste jogo, Daniela foi solicitada pela terapeuta a escolher no tabuleiro uma pessoa que mais se parecesse com ela e outra que mais se parecesse com a terapeuta. A terapeuta, por sua vez, também elegeu tais pessoas em seu tabuleiro, para que Daniela adivinhasse. Por fim, tanto a terapeuta como Daniela escolheram a mesma figura para ser a própria terapeuta. Segundo Daniela, ela era uma pessoa que gostava de ler, de passear e de pintar quadros (a figura escolhida também possuía um chapéu característico de pintores), além das características físicas, que condiziam com cabelos e olhos castanhos, pele clara e usava batom cor-de-rosa. Daniela escolheu uma menina de tranças para lhe representar, apesar de a maioria das figuras do tabuleiro ser adulta. Quando citou as características, ela disse que a menina escolhida era parecida com ela porque “gostava de brincar, de passear e de fazer novos amigos” (sic). Também disse que o cabelo da menina era loiro, que não tinha nada a ver com o dela, mas que escolheu aquela menina “por ser uma pessoa da idade dela” (sic).

Sessões 17, 18 e 19: Daniela veio dizendo que havia participado de um teatro na escola e que havia gostado muito. Falou muito empolgada do seu personagem. Quando a terapeuta lhe chamou a atenção para a roupa que vestia, que era um top e uma calça bem justa, ela disse: *“Eu gosto de ser criança”*. Terapeuta: *“E o que tu gosta nos adultos?”* Daniela logo respondeu: *“Só de usar corrente, anel e brincos”*. Daniela também vivenciou um processo regressivo, pois brincou de tomar mamadeira, utilizando-se de um brinquedo, falou como bebê, cantou e até mesmo mostrou o dente que havia perdido. Nessa fase do processo terapêutico, Daniela parecia ter encontrado um espaço e as condições estáveis e seguras para poder se debruçar com confiança sobre seus conflitos, inseguranças e demandas infantis. Daniela retomou uma questão do início do processo terapêutico: ela desenhou novamente um coração partido por uma flecha. Quando perguntada a respeito, ela respondeu: *“Um coração e uma flecha lembra um coração machucado”* e fez a ligação com o seguinte pensamento: *“Minha mãe tinha duas escolhas, o bem e o mal. Ela foi pro mal. Tinha cadeia ou caixão e por enquanto é cadeia”*. Daniela seguiu o assunto contando que no ano passado, ela havia brigado com uma professora e inclusive teria jogado uma classe nela. Disse que agora são amigas. A terapeuta disse, então: *“Eu acho que tu sentiu uma revolta com a profe, né? Tu também tinha o bem e o mal dentro de ti, em teus sentimentos. Aí tu escolheu jogar a classe nela. Será que tua mãe também se sentiu angustiada e por isso fez escolhas ruins?”* Daniela logo fez a ligação de como se sentia revoltada por estar no abrigo por um período muito superior ao que haviam lhe dito que ela e os irmãos ficariam. Por conta disso, disse sentir raiva e vontade de voltar logo para a casa do pai.

Sessão 20: Nesse período, Daniela também trazia bilhetes para a terapeuta dizendo: *“Soraia, você é legal demais pra mim”* ou *“Tu tá me ajudando a esclarecer tudo*

as coisas da minha vida” e ainda: “*Eu não falava pra quase ninguém da minha família as minhas coisas e agora eu falo*”.

Sobre a Reavaliação (após as 20 sessões de psicoterapia)

Conforme avaliação do CDI, Daniela teve melhora significativa no funcionamento depressivo em comparação àquele apresentado anteriormente à psicoterapia. Os resultados foram de apenas 1 ponto para a presença de sintomas depressivos, o que significa uma remissão quase completa dos mesmos.

Os resultados da segunda aplicação do MCAST revelaram que Daniela teve desenvolvimento de sua capacidade de mentalização, já que ela demonstrou reconhecer melhor os estados mentais e os pensamentos das pessoas envolvidas nas histórias, muito embora ela ainda apresente dificuldades em reconhecer seu próprio estado mental.

Houve também modificações positivas nos indicadores relacionados ao apego, pois em todas as vinhetas ela demonstrou utilizar-se de estratégias interpessoais seguras, como se pode ver abaixo:

S: *Então tá, vamos lá. (movimentos) Eu já deixei a casinha aqui e eu queria que tu olhasse ela, que que tu acha que nós poderíamos fazer, mudar, fica bem à vontade.*

D: *(Trocou cama. Botou o guarda-roupa lá do outro lado. (movimentos) O bidê.)*

D: *Isso aqui é um fogão, né?*

S: *Pode ser um fogão.*

D: *Qualquer um dos dois pode ser?*

S: *Uhum. (movimentos)*

D: *Geladeira vai ficar aqui no cantinho (movimentos). Aqui no canto. Neste lugar o fogão. A pia aqui. Mesa aqui (murmura durante os movimentos)*

S: *Então tu arrumou o quarto, a cozinha também. Agora tu tá arrumando o banheiro e a sala (movimentos).*

D: *Uhum.*

S: *Tá. Então agora eu gostaria que tu escolhesse uma boneca prá ser tu, uma boneca D. Essa?*

D: *Uhum.*

S: *Tá. É uma boneca ou um boneco, prá ser, né, a pessoa que mais te cuida.*

D: *Tia Maria e meu pai.*

S: *A tia Maria e o teu pai?*

D: *Uhum.*

S: Que que tu acha?

D: Tia Maria. Tá. É um menino ou uma menina?

S: É uma menina.

D: Por causa que ela tem cabelinho curto.

S: Deu? Tá. Então vamos tirar as outras pessoas daqui (movimentos). Vamos deixar ali. Tu já botou a D. na cama dela, né?

D: Uhum.

S: Então, a primeira história, D., começa da seguinte forma. A D., foi dormir, tá dormindo e tal (representa o ronco)

D: Não é bem assim, de verdade.

S: Não? Como é que é então? (riso) Ah, é bem levinho? (riso)

D: É.

S: Então tá, então a D. tá lá dormindo desse jeitinho que tu fez, né, só que daqui a pouco: Achm! Ela levanta assustada, senta na cama fica assim ó (ujha, ujha....) a respiração ofegante porque ela teve um pesadelo horrível, horrível. E aí, que que acontece? Eu tô vendo que tu pegou a tia Maria, aí...

D: Não....

S: Tu trocou de cama?

D: É.

S: Por que?

D: Uhm, mais confortável.

S: Tu foi na cama da tia Maria?

D: Daí a tia Maria foi lá e perguntou: - que que foi? Daí a D. disse: - eu tive um pesadelo. Eu estou com medo. Aí a tia Maria. Daí a tia Maria; - você quer que eu fique um pouquinho aqui com você. Daí a D. disse: - claro. Daí a tia Maria fez a D. dormir. Aí a tia Maria foi pro quarto da D.

S: A Tia Maria foi para o quarto da D.?

D: Uhum.

S: E deixou a D. ali no quarto dela.

D: É, confortável.

S: Uhm.

D: Daí a tia Maria se levantou de manhazinha cedo prá fazer o café da D. Daí acordou a D. primeiro prá ela se arrumar antes de tomar café e ir prá escola. - Vamo D., vamo se acordar, pra ir para a escola, vou fazer teu café. Daí ela diz: - tá bom. Tia Maria tava lá preparando café ... uf, oh... (movimentos).

S: Tá, mas como é que a D. tá se sentindo?

D: (movimentos) Escorregou aqui, oh. Daí a D. foi se lavar.

S: Mas o que que a D. tá sentindo? Como ela tá se sentindo?

D: Não sei.

S: Que que tu acha?

D: Triste.

S: Triste como?

D: Triste, como é que eu vou te dizer triste. Triste.

S: Que que ela tá pensando? Sobre o que aconteceu do pesadelo dela?

D: Peraí.

S: Ahm?

D: Caiu....

S: Ah, tu trocou as bonecas?

D: Uhum.

S: Uhm.

D: Que que foi, mesmo, que tu perguntou?

S: Eu perguntei prá ti como a D. ficou pensando sobre o que aconteceu no pesadelo dela, o susto que ela tava.

D: Ela ficou triste. Foi se lavar triste. Tá, vamo lá, contar a história logo. Tá, ela tava triste e foi falar.

S: Essa é a D. agora?

D: Sim.

S: Tu trocou então?

D: Sim. Foi fazer as necessidades (movimentos).

S: A que era tia Maria agora é a D.?

D: É (movimentos). Ela foi até a cozinha. Bem triste.

S: Bem triste. E como é que a tia Maria tá se sentindo?

D: Meia triste também (movimentos).

S: E a D.?

D: Às vezes ela tá angustiada.

S: E como a tia Maria ... o que que tá pensando a tia Maria?

D: Será que ela tá bem? Será que ela não tá bem? Daí elas ficam olhando... fica olhando TV.

S: Uhm.

D: Daí tia Maria foi lá (movimentos) e disse: - você não está com fome D.? Daí ela disse: - que que você preparou de café da manhã hoje? - Fiz um bolo prá ti e um café. (movimentos). Aí dona Maria foi prá mesa (movimentos). A dona Maria aqui do outro lado.

S: A tia Maria acompanhou então a D.

D: É né.

S: Tá. Então vamos pra segunda história? Então agora essa daqui vai ser a D.?

D: Uhum.

S: Tá. Então me dá ela aqui (movimentos). Então a D. tá brincando no pátio e a tia Maria tá ali sentada na cozinha. Tá?

D: Cortando as batatinhas.

S: Cortando as batatinhas, tá? Então ela assim, oh: (cantarola, lá, lá....) Pupt, ui, uuuuu!! Aaaaaiiu! Tirou uma lasca do joelho. Ai que dor, D. (falam juntas), tá sangrando muito. Que que acontece?

D: A tia Maria vai lá. Faz ela lavar o machucado.

S: Como é que a D. tá se sentindo?

D: Tristinha.

S: Ai que dor! Que dor!

D: Daí ela foi lá, lavou o sangue, daí deixou ela na cama, pegou os curativo e botou. Descanse minha filha, prá amanhã você poder brincar. Só que não dessa maneira como você brincou hoje. Daí a D. diz: - tá bem. Mamãe. Quer dizer: - Maria... tia Maria vai lá, faz um chazinho prá mim. - Claro, já estou indo. Já volto (movimentos).

S: Aí a tia Maria foi lá e foi fazer um chá prá D.?

D: É.

S: E como é que a D. tá se sentindo agora?

D: Bem triste.

S: Olha lá prá ela.

D: Bem triste.

S: Bem triste. O que que ela tá pensando?

D: Que bom que eu tenho uma pessoa que cuida de mim.

S: Uhm. E a tia Maria o que que tá pensando?

D: Que bom que eu tenho como ajudar ela.

S: Uhm. Que que ela tá sentindo?

D: Ahm, quem?

S: A tia Maria.

D: Triste por ver que eu tinha machucado (movimentos).

S: Tá, daí tu colocou a tia Maria sentada no lado da D.?

D: É, né, a única coisa que ela tem prá fazer.

S: Tá, vamo prá outra história então?

D: Ih, é rápido esta tua história, hein?

S: Tu quer falar mais alguma coisa?

D: Não. Deixa. Deixa.

S: Tá, então vamos lá. A terceira história é que a tia Maria tá preparando almoço. Ela tá lá no fogão, na pia, enquanto ela faz a comida ela já vai lavando a louça também e a D. tá aí, onde tu tá. Tá brincando no pátio, daí ela foi aqui perto da árvore, aqui, daí ela colheu umas jabuticabas, ali, né. Ui! Só que... Ai, ai!! Ai, minha barriga, ai que dor de barriga horrível. Ai.

D: Ela grita: - Tia Maria, me ajuda, tô com dor de barriga.

S: (riso) E aí?

D: Aí a tia Maria vai lá, desliga o fogão, prá não queimar a comida...

S: Uhm.

D: E vai lá: - Que que foi, que que foi minha filha? A Tia Maria me chama de filha.

S: Uhm.

D: Daí a D. diz: - eu estou com dor de barriga. - Vai e deita na sua cama que eu vou levar um chá. Tá (movimentos). Foi lá e foi fazendo o chazinho dela.

S: Uhum.

D: Foi lá, levou e deu prá ela beber.

S: Tá.

D: (movimentos) Se sentou. Ahm. Daí ela se levanta um pouco e diz: - Tia Maria, eu quero brincar de novo. - Só não come muita jabuticaba. Vai ficar mal como agora. Foi lá fora e brincava no carrinho dela. Daí ela botou, colheu e botou dentro do carrinho a jabuticaba e levou prá tia Maria.

S: Uhum. Tá e como é que a D. tá se sentindo?

D: Bem, agora.

S: Bem?

D: Uhum.

S: Que que ela tá pensando?

D: Não sei. Vou saber?!

S: Tá e a tia Maria, o que que tá sentindo?

D: Um pouco triste porque toda hora a filha dela vai... a menina fica doente.

S: E o que que ela tá pensando?

D: Coitada dela. Ela sempre se machuca. Sempre doentinha. Daí ela vai e leva um pouquinho de jabuticaba prá tia Maria.

S: Uhum.

D: Deixar na geladeira pro lanche. E tia Maria bota lá na geladeira e no carrinho. E ela foi lá ver os bichinhos dela. As galinhas dela tava tudo ali.

S: Vamo fazer as galinhas?

D: É. E ela soltou as galinhas num instantinho.

S: Uhm.

D: E os galo, que tavam cantando.

S: Uhum.

D: Depois ela, depois, mais tarde, as galinhas tavam aqui. Aqui tinha um pezinho, de árvore.

S: Uhum.

D: (movimentos) Galinheiro no lugar. Oi, ela correu para os bichinho, tava os pintinho na mão, até que uma hora eles tiveram que entrar ...

S: Uhm, então a D. ta aí pegando os pintinhos.

D: Piu, piu, piu...

S: E como é que ela tá se sentindo agora?

D: Feliz.

S: Tá feliz? Uhm?

D: Pi, Pi, Pi...

S: Que que ela tá pensando?

D: Que bom que eu tenho alguma coisa prá me distrair e não ficar tão medrosa.

S: Uhm. Que bom que ela tem algo prá se distrair e não ficar tão medrosa.

D: Uhm.

S: Tá. Então vamos lá prá outra história. Tá? Agora, é assim. A D. foi prá escola (movimentos). Tchau galera, to indo prá escola. Tchau, tchau. Tá bom. Daí ela foi prá escola, e lá na escola... adivinha o que aconteceu? Ela fez uma tarefa que era bem difícilzinha que o professor mandou ela fazer. Só que ela pensou. Ah, eu tô gostando da tarefa, eu vou fazer ela bem caprichada, bem bonita, prá minha letra ficar bonita. E aí sabe o que o professor dela disse prá ela? D., você é dez. O seu trabalho é muito lindo. A sua tarefa ficou maravilhosa. Você vai levar um dez. E aí a D., ta aqui, oh. O que acontece com a D. quando ela recebe esta notícia?

D: Ela pula de alegria.

S: Já pegou o professor aí?

D: É. É isso aí. Brigada!

S: Deu um abraço no professor.

D: E foi até lá na Tia Maria...

S: Uhm.

D: ... contar prá ela (movimentos). – Tia Maria. Adivinha. Tirei nota dez na minha tarefa. – Que legal? Me dá um abraço.

S: Um, deu um abraço na tia Maria. Uhum.

D: Daí a tia Maria botou comida na mesa prá ela Tá.

S: Uhm. (movimentos)

D: Prá sentar e comer.

S: Uhum.

D: A tia Maria fez comida. Ela tava sentada e comeu tudo. – Tia Maria, me dá um copo de suco (movimentos). Tá pronto. Que rápida (movimentos).

S: Uhum. Que a D. tá sentindo agora?

D: Felicidade.

S: Felicidade? Em que ela tá pensando?

D: Eu vou continuar sempre assim.

S: Ahm.

D: Daí eu sempre vou ganhar uma nota dez.

S: Ahm. E o que a tia Maria tá sentindo?

D: Feliz. Ela tá feliz porque a D. conseguiu o que ela queria. Sempre ganhar uma nota dez por um professor.

S: Uhm, elas tão abraçadas, né?

D: Uhum.

S: É. O que a tia Maria tá pensando, então, disso?

D: Ahm, não sabe.

S: Que que ela poderia estar pensando?

D: Tá pensando que a D. é muito esperta.

S: Uhm. Bom. Então nós vamos prá outra historinha. Agora é assim, oh. Tem um monte de crianças no pátio. Tá? Isso aqui é tudo criança. Tá? Todo mundo conversando, dando risada e tal. E a D. tá aqui no pátio também. E aí, tem um colega, um amigo dela da escola que não gostou do que ela disse e eles oh: Uaaaahhhh, Uaaaahhh.... discutiram e aí todo mundo: sai daqui D., sai daqui. Vai embora guria, vai embora. E aí, o que acontece?

D: Ela fica triste e chora (movimentos).

S: Ela fica triste e chora. E aí?

D: Aí ela vai prá casa e conta prá tia Maria e tia Maria vai lá e xinga eles.

S: Então vai lá. Pega a tia Maria e faz a história como é que funcionou.

D: (movimentos) Como é que falaram isso da minha filha?!

S: Uhm.

D: Oi, agora todo mundo ficou quietinho.

D: Então você... ponto final com vocês. Vocês são uns baita de uns mal-educados.

S: Uhm. Como é que a D. tá se sentindo?

D: Triste e tá deitada na cama.

S: Triste e tá deitada na cama. Que que ela tá pensando de tudo isso que aconteceu?

D: Tá pensando assim, bah, que amigos que eu tenho, que, ahm, que não sabem o que a gente fala. Mas se fossem eles que falassem isso tinham que aceitar.

S: Uhm. Então ela tá se sentindo injustiçada também?

D: Como assim, injustiçada?

S: Ah, parece que eles fizeram uma maldade com ela que eles não deveriam ter feito. É uma injustiça.

D: É verdade.

S: Uhm. E o que que a tia Maria tá pensando?

D: Essas crianças abusadas. Pensam que podem fazer tudo com minha filhotinha.

S: Uhum. Agora o que que ela tá sentindo, Daiana?

D: Triste.

S: Triste?

D: Ela tá pensando porque eles foram fazer isso com minha filha

S: Uhm.

D: Que que ela faz da vida dela assim, desse jeito. Daí as duas foram dormir no mesmo quarto.

S: Uhm, elas foram dormir, tu botou elas na caminha juntas, né? Então agora, vamos prá última história?

D: Quantas histórias tem?

S: Uhm, seis. E agora vamos prá última, tá? Então agora, ahm. Na verdade tá toda esta galera aqui indo passear junto. Tá todo mundo agora, tá todo mundo de bem, né. E agora adivinha prá onde eles vão.

D: Não sei.

S: Que tu acha?

D: Não sei.

S: Eles vão num lugar muito legal. Eles vão visitar um lugar que é...

D: Zoológico?

S: Um zoológico! Vamos botar eles perto dos bichinhos. Ahm, tá todo mundo no zoológico e dizendo assim: bah, que legal, olha aquele pintinho, olha a cor dele que diferente. Bah, que tri, né? Que tri. Que legal isso. Botou todo mundo lá, né? E daí, a D., a tia Maria tá no acampamento, tá? Só que de repente a D. foi se distraíndo, foi olhando os outros animais e de repente a D. se perdeu dos outros. E aí... Olha onde que ela tá, D., e agora? Achgm, cadê os outros, cadê a turma toda? Ela tá perdida. Se perdeu dos outros. O que que acontece?

D: Ela ficou, mas vai gritar socorro, socorro, alguém me ajuda.

S: Então vai, faz aí.

D: Socorro, socorro, alguém me ajuda!! Nisso foi a menina olhar o que que era. Daí...

S: Qual menina?

D: Aqui.

S: Essa menina, uhm.

D: Daí ela disse: - cadê a D.? Daí disse que deve tá pedindo socorro. Deve tá na lagoa se afogando.- D., o que que foi? - Eu me perdi do grupo. - Vamos lá. Onde é que tu tava? - Eu não sei. - Ali tá a turma. Turma! Achei a D., achei a D..

S: Ahm, então a menina salvou ela.

D: Uhum.

S: Como é que a D. tá se sentindo?

D: Feliz por causa que ela tem alguém que observa ela.

S: Ahm.

D: Que se preocupa mais um pouco por ela também.

S: Aham.

D: Só.

S: E o que que ela tá pensando?

D: Como assim?

S: Que que ela tá pensando?

D: Ela tá pensando assim, será que alguém deve ter se preocupado além dela de mim?

S: Uhm.

D: Aí, nem se deu mais conta.

S: Nem se deu mais conta. E a tia Maria o que que tá sentindo?

D: A Tia Maria não sabe...

S: Ela não sabe? Que que ela deve tá pensando, então?

D: Eu não sei.

S: Que tu acha?

D: Triste por causa que quase ela perdeu uma criança.

S: E ela ficou se sentindo como?

D: Como era como ela tinha perdido uma criança...

S: Uhm. Uma criança. (falam juntas) Que que mais tu quer dizer?

D: Mais nada. Prá mim chega.

S: Prá ti chega? (riso)

D: De falar...

Análise

Vinheta 1 – Estratégia interpessoal segura com elementos de restrição e evitação. O alívio da angústia parecer ser relativo, e há necessidade de continuidade do contato entre a criança e o cuidador. A capacidade de mentalização parece limitada, precisa ser estimulada para responder e a descrição é pobre e sucinta. A narrativa tem elementos de desorganização.

Vinheta 2 – Estratégia interpessoal segura, mas a criança fica passiva, não busca proximidade. O cuidador vem e atende. O alívio da angústia não é completamente evidenciado. A capacidade de mentalização é restrita, nomeia em geral o estado mental de tristeza. A narrativa é coerente, mas sem profundidade nem riqueza de detalhes.

Vinheta 3 – Estratégia interpessoal segura. A criança solicita ajuda e a obtém. Parece haver alívio da angústia e brincado exploratório depois. A capacidade de mentalização é limitada em relação aos próprios estados mentais. Em relação aos estados mentais do outro é mais precisa e elaborada, parece haver mais capacidade de identificá-los. Narrativa adequada e mais desenvolvida.

Vinheta 4 – Estratégia interpessoal segura, mas o alívio depende da continuidade de contato com o cuidador. A capacidade de mentalização é descrita em poucas palavras, o estado mental predominante é tristeza. A narrativa é coerente.

Vinheta 5 – Estratégia interpessoal segura. O auxílio vem de uma amiga (alguém da sua idade). A capacidade de mentalização é mais precisa em relação ao outro do que a si própria. Enfatiza em várias histórias o fato (sentido como bom) de ter alguém que se preocupa com ela, que cuida dela. Quanto ao seu estado mental, usualmente é de tristeza. A narrativa é sucinta, sem profundidade de detalhes.

Caso 2: Pedrinho: O Ben 10...

Aos 10 anos de idade, durante um passeio com o avô e a prima, Ben quase foi atingido por uma nave alienígena, que deixou a Terra com um objetivo misterioso...

A nave deixou um dispositivo, parecido com um relógio.

Quando Ben se aproximou, o dispositivo grudou em seu pulso e com o tempo, ele descobriu que havia muito poder em seu relógio...

E com isso vieram as responsabilidades. Ben passa a ajudar as pessoas, a combater o mal e os seres que invadem a Terra e querem recuperar o dispositivo.

Apesar disso, Ben é um menino que adora aprontar e se divertir com os amigos.

Às vezes ele abusa dos poderes alienígenas, pelo fato de ser um menino travesso,

Mas toda vez que é preciso algum heroísmo, ele vira herói...

(A História de Ben 10. Origem: Wikipédia)

Pedro era um menino de 7 anos de idade e residia no abrigo há mais de 2 anos no momento de sua primeira avaliação. Sua mãe era moradora de rua e teve ao todo 4 filhos, sendo que Pedro era o segundo e o único menino. Ele e duas irmãs estavam residindo no abrigo porque seus pais eram presidiários e não havia, fora da instituição de abrigamento, quem pudesse se responsabilizar por oferecer às crianças os cuidados básicos necessários. A irmã mais nova de Pedro, ainda bebê, estava com a mãe no presídio, porém o abrigo já se preparava para recebê-la.

Em entrevista concedida pela diretora do abrigo onde Pedro residia, ela relatou que das três crianças abrigadas, Pedro parecia estar em pior estado emocional. De acordo com a diretora, foi quem passou pelos piores conflitos e experiências traumáticas: “Pedro foi rejeitado muitas vezes” (sic). Inicialmente, foi a própria mãe de Pedro que o trouxe para o abrigo, dizendo que não queria mais ficar com ele, pois o mesmo incomodava muito. Nesta

ocasião, a diretora contou que a mãe chegou à instituição com uma filha no colo e a outra segurando na mão. Pedro vinha mais atrás, com expressão assustada. Segundo a diretora, ela teve que intervir “para que o menino não continuasse a escutar todos aqueles absurdos que sua mãe estava dizendo dele” (sic). Sendo assim, foi solicitada ajuda para a Assistente Social do abrigo para que ela ficasse com o menino naquele momento, juntamente com suas irmãs, enquanto a diretora tentava conversar com a mãe. A mãe de Pedro disse que ficaria com a irmã maior e a menor, pois as duas ela daria conta de cuidar. Porém, como declarou a mãe (segundo a fala da diretora), “o menino, ela não queria mais, pois ele era terrível, um diabo”.

A mãe de Pedro já havia sido monitorada pela rede de Assistência à Saúde do município, desde sua adolescência, pois, além de seu histórico de desabrigada (chegou a morar embaixo da ponte) também fazia uso de drogas ilícitas e se prostituía. A mãe do menino havia passado por diferentes serviços de assistência e apoio psicossocial, porém nunca aderiu a qualquer apoio ou tratamento. “Nesse meio-tempo, foi tendo seus filhos” (sic). O pai de Pedro nunca teve contato com o abrigo, ele era presidiário há muitos anos e o menino “mal sabia dele”. A mãe de Pedro confidenciou à diretora do abrigo que a filha mais velha e o menino eram filhos do mesmo pai, porém quanto à filha menor ela não tinha certeza da paternidade.

A mãe de Pedro havia passado por relacionamentos amorosos bastante conflitivos, nos quais ela era agredida física e psicologicamente e continuava vivendo na rua. As crianças estavam sendo desatendidas e passando por experiências de violência e negligência. Sendo assim, o Poder Judiciário decidiu que as mesmas seriam abrigadas e a mãe deveria passar por internação para o tratamento da dependência química.

Depois de alguns meses de abrigamento, as crianças passaram a morar com uma tia, irmã da mãe, mas eram negligenciadas nos cuidados e necessidades básicas, conforme

relatou a diretora do abrigo. Ainda segundo suas declarações, Pedrinho vivia na rua e certo dia, esta tia do menino, que dispunha da guarda judicial deste, mandou um bilhete para o abrigo dizendo que “não o queria mais”. Segundo a diretora, “Pedrinho é um menino que ninguém quer”.

Por conta dessa situação e da negligência que as três crianças sofriam, elas foram novamente abrigadas. A mãe de Pedrinho teve diversas recaídas até ser presa por tráfico de drogas. Nessa ocasião, estava grávida da quarta filha. Por determinação da Justiça, o pai de Pedro e de sua irmã mais velha perdeu a guarda judicial das crianças, mas a mãe, “mesmo algemada e sem poder cuidar delas”, conforme relata a diretora, não quis abrir mão dos seus direitos e deveres em relação aos filhos.

A diretora do abrigo informou ainda que, como Pedrinho já tinha 7 anos, sua adoção seria dificultada. Segundo ela, ele já era uma criança institucionalizada, sendo que se adaptou às normas do abrigo, “não por gostar delas, mas por não ter muita escolha mesmo” (sic). A mãe de Pedro tentou contato com o abrigo e chegou a visitar os filhos em certa ocasião em que pode passar o feriado fora da prisão. Conforme a diretora, a mesma prometeu às crianças que as buscaria e as levaria para morar com ela na antiga casa em que moravam anteriormente. Porém, não pode cumprir suas promessas, por todas as determinações judiciais e por suas limitações enquanto mãe e cuidadora. Conforme relatou a cuidadora do abrigo, “as crianças ficaram bastante ansiosas e revoltadas” com tal promessa da mãe, por um lado por ser o desejo delas e por outro, por saberem que isso não aconteceria.

Por ocasião da avaliação, as crianças continuavam residindo no abrigo. A diretora havia sido informada que uma promotora de justiça aposentada teria resolvido adotar provisoriamente as duas meninas mais velhas e também a bebezinha, que por hora ainda

estava com a mãe no presídio. Essa pessoa teria declarado que “o menino, por incomodar muito, ela não queria ser responsável”.

Pedrinho, como é chamado por todos no abrigo, continuaria morando na instituição e por todas essas questões de sua história e de seu sofrimento, foi encaminhado à psicoterapia. Conforme entrevista com a cuidadora de Pedro no abrigo, ele era um menino triste, que se isolava das outras crianças e que tinha muitas dificuldades de aprendizagem. Ainda segundo a cuidadora, Pedro era um menino bastante retraído e quase não brincava. No pátio, gostava de subir em árvores e de passar muito tempo por lá. A cuidadora relatou que Pedro era apático e muito pouco afetivo, além de se envolver em brigas com colegas constantemente. Na escola, Pedro não estava bem e nem mesmo havia se alfabetizado. A cuidadora relatou que se ele continuasse assim, provavelmente perderia o ano letivo.

Sobre a Avaliação (antes da psicoterapia)

Pedro chegou ao primeiro encontro de avaliação bastante ansioso, perguntando muitas coisas sobre o consultório e quem o frequentava. Parecia tentar entender o que se passaria no *setting* terapêutico. Ele ficou de pé, por vezes andando pelo consultório, observando os brinquedos, os jogos e a terapeuta. Sentou-se somente quando foi solicitado, para que se pudesse fazer um *rapport* adequado.

Durante a aplicação do CDI, Pedro chegou a pedir para parar, dizendo que estava cansado. Precisou ser estimulado para terminar de responder o instrumento. Pedro se mostrou uma criança apática, parecendo não “ter energia” para brincar, sendo que também teve dificuldades de concentração ao longo da aplicação do instrumento.

Segundo o levantamento do CDI, Pedro apresentou uma significativa pontuação característica da depressão infantil, sendo que seu score atingiu 40 pontos.

Afirmações como: “*Nada vai dar certo pra mim*” ou “*Tudo de mau que acontece é por minha culpa*” estiveram presentes entre suas respostas. Nesse último item, Pedro ainda disse que se sentia culpado porque dava “*pauladas na cabeça de outras crianças, batia e brigava*” (sic). Tópicos como “*Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão*” e “*Eu me odeio*” também tiveram pontuação significativa. Essas afirmações pareciam fazer parte de um repertório bastante voltado à auto-agressão e a sentimentos hostis consigo mesmo. Além desses, também pode-se citar: “*Nada é divertido pra mim*” ou ainda: “*Eu não gosto de estar com pessoas*”.

Na sessão programada para a aplicação do MCAST Pedro não conseguiu realizar o procedimento. Ficou extremamente ansioso, dispersivo, buscava outros brinquedos. Indicou inicialmente que a pessoa que mais lhe cuidava era a Daniela, uma menina que vivia no mesmo abrigo e que também era atendida pela terapeuta.

Algumas hipóteses foram consideradas para essa dificuldade de realizar o procedimento:

- ⇒ Serem indicativas de apego inseguro, com elementos de desorganização;
- ⇒ O afastamento dos pais devido ao abrigamento e os sintomas depressivos afetam as representações de apego da criança, impossibilitando o acesso às mesmas mobilizado pelo procedimento;
- ⇒ A capacidade de mentalização possivelmente esteja prejudicada devido às experiências de negligência sofridas, rompimento de vínculo, impedindo a realização do procedimento.
- ⇒ Inadequação do procedimento para uma criança com as características de Pedro.

Sobre a Psicoterapia

Sessão 1: Pedro trouxe muitas questões sobre o consultório, questionando quem mais o freqüentava e chegou a dizer: *“Por que tu tanto tá aqui?”* Ele parecia explorar o ambiente, mexendo na cortina, nos brinquedos da estante, nos jogos e objetos que estavam ali. Olhando para o relógio, perguntou pelas horas: *“Quando chegar naquele número vai demorar, né?”* Na realidade, a terapeuta havia explicado a ele a posição dos ponteiros que indicavam o início e o término das sessões, ainda nos encontros de avaliação, depois que ele perguntou quanto tempo ele ficaria em atendimento. Depois de saber que ainda teria bastante tempo de atendimento, ele foi até a casinha de brinquedos, abriu e exclamou: *“Casa aberta!”* E ainda completou: *“Daí, agora é a casa da cobra aqui, né? Tava tudo fechado, só o rabo dela fica pra fora, é assim, ó!”* Ele colocou uma cobra de brinquedo dentro da casa, somente o rabo dela ficava aparecendo do lado de fora e então fechou a casa. Pedro parecia estar questionando o que poderia ser a “casa-consultório” e mais ainda: como seriam seus atendimentos. Pedro disse ainda: *“Quando a gente pega na mão as cobras matam”*. Logo depois dessa fala, Pedro dirigiu-se até a estante e pegou cinco carrinhos iguais, porém de cores diferentes e colocou-os no chão. Disse que ficaria com o azul (ele estava vestindo uma camiseta azul), pois esta era a cor do seu time preferido. Então Pedro perguntou até onde o carrinho azul iria e a terapeuta respondeu que ele iria até onde ele conseguisse. O menino então olhou rapidamente para a blusa branca da terapeuta e perguntou: *“O fusca (carrinho) branco não consegue alcançar o azul?”* A terapeuta respondeu que o fusca branco não deixaria o azul sozinho. Então, Pedro correu novamente para a casinha e pediu ajuda para tirar a cobra lá de dentro. Quando pegou novamente a cobra e fez com que ela mordesse o próprio rabo. A terapeuta ainda completou: *“O fusca branco vai ajudar o azul”*, mas Pedro respondeu: *“Não, porque ele é do mal”*. Ele pegou rapidamente uma varinha mágica de brinquedo na estante e disse: *“A varinha vai transformar ele em burro”*, referindo-se ao carro azul. A terapeuta procurou acolher Pedro

e ser continente, não fazendo interpretações, mas oferecendo-se para acompanhá-lo, mostrando que ele não estava sozinho, “*que o fusca branco iria estar naquele lugar para ajudá-lo quando ele tivesse dúvidas ou medo*”.

Passado o episódio dos carrinhos, Pedro pediu mamadeiras de brinquedo e um bico e brincou de bebê. Disse que não queria mais brincar, mas continuava ali, na brincadeira. Então a terapeuta disse a ele: “*Aqui eu posso te cuidar de verdade, não vai ser de brincadeira*” e Pedro respondeu: “*É*”. Depois cantou: “*Porque, porque, porque.... eu gosto de você*”. Parece que nesse momento, em alguma medida, ele havia se sentido acolhido. Apesar disso, a sessão foi bastante confusa, ele falou muitas coisas sem que a terapeuta pudesse entender, pegou muitos brinquedos, mas não conseguiu brincar com eles. Pedro demonstrou muita angústia e suas limitações na capacidade de mentalizar. Seus indicadores de depressão também ficaram evidentes quando ele se depreciou, falando que era do mal e se transformaria em um burro.

Sessão 2. Pedro parecia bem vinculado, apontando até mesmo a ligação com a sessão anterior: “*Só gosto de carrinho*” (sic), disse assim que entrou no consultório. Porém, por outro lado, começou a demonstrar o medo de perder esse vínculo com a terapeuta, pois logo foi perguntando, ao olhar para o relógio: “*Agora eu tenho que ficar quanto?*” ou ainda: “*Vai demorar muito? Um tempão aqui?*” e mais: ele questionou o que Daniela (outra paciente atendida e também abrigada na mesma instituição) fazia no consultório e se ela também ficava um “tempão”. No jogo “Cara a Cara”, quando lhe foi pedido para escolher uma figura (pessoa) que melhor o representasse, Pedrinho pode falar um pouco mais de si. Fez isso de forma idealizada, pois disse que “*é um menino bonito, que vai bem na escola e que adora carrinhos*”. Quando Pedro foi questionado sobre como o personagem do jogo se sentia, ele respondeu que o mesmo não era feliz, mas não soube dizer o porquê. Ao contrário, pediu à terapeuta que lhe desse bolacha e água. Quando ela

respondeu que não havia bolacha e que água ele poderia tomar no final da sessão, na sala de espera, Pedro disse que não queria mais “*contar nada*” (sic). Depois disso, falou em ter duas bocas e pegou novamente a cobra, como na sessão anterior. Dessa vez, a cobra mordida o próprio rabo e ele afirmou: “*Vai demorar pra gente morrer*”. Depois disso, Pedro transformou a cobra em um coração e também fez com ela as letras de seu próprio nome.

Sessão 3. Pedro disse que não queria mais brincar, porque não sabia. Depois expressou sua raiva da terapeuta, dizendo que ela não deixava que ele brincasse, mesmo que ela não tivesse dito qualquer coisa. Nesse momento, Pedrinho foi até o espelho da parede e ficou se observando por alguns segundos. Quando a terapeuta perguntou o que ele estava vendo, ele não conseguiu responder. A terapeuta, então, disse que estava vendo ele no espelho. Ele continuou em silêncio, depois correu para a estante e foi mexendo em vários brinquedos, mas sem brincar com qualquer um deles. Disse que não conseguia brincar, não queria e com isso cobriu o rosto, claramente angustiado.

A questão do espelho parecia muito significativa para Pedro que, como não conseguia enxergar-se, identificar seus sentimentos, medos e angústias, demonstrava sua limitação em relação à sua capacidade de mentalizar. A terapeuta, então, na tentativa de apresentar Pedro a ele mesmo, apontou o quanto ele estava triste e talvez se sentisse sozinho. Pedro correu para debaixo de uma poltrona e gritou, pedindo que a terapeuta não mais falasse com ele. Disse ainda que não queria mais brincar, porém logo depois voltou atrás e disse que queria brincar sim, mas de esconde-esconde. Ele olhou para o relógio e perguntou se a sessão já estava por acabar. Parecia que Pedro estava retomando algumas ansiedades muito primitivas experimentadas enquanto bebê, principalmente em relação ao vínculo com o cuidador. Para Pedro, naquele momento, perguntar sobre o relógio estava relacionado com a ansiedade de separação e de perda do objeto.

Sessão 4. Pedro chegou ao consultório machucado no rosto. Relatou que brigou com um menino, porém não conseguiu dizer como se sentia em relação a isso, ou mesmo contar mais detalhes do por que da briga. Demonstrava o medo de perder a atenção da terapeuta e o desejo de levar com ele sua atenção e seu cuidado, de maneira concreta. Essa manifestação ficou evidente em muitos momentos ao longo das primeiras sessões: Pedro insistia em querer levar o celular da terapeuta com ele ou o próprio gravador. Quando era esclarecido que ele teria ainda muitos encontros, mas que os aparelhos não podiam ser levados, ele se negava a brincar: “*Ah! Nem quero brincar nada, nada eu não quero*”. Pedro, a seguir, começou a correr pelo consultório, quis quebrar brinquedos, gritou com raiva, dizendo que queria brincar, não queria jogar e também afirmou: “*Eu bato nas pessoas da SAIDAN (abrigo)!*” A terapeuta teve que conter Pedro, que continuava dizendo que não iria brincar e que queria sair. A terapeuta afirmou a ele: “*Eu quero brincar contigo e estou aqui pra te dar essa atenção e esse cuidado. Então eu vou ficar aqui te esperando*”. Depois de um breve momento de silêncio, Pedro se aproximou e pegou alguns brinquedos, afirmando que não queria brincar. Depois disso, também disse: “*Eu não quero que tu me cuida*”.

Pedro continuou com suas negativas: “*Eu não quero ficar aqui, eu não quero, não ficar aqui*”. Continuou expressando sua agressividade: “*Eu não sou mais do Grêmio, eu sou do diabo*”. A terapeuta respondeu: “*Por que?*” Pedro retrucou: “*Pra ajudar a matar*”. A terapeuta teve a função de conter agressão. A sessão chegou ao fim e a terapeuta disse ao menino que estaria lhe esperando na semana seguinte.

Sessão 5: Quando Pedro voltou ao consultório, na semana seguinte, sua postura havia mudado. Ele questionou novamente o relógio e quanto tempo ele ainda tinha para ficar brincando. Pegou muitos brinquedos e os explorou, perguntando como funcionavam. Correu para a frente do espelho e ficou se observando. A terapeuta interveio: “*O que tu tá vendo?*” E ele respondeu: “*Eu to brabo*”. Quando questionado sobre seu sentimento de

estar brabo, ele não soube responder. Ao contrário, ficou em silêncio, mas parecia pensar sobre si mesmo. Então, novamente a terapeuta busca intervir promovendo sua capacidade de mentalizar perguntando: “*E em mim, o que tu tá vendo?*” Ele respondeu: “*Tu não quer brincar, tá braba*”. Pedro, então, foi convidado a pensar sobre seus sentimentos e suas projeções sobre a terapeuta. Foi-lhe esclarecido que na realidade, ele é quem estava se sentindo brabo e que não queria ou não sabia brincar. Também foi esclarecido que a terapeuta estava tentando ajudá-lo a compreender as coisas que ele sentia e pensava. Na mesma sessão, Pedrinho brincou e parecia muito mais calmo.

Sessão 6. Pedro começou a falar dos desenhos animados que assistia na TV e tentou desenhá-los, mas inicialmente não conseguiu. Desistiu dos desenhos e atribuiu isso ao fato da terapeuta não gostar dele. Tentou agredir a terapeuta, fazendo de conta que iria matá-la com uma arminha. Reproduziu uma figura bastante rudimentar, em cima de um skate. Disse que era ele mesmo.

Sessão 7. Pedro entrou no consultório e disse que queria comer. A terapeuta respondeu que durante toda a sessão ele teria sua atenção e seu cuidado. Ele conseguiu explorar alguns brinquedos e brincar, porém em dado momento quis brincar de dormir à noite e que a terapeuta lhe acordasse para ir à escola. Assim brincou e o papel de maternagem foi feito pela terapeuta. Ele parecia querer ser realmente cuidado, por isso foi reproduzida em brincadeira uma rotina em que ele escovava os dentes antes de dormir, deitava na cama quentinha e no dia seguinte, era acordado pela terapeuta, que também lhe perguntava se ele havia arrumado a cama. Na brincadeira, foi preparado o café da manhã, sendo feita a associação de que ele recebia isso do abrigo também. Ele então exclamou: “*Vamos brincá que tu era minha mãe?*” Ele pediu que a terapeuta fizesse a comida quando ele voltasse da escola e assim foi feito. Ele fez de conta que degustava a comida de brincadeira e de repente, pegou o telefone de brinquedo e simulou que iria ligar para a

polícia. Ele parecia fazer a relação com a mãe de verdade, que estava presa. A terapeuta, com outro telefone, lembrava-o da consulta marcada com ela.

Sessão 8. Pedro perguntou: “*Vamo brincá ingual ontem?*” e foi logo pegando o celular de brinquedo. A terapeuta interveio: “Tu quer brincar de mamãe e filhinho?” Então Pedro olhou o relógio e questionou a posição dos ponteiros. Pediu uma folha para desenhar, e chamou a terapeuta de mamãe. Pediu que ela ficasse olhando enquanto ele desenhava um menino, segundo ele, “fortão”. Pedro disse: “Fica oiando (olhando) que eu vou desenhar ele com um musco (referindo-se a músculo) aqui no braço dele”. A terapeuta então lhe perguntou o que ele pensava do menino que tinha essa força e ele respondeu: “Eu tenho”.

Sessão 9. Pedro fez um desenho em que ele reproduziu sua família: suas irmãs e sua mãe, porém a figura da mãe era a mais rudimentar, seu corpo era um emaranhado de linhas e não possuía rosto, enquanto as outras figuras estavam mais integradas, com rosto, cabelo, corpo e membros definidos. Escreveu várias vezes a palavra “tio” em uma nuvem, “tia” e padrinhos também. Limitou-se a dizer que o pai estava na prisão. A terapeuta, então, ajudou-o a pensar em sua família, falando sobre sua realidade, que ele estava no abrigo, pois seus pais não conseguiam cuidar dele e que, na realidade, ele tinha os tios e as tias do abrigo nesse papel justamente por não ter esse cuidado dos pais biológicos. Pedro foi questionado sobre como ele se sentia diante disso, mas ele não respondeu.

Sessão 10. Pedro começou a brincar bastante, conseguindo se concentrar nas brincadeiras, criar regras para os jogos e se divertir com isso. Por outro lado, a questão do relógio, de perguntar quanto tempo ainda tinha para brincar, ainda estava bastante evidente como um medo de perder a atenção da terapeuta. Pedro também brincou na casinha, de mamãe e filhinho. Ele colocava um bebê no berço e a mamãe cuidando dele, ao lado, na cama. De repente, ele pegou outro boneco e disse ser o Pedrinho, porém ele deveria dormir

no sofá. Logo depois, pegou um carro de brinquedo e colocou-o dentro da casa. Continuou brincando e parecia demonstrar que estava mais ciente de que realmente não tinha o cuidado dos pais, como gostaria. No entanto, Pedro parecia compreender, aos poucos, que isso não se devia às suas crenças de ser um menino mau (como o diabo) ou burro (como ele havia nomeado nas primeiras sessões).

Sessão 11. Gradativamente, Pedrinho conseguiu falar como compreendia a prisão de sua mãe, relatando que ela foi presa porque o pai mentiu e ela não disse que ele era culpado. Quando Pedro falou do abrigo, disse que estava na instituição porque havia incomodado muito. A terapeuta então pensou com ele: *“Como tu acha que tu incomodou?”* Ele não soube responder. Ela disse a ele: *“Tu sabe que aqui tu também disse que não queria brincar, tu te escondes embaixo da poltrona, lembra? Então, na verdade, tu tava dizendo que tava angustiado, que tu precisava de atenção e de carinho. E tu viu que eu não te abandonei?”* Pedro, pensativo, afirmou: *“Eu não incomodo”*. Pedro continuou pedindo para brincar de mamãe e filhinho, mas depois de dizer isso, logo se distraiu com outros brinquedos e jogos.

Sessão 12. Pedro gostava de brincar com cartas e geralmente as dividia com a terapeuta e inventava diferentes regras para jogar. Continuava falando do relógio e do tempo que tinha para ficar ali, no consultório. As intervenções verbais da terapeuta geralmente eram direcionadas a fazê-lo pensar sobre si mesmo e sobre seus sentimentos, os seus e os dos outros, ou seja, como ele se via na mente das pessoas próximas, como a própria terapeuta, a cuidadora e também sua mãe.

Sessão 13. Pedro parecia ter realmente aprendido a brincar. Até que começou a tentar gratificar a terapeuta, fazendo mágicas, segundo ele para que a *“terapeuta gostasse”*. Em diferentes sessões, ele trazia as mágicas que havia aprendido e junto com a terapeuta, divertia-se bastante. Ele também fez movimentos importantes no sentido de identificar seus

sentimentos e o dos outros. Conseguiu dizer que sentia saudade da mãe e que muitas vezes ficava triste por saber que ela estava presa. Pedro relatou que “achava que sua mãe também estava triste na prisão”. Em outro momento, ele contou que foi visitar a mãe na prisão e que lá havia uma sala onde a mãe podia encontrá-lo, junto com as irmãs. Pedro ainda relatou que foi nessa ocasião que conheceu a irmã, nascida na prisão e que continuava com a mãe. Ele relatou: “Eu só dizia, ah! Que coisinha bonitinha a minha irmãzinha, que nasceu lá na prisão, coisinha mais bonitinha. Ela engatinha no chão”.

Sessão 14. Pedro pediu para brincar de “Cara Maluca”, jogo em que o participante tem um tempo limitado para montar um rosto, colocando um tipo de boca no rosto de brinquedo, um modelo de nariz, olhos, cabelo... Parecia que ele, simbolicamente, começava a enxergar a mãe (figura cuidadora, quem exerce a função materna), através do reconhecimento de seu rosto, como fazem os bebês recém-nascidos. Antes disso, conforme ele reproduziu em um desenho, sua mãe era uma figura bastante regressiva e sem rosto.

Sessão 15: Pedro pediu para sentar na cadeira da terapeuta e depois fez um desenho em que ele reproduziu um menino forte e uma pessoa que treinou o menino forte. Nas pontas da folha, colou alguns rostos de figuras com diferentes expressões e foi dizendo que um era o mal-educado, o outro era o brabo, o outro o bonzinho, que tinha um sorriso no rosto. Destacou esse último. Pedro ainda colocou que o que ele chamou de forte era a figura de um leão descansando. Quando perguntado sobre o que ele pensava daquele desenho, Pedro disse que era forte. Quando questionado sobre como se sentia, disse ser “*bonzinho e forte*”. Perguntado se ainda precisava do treinador, ele respondeu que ainda precisava, sim. Depois disso, pediu o jogo “Bloco Mágico”, que possui diferentes peças que, articuladas, formam uma casa. Ele pediu ajuda para construir uma casa e assim foi feito. Desenhou uma casa e disse se tratar da casa branca, a casa de verdade, onde ele e as irmãs moravam antes da mãe ser presa. Pedro colou uma figura dentro da casa onde havia

a imagem de três crianças, que ele nomeou como sendo ele e duas irmãs. Desenhou uma flor ao lado e disse se tratar da mãe, que ele chamou de feia. Ao final da sessão, ele quis levar o desenho com ele. A terapeuta trabalhou com ele que o desenho deveria ficar em sua pastinha, que tinha um lugar ali no consultório, mas que ele levaria com ele, em forma de sentimento, tudo o que ele havia feito e vivenciado naquele lugar, o *setting* terapêutico.

Sessão 16. Pediu para brincar. Olhou os brinquedos e então quis jogar carta. Segundo ele, “cartas de verdade”. Perguntou há quanto tempo já estava ali e também brincou de arminha e de espada. Perguntou de quem era o consultório. Tentou desenhar a lindinha (boneca superpoderosa). Disse que era a terapeuta.

Sessão 17. Pedro pediu duas folhas para desenhar. Em uma folha de papel ele reproduziu duas casas, similares àquela que ele nomeou como “a branca, onde ele, as irmãs e a mãe moravam” antes de seu abrigo. Em uma das casas, ele reproduziu uma figura bastante regressiva, disse que era um menino que morava lá. Na outra casa, ele desenhou uma figura (menino) bem mais completa. Desenhou seu rosto com clareza, o tronco, os membros. Colocou na figura um cabelo bem curto, como o seu. Ele parecia comparar o seu “antes” com seu estado atual. Na outra folha desenhou um herói, segundo ele, o Ben 10, “do desenho” (sic) animado. Pedro declarou que esse herói tinha um relógio e com esse objeto no pulso, ele podia se transformar em um herói, em um menino forte.

Sessão 18. Pedro trouxe para a terapeuta um desenho e disse: “*Olha, eu fiz pra ti. É o relógio do Ben 10*”. No desenho havia realmente o desenho de um relógio. Foi interessante a compreensão que Pedro trouxe em relação ao relógio. Antes, ao longo de muitos atendimentos, sua preocupação com o relógio concentrava seu medo de perda da atenção e da continência que ele estava recebendo. O relógio, para Pedro, simbolizava a iminência de perder o vínculo e a segurança recebidos da terapeuta. Em dado momento, o

relógio passou a representar também o vínculo solidificado, seguro, a partir do qual ele poderia elaborar um senso mais integrado e coerente de *self*.

Sessão 19. Pedro passou a brincar muito mais nas sessões e passou a explorar jogos e brinquedos que ainda não havia brincado. Parecia curioso e disposto a aprender sobre novas brincadeiras. O “brincar” para Pedro, passou a ser preponderante para suas elaborações infantis. Ele conseguia, através das brincadeiras, falar de si e de suas questões, como visto anteriormente, em suas falas e associações com heróis ou mesmo em jogos como “Cara Maluca”, nos jogos de carta, no “Cara a Cara” e também nas brincadeiras que ele mesmo inventava, o que ficou bastante evidente nas “mágicas” que ele fazia. Seu funcionamento depressivo parecia ter sido atenuado. Exemplo disso foi quando ele pediu para brincar de massinha e quis moldar um boneco, mas não conseguia fazer os braços adequadamente, pois caíam, não “colavam” no boneco. Ele, então, pediu ajuda para a terapeuta. Pedro disse: *“Tu me ajuda? Tá caindo tudo, eu não to conseguindo”*. Pedro, ao pedir ajuda, estava mais ciente de suas limitações, mas sabia que podia contar com a terapeuta para auxiliá-lo. Em outros momentos, ele teria desistido de brincar.

Sessão 20. Pedro chegou contando das brincadeiras com os meninos do abrigo ou da escola e que ele e alguns colegas teriam assistido a um filme no cinema. Fez o relato do passeio muito contente e falando com detalhes sobre como foi. Quando Pedro era questionado sobre como estava se sentindo, ele dizia que estava “muito bem”.

Sessão 21. Pedrinho chegou ao consultório dizendo que sua mãe havia falado com ele por telefone e ela teria dito que em cinco dias sairia do presídio e então, ficaria com ele. Neste dia, Pedro parecia estar agitado, pediu para jogar o “Jogo da Memória”, que tinha vários bichos estampados como figuras. Não quis conversar sobre o que contou, apenas pediu para brincar. Ele também quis jogar futebol de botão. Depois disso, a terapeuta conversou com ele sobre o que ele estava sentindo: *“Pedrinho, hoje tu veio aqui dizendo*

que tua mãe te ligou e que ela vai sair da cadeia em cinco dias, mas eu acho que tu mesmo sabe que isso não pode acontecer, pelo menos, não ainda". Ele retrucou: "*Pode sim. Eu quero*". E a terapeuta completou: "*Isso mesmo, tu quer. Por isso que tu tá tão inquieto hoje. Na verdade, tua mãe não tem mais a guarda das outras meninas, porque aquela tia de POA tá cuidando delas agora*". Enquanto a terapeuta falava, ele a observava quieto, atento. Parecia que Pedro já estava mais estruturado, a ponto de ter uma conversa mais complexa e entendê-la. A terapeuta continuou: "*Eu acho que tu tá bastante angustiado porque queria que fosse verdade, que tua mãe realmente ficasse contigo e com as tuas irmãs, porém, isso não é possível agora. Eu acho, Pedrinho, que tu também já sabe disso*". Pedro, então respondeu: "*É verdade sim!*" Diante do silêncio da terapeuta, ele gritou: "*Nããã!*" Continuando a conversa, a terapeuta ainda completou: "*Isso! Tu tá triste, né?*" Diante da afirmativa dele, ela completou: "*Tu viu que quando tu abriu a defesa daqueles jogadores no jogo de futebol meu time fez gol? A mesma coisa aconteceu contigo, lembra? Quando eu abri a defesa do meu time, tu fez gol também*". Pedro permanecia atento à terapeuta e ela continuou: "*Quando tu diz o que tu sente e pede ajuda, eu consigo saber como te ajudar*". Então a terapeuta pediu que ele contasse como estava se sentindo e ele respondeu que se sentia bem. Porém, como ele parecia agitado e triste, ela disse: "*Sabe o que eu acho?*" Pedro: "*Quê?*" Terapeuta: "*Que tu tá com medo*". Pedro: "*Quê?*" Terapeuta: "*De que não seja verdade o que tua mãe disse.*" Pedro: "*É*". Depois desse diálogo, ele falou algumas coisas relativas às sessões anteriores, ao número de faltas que ele havia tido ao longo das sessões, dizendo que havia ficado doente, como na sessão anterior, mas ao final, Pedro parecia estar mais calmo, apesar de esboçar silêncio e um certo descontentamento.

Sessão 22. Pedrinho voltou a fazer alguns números de mágica e não quis falar na mãe. Desenhou seus heróis preferidos e parecia estar bem. Quando perguntado sobre o que

pensava, por vezes dizia que não pensava nada. Em outros momentos, ficava em silêncio. Quando questionado como estava se sentindo, ele respondia que estava bem. Continuava falando do relógio, olhou o relógio da parede, depois desenhou o relógio do Ben 10.

Sessão 23. Pedro continuou desenhando personagens de desenhos animados e de forma bastante imaginativa, foi contando alguns episódios que gostou de assistir. Ele foi preparado para o fato de que, nas duas sessões seguintes, passaria pela reavaliação. Depois disso, continuaria recebendo o atendimento que necessitava, conforme combinado. Pedro parecia aceitar tudo tranquilamente e não se mostrou resistente à continuação do processo.

Sobre a Reavaliação (após as 23 sessões de psicoterapia)

Conforme a re-aplicação do CDI, Pedro demonstrou melhora muito expressiva em seus indicadores de depressão, sendo que o levantamento do instrumento apontou apenas cinco pontos, ou seja, escore insignificante para a caracterização da patologia. Segundo uma análise qualitativa das suas respostas, tópicos como: *“Eu gosto de mim mesmo”*, *“Eu tomo decisões facilmente”*, *“Eu não temo sentir dor nem adoecer”*, refletem que Pedro superou algumas dificuldades afetivas em relação a si mesmo. Outras questões como: *“Eu me divirto com muitas coisas”* ou *“Eu gosto de estar com pessoas”*, são evidências de mudanças em suas atitudes. Afirmações como *“Eu faço bem a maioria das coisas”* e *“Sou tão bom quanto outras crianças”* denotam uma modificação na sua autoestima e que Pedro consegue pensar mais adequadamente sobre suas capacidades.

A segunda aplicação do MCAST revelou indicadores de apego inseguro na maioria das vinhetas. Sua capacidade de mentalização ou pareceu limitada ou não pode ser identificada. Pedro ficou ansioso durante o procedimento. Os resultados do levantamento do instrumento refletiram a necessidade de Pedro continuar recebendo ajuda psicoterapêutica, o que lhe foi assegurado:

Vinheta 1 – Estratégia não interpessoal insegura evitativa. Foco no auto cuidado. Não há busca de proximidade. Omissão da mãe na narrativa (figura que havia sido escolhida como a que mais cuida dele). A capacidade de mentalização parece limitada, não houve desenvolvimento relativo ao estado mental dos personagens. A narrativa foi pobre, sucinta.

Vinheta 2 – No início da segunda história substitui a pessoa que mais cuida dele. Primeiro diz que é a mãe (só que escolhe um boneco criança), depois escolhe outro boneco e diz que é a terapeuta. Estratégia não interpessoal evitativa. Após estímulo, inclui a possibilidade de ajuda do cuidador. Porém não desenvolve a história, precisa de estímulo. Alguns fenômenos desorganizados (inversão do cuidado, quebras na estratégia). Capacidade de mentalização não evidenciada. Narrativa pobre.

Vinheta 3 – Estratégia não interpessoal insegura evitativa. Como nas outras vinhetas, a criança resolve o problema sozinha. Há quebras na narrativa, sugerindo a presença de fenômenos desorganizados. A narrativa não mantém uma linha, uma sequência coerente. A capacidade de mentalização é muito pobre, não fica evidenciada.

Entre as histórias se dispersa, quer fazer outras coisas, necessita de constante estímulo para retornar para o procedimento. Fenômenos desorganizados.

Vinheta 4 – Estratégia insegura desorganizada. Quebras na narrativa, não há uma sequência lógica. Capacidade de mentalização não evidenciada.

Vinheta 5 – Estratégia insegura desorganizada. Quebras na narrativa, não há uma sequência lógica. Capacidade de mentalização não evidenciada.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhores Responsáveis:

Visando a contribuir para o campo de conhecimentos sobre as relações familiares, suas dificuldades e transformações, desenvolveremos um estudo que terá como objetivos analisar essas relações, identificar as formas de enfrentamento dos problemas vividos e avaliar o atendimento prestado às crianças/adolescentes e seus responsáveis, quando atravessam essas dificuldades.

Sua participação nesse estudo, assim como a da sua filha/seu filho, ou criança sob sua responsabilidade no abrigo, implicará a realização de algumas entrevistas de avaliação e no atendimento psicológico oferecido pela psicóloga responsável pelo estudo. Alguns testes psicológicos também poderão ser utilizados (cujos procedimentos implicam responder perguntas, em realizar desenhos e contar histórias). A qualquer momento você pode solicitar o esclarecimento das suas dúvidas, bem como desistir de participar, sem qualquer prejuízo para todos os envolvidos.

Todos os dados e informações obtidos nas entrevistas de avaliação e atendimento serão confidenciais, e ficarão arquivados por um período de 5 anos sob os cuidados da pesquisadora responsável. O conhecimento que tais dados possibilitarão poderá ser divulgado em publicações de caráter científico, preservando-se totalmente a identidade dos participantes.

A pesquisa não implica em qualquer risco para você, para seu filho/sua filha ou criança sob sua responsabilidade no abrigo. Poderá ser experimentado algum desconforto ao tratar de assuntos relacionados aos problemas nas relações familiares, mas ao participar do estudo você receberá o benefício do atendimento psicológico que também está sendo oferecido pelo Projeto Sentinela, pelo tempo que necessitar.

A pesquisadora responsável por este estudo é a psicóloga Soraia Schwan (CRP 07/15272) sob orientação da professora Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires, que pode ser contatada pelo telefone 3590-8121, ramal 1206, na Unisinos. Este documento consta de duas vias, uma das quais permanece em seu poder.

Eu, _____, declaro que fui informada(o) de forma clara e detalhada dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa acima descrita e:

- () autorizo a realização do estudo e concordo em participar;
() autorizo a criança _____ a participar do estudo.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Soraia Schwan

Assinatura da professora responsável: _____

Vera Regina Röhnelt Ramires

Local e Data: _____

ANEXO C

QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS

1. Há quanto tempo a criança está no abrigo?
2. Como foi o ingresso dessa criança no abrigo?
3. Quais são as informações a respeito da história da criança?
4. A criança tem contato com familiares? E a instituição, tem contato com os familiares da criança?
5. Como é o comportamento da criança no dia-a-dia?
6. Como essa criança se relaciona com os cuidadores responsáveis?
7. Como essa criança se relaciona com outras crianças?
8. Quais as características mais marcantes dessa criança?
9. Você identifica alguma (s) dificuldade (s) nessa criança? Qual (is)?
10. Você gostaria de acrescentar algo sobre a criança?

ANEXO D

Children's Depression Inventory

CDI

Nome: _____ Sexo: () M () F
Idade: _____ anos

Por favor, responda aos itens assinalando com um "X" a opção que você julga ser a mais apropriada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente, do que você realmente acha.

Veja o seguinte exemplo:

- 00 - () Eu sempre vou ao cinema
() Eu vou ao cinema de vez em quando
() Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se é muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa. **Marque só uma alternativa em cada questão.**

Se você tem alguma dúvida, pergunte agora. Caso contrário, vire a página e comece a responder.

Seja sincero (a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

Children's Depression Inventory

CDI

- 1) () Eu fico triste de vez em quando
() Eu fico triste muitas vezes
() Eu estou sempre triste
- 2) () Para mim tudo se resolverá bem
() Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
() Nada vai dar certo para mim
- 3) () Eu faço bem a maioria das coisas
() Eu faço errado a maioria das coisas
() Eu faço tudo errado
- 4) () Eu me divirto com muitas coisas
() Eu me divirto com algumas coisas
() Nada é divertido para mim
- 5) () Eu sou mau (má) de vez em quando
() Eu sou mau (má) com freqüência
() Eu sou sempre mau (má)
- 6) () De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer
() Eu temo que coisas ruins me aconteçam
() Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão
- 7) () Eu gosto de mim mesmo
() Eu não gosto muito de mim
() Eu me odeio
- 8) () Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
() Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
() Tudo de mau que acontece é por minha culpa
- 9) () Eu não penso em me matar
() Eu penso em me matar
() Eu quero me matar
- 10) () Eu sinto vontade de chorar de vez em quando
() Eu sinto vontade de chorar freqüentemente
() Eu sinto vontade de chorar diariamente
- 11) () Eu me sinto preocupado de vez em quando
() Eu me sinto preocupado freqüentemente
() Eu me sinto sempre preocupado
- 12) () Eu gosto de estar com pessoas
() Freqüentemente, eu não gosto de estar com pessoas
() Eu não gosto de estar com pessoas
- 13) () Eu tomo decisões facilmente
() É difícil para mim tomar decisões
() Eu não consigo tomar decisões
- 14) () Eu tenho boa aparência
() Minha aparência tem alguns aspectos negativos
() Eu sou feio (feia)

- 15) () Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim
() Com freqüência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa
() Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
- 16) () Eu durmo bem à noite
() Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites
() Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
- 17) () Eu me canso de vez em quando
() Eu me canso freqüentemente
() Eu estou sempre cansado (cansada)
- 18) () Eu como bem
() Alguns dias eu não tenho vontade de comer
() Quase sempre eu não tenho vontade de comer
- 19) () Eu não temo sentir dor nem adoecer
() Eu temo sentir dor e ficar doente
() Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente
- 20) () Eu não me sinto sozinho (sozinha)
() Eu me sinto sozinho (a) muitas vezes
() Eu sempre me sinto sozinho (sozinha)
- 21) () Eu me divirto na escola freqüentemente
() Eu me divirto na escola de vez em quando
() Eu nunca me divirto na escola
- 22) () Eu tenho muitos amigos
() Eu tenho muitos amigos e gostaria de ter mais
() Eu não tenho amigos
- 23) () Meus trabalhos escolares são bons
() Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes
() Eu tenho me saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa)
- 24) () Sou tão bom quanto outras crianças
() Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças
() Não posso ser tão bom quanto outras crianças
- 25) () Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém
() Eu não tenho certeza se alguém me ama
() Ninguém gosta de mim realmente
- 26) () Eu sempre faço o que me mandam
() Eu não faço o que me mandam com freqüência
() Eu nunca faço o que me mandam
- 27) () Eu não me envolvo em brigas
() Eu me envolvo em brigas com freqüência
() Eu estou sempre me envolvendo em brigas

ANEXO E

The Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)- Adaptação

Procedimentos de Aplicação e de Avaliação

(adaptado de Green, J., Stanley, C., Smith, V. & Goldwyn, R., 2000. A new method, of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & Human Development*, 2(1), 48-70).

Aplicação

Procedimento

A criança é introduzida ao procedimento no ambiente do consultório, que inclui uma casa de bonecas com mobília e bonecos. É solicitada a escolher um boneco que represente ela mesma e um boneco que represente a pessoa que mais lhe cuida, ou então o cuidador primário que é do interesse do entrevistador. Uma vinheta inicial do café da manhã representa uma introdução ao procedimento, um aquecimento, e uma comparação com uma produção que não seja sobre o apego. Há então cinco vinhetas de angústia relacionadas ao apego. Em cada uma a criança é colocada numa situação específica de angústia com o cuidador presente, mas não próximo; isto dá à criança a oportunidade de representar o comportamento de busca de proximidade ao completar a história.

Na **primeira vinheta** a criança desperta sozinha à noite com um pesadelo.

Na **segunda vinheta** está brincando fora de casa, cai e machuca um joelho que dói e sai sangue.

Na **terceira vinheta** tem uma dor de barriga aguda.

Na **quarta vinheta** a criança tem uma discussão com um amigo(a) na escola e é deixada de lado (rejeitada) antes de voltar para casa onde os pais estão – a angústia aqui é a da rejeição pelos pares.

Na **quinta vinheta**, e última, a criança de repente se encontra perdida e sozinha enquanto faz compras com os pais no meio de muita gente (shopping ou supermercado, por exemplo).

Inserida entre as vinhetas da doença e da rejeição pelos pares há uma vinheta de “realização”, na qual a criança faz um bonito desenho na escola e recebe um elogio do professor antes de levar o desenho para casa para mostrar ao cuidador.

Para cada um dos cinco cenários de angústia, há uma fase de indução na qual o entrevistador amplifica a intensidade da angústia representada no boneco-criança para um ponto no qual o entrevistado está claramente envolvido e identificado com a situação apresentada na cena.

A segunda fase da vinheta começa então quando a criança, engajada empaticamente na história e identificada com a angústia contida na mesma, dramatiza uma conclusão para a história com o material disponível. Quando a criança completou a história, o examinador toma a iniciativa mais uma vez com questões estruturadas visando a: clarificar a intenção por trás do jogo (o que a criança fez enquanto estava aflita, como (e se) o cuidador respondeu, identificar o grau de alívio da angústia, e iniciar as atribuições do estado mental dos bonecos.

“Você pode me contar o que aconteceu nessa história?”

“Por que?”

“Você pode me contar como o boneco-filhinho está se sentindo agora?”

“Você pode me contar como o boneco-papai (ou boneco-mamãe) está se sentindo agora?”

“Você pode me contar o que o boneco-filhinho está pensando agora?”

“Você pode me contar o que o boneco-papai (ou boneco-mamãe) está pensando agora?”

“O que a boneca-criança gostaria de fazer?”

Depois que as seis vinhetas foram completadas, o entrevistador encerra com um período de brinquedo livre no qual a criança é solicitada a brincar de alguma coisa que a família gosta de fazer em conjunto. Este período é planejado para funcionar como um “desligamento gradual”, uma oportunidade para a criança se recompor e se reorganizar antes da entrevista terminar. A entrevista leva entre 20 e 30 minutos para sua realização.

Avaliação

Categorias de Análise:

I – Comportamentos relacionados ao apego / Fenômenos desorganizados;

II – Capacidade de mentalização - Coerência da narrativa (Qualidade bizarra do conteúdo da narrativa, afeto predominante, meta-cognição).

A categorização deve ser baseada tanto na análise do comportamento dos personagens (como a criança dramatiza o que acontece na história) como na análise do discurso da criança sobre a mesma (qual a narrativa verbal que ela construiu, como responde às perguntas do entrevistador).

I – Comportamentos relacionados ao apego / Fenômenos desorganizados

Comportamentos relacionados ao apego: são representados no desfecho da história produzida pela criança e incluem o padrão de proximidade, detalhes do comportamento do cuidador, comportamentos de auto-cuidado e de deslocamento ou substituição,

comportamentos de conflito e de inversão (inversão de papéis ou de oposição) e grau de alívio da angústia.

Na **categoria segura** a mãe (ou cuidador escolhido) é representada como geralmente disponível e calorosa, a criança utiliza esse cuidador para reduzir a angústia; mostra uma habilidade de lidar com a proposta da vinheta imaginativamente e construtivamente.

Estratégia predominante de alívio/resolução da angústia:

1 - Estratégia interpessoal (segura) – Grupo B: A criança representa uma transação interpessoal clara que alivia a angústia. Há 4 possibilidades (adaptadas das subclassificações propostas pelos autores):

1.1 - **Estratégia interpessoal favorável:** a criança representa uma reação parental calorosa, preocupada, apropriada e sincronizada. A criança responde ao cuidado, e mostra alívio da angústia e brinquedo exploratório (Por exemplo, diante da pergunta feita ao final da vinheta “O que a criança gostaria de fazer agora?” o entrevistado responde: “Agora ele/ela vai brincar”).

1.2 - **Estratégia interpessoal de alívio que depende tipicamente da continuidade de contato com o cuidador.** Por exemplo, a criança permanece na cama dos pais depois do pesadelo. Essa manutenção do contato diminui o grau de alívio da angústia e o brinquedo exploratório.

1.3 – **Estratégia interpessoal, mas com elementos de evitação ou restrição.** Menos proximidade e menos calor que 1.1. Pode haver uma evitação inicial, mas há um aquecimento através da vinheta no sentido de mais contato.

1.4 – **Padrões de estratégia interpessoal não codificados facilmente em outras subcategorias de apego seguro.** Reação parental menos favorável, a criança pode mostrar significativa independência (por exemplo, a criança pode conseguir alívio muito rapidamente ou fugir da narrativa).

2 – Estratégia não-interpessoal (insegura evitativa) Grupo A: a criança utiliza métodos não-interpessoais predominantemente para aliviar a angústia, focalizando no auto-cuidado ou em estratégias de deslocamento. A angústia vinculada à situação de perigo ou desconforto pode ser restringida ou negada. Falta de busca de proximidade; a criança omite os pais da estratégia de alívio ou da narrativa. Há duas subclassificações:

2.1 – Altamente evitativa: estratégia evitativa completa e organizada. Pode haver altos níveis de restrição dos temas de apego, ou uso predominante de auto-cuidado. Pode haver alívio da angústia.

2.2 – Levemente evitativa: Menos bem organizada e completa. A criança pode necessitar um “empurrão” para o contato interpessoal com os pais (por exemplo, uma refeição), mas isso será minimamente representado e não em relação ao alívio da angústia. Não há contato interpessoal efetivo.

3 – Estratégia interpessoal insegura ambivalente/resistente – Grupo C: há contato interpessoal, mas a estratégia tanto promoverá como aliviará a angústia e freqüentemente envolve comportamentos contraditórios de busca de proximidade e de rejeição do cuidador. Há duas subclassificações:

3.1 – A angústia inicial provoca uma disputa e pode haver manifestações de raiva entre a criança e o cuidador. A criança pode introduzir novos enfoques para a angústia ou raiva que surgem na história. (Para essa categorização a raiva deve ser

diádica entre o cuidador e a criança, e não uma raiva ou agressão mais difusa na vinheta.) As vinhetas tendem a ser longas.

3.2 – Estratégia Passiva. Fraca modificação da angústia, mas claro uso do outro. O alívio será pobre, por exemplo, a criança pede ajuda e então desiste.

Fenômenos desorganizados: essas categorizações, segundo os autores, são derivadas conceitualmente dos comportamentos de apego desorganizados e desorientados descobertos com as crianças pequenas na Situação Estranha e nos lapsos do discurso identificados na Entrevista de Apego Adulto, em torno de tópicos de trauma não elaborado e perda. Classificações adicionais de estratégias controladoras também são feitas. Comportamentos desorganizados podem ser identificados precisamente, tanto no conteúdo detalhado do brinquedo da criança com os bonecos como no seu próprio comportamento verbal e não-verbal durante a entrevista.

Diferentes formas de desorganização do apego - Grupo D

4.1 – Desorganização difusa (caos): narrativas com uma completa falta de estratégia ou ausência de capacidade de montar uma estratégia. A narrativa não tem uma direção, um eixo, ou apresenta muitas contradições internas. (Tal desorganização difusa pode comumente ser resultado de: (1) Transtornos do desenvolvimento, tornando o adequado engajamento e a conclusão da vinheta impossíveis; ou (2) alta estimulação/ansiedade as quais podem ser pós-traumáticas. Dados externos adicionais podem ser requeridos para compreender a natureza da desorganização).

4.2 – Estratégias múltiplas: Aqui a criança usa duas, três ou quatro estratégias diferentes e incompatíveis (por exemplo, evitativa e ambivalente/resistente) para alívio da angústia durante o curso da narrativa, nenhuma das quais tem predominância ou é efetiva no alívio da angústia. O uso de mais do que quatro estratégias seqüenciais pode ser codificado como 4.1.

5 – Controle do cuidador: A principal estratégia é o controle ativo do cuidador ao invés da expressão da angústia ou da necessidade.

5.1 – Controle coercitivo/bravo: a criança irá dar ordens ao cuidador próximo e irá dirigi-lo; por exemplo, na vinheta 2 (do machucado) a criança manda a mãe buscar o curativo, ou a afasta em uma situação perigosa.

5.2 – Controle solícito: a principal estratégia é a inversão do cuidado, focalizando no bem estar do cuidador (por exemplo, a mãe fica machucada e a criança cuida, criança não angustiada).

6 – D episódico – desorganizado ou desorientado: Quebras dentro de uma estratégia organizada. Comportamento desorganizado ou desorientado passageiro. Quando mais significativo, as quebras ocorrem em pontos críticos da narrativa (tais como reuniões ou momentos de cuidado ou necessidade). Pode ser visto tanto na elaboração e conclusão da narrativa como no comportamento da criança:

Na narrativa:

- a) justaposição de comportamentos contraditórios (por exemplo, busca de proximidade e então comportamento frio);
- b) mudanças súbitas para comportamentos contraditórios fora do contexto (por exemplo, uma súbita inclusão de comportamento aflito e bravo sem uma razão

clara durante uma narrativa que está fluindo suavemente, ataque súbito contra a boneca-mãe fora do contexto);

- c) lapsos, movimentos incompletos, frieza, paralisações na narrativa;
- d) medo dos pais;
- e) comportamento desorientado.

No comportamento da criança: fracasso ao completar a frase ou a dramatização (parada súbita no meio); lapso em silêncio ou quietude; episódios de dissociação ou projeção para fora.

II – Capacidade de mentalização - Coerência da narrativa

Capacidade de mentalização: a criança evidencia uma consciência dos estados mentais e da motivação psicológica dos personagens na história? Consegue identificar o que estão sentindo? Pensando? Qual é o afeto predominante na história? Observa-se também a meta-cognição, proposta pelos autores como a habilidade da criança de refletir sobre a história e sobre o seu significado.

Coerência da narrativa: essas categorizações são adaptadas da Entrevista de Apego Adulto. Para a avaliação da coerência da narrativa os autores se apóiam no trabalho teórico de Grice (1975), que postula quatro atributos de um discurso efetivo:

- 1) qualidade – a comunicação é verdadeira, tem consistência interna, apresenta evidências;
- 2) quantidade – a comunicação é sucinta e completa;

- 3) relevância para o tópico em questão;
- 4) estilo – a comunicação é clara e organizada.

Cada um desses critérios é aplicado na narrativa da criança na codificação proposta pelos autores. Neste estudo, são considerados da seguinte maneira:

- 1 – **Qualidade**: observa-se (a) a consistência interna da narrativa, se a criança desenvolve uma história clara e com credibilidade, com profundidade descritiva e detalhes associados, e (b) a congruência entre o conteúdo da história que a criança apresenta e os comportamentos associados. Busca-se identificar a congruência entre o comportamento dos bonecos, o estado da mente dos bonecos, o comportamento e as verbalizações da criança. Observa-se a qualidade bizarra do conteúdo da narrativa que pode estar presente – interações bizarras, finais destrutivos, não resolvidos, tonalidade emocional hostil, violenta etc.
- 2 – **Quantidade**: a narrativa tem uma linha clara e vívida, ou pobre e indistinta? É super-elaborada, ou apresenta repetições e obscuridades? Há falhas (lacunas)? Informações ausentes tornam a narrativa incompreensível?
- 3 – **Relevância**: a criança é bem sucedida em alcançar o alívio da angústia representada no boneco? Há comportamento de auto-cuidado? Há deslocamentos ou substituições de personagens que evitam a tarefa da entrevista? Tais aspectos indicam se a narrativa produzida é adequada e relevante para a vinheta em questão.
- 4 – **Estilo (clareza e método, organização)**: o estilo de produção da narrativa é adequado e coerente com outros aspectos do funcionamento da criança (idade, grau de desenvolvimento)? A produção da narrativa está integrada? Há referências e informações suficientes? A criança apresenta habilidade para manter os limites da tarefa? Tais indicadores apontam para uma narrativa coerente. Por outro lado,

impulsividade, não terminar a narrativa, parecer distraído, lapso ou meta-linguagem (fala dos pais, de outras pessoas), ou a introdução de material estranho implicará na hipótese de falta de coerência. Da mesma forma, a perda de limites entre a criança e o boneco-criança durante a narrativa; falar ora como se a criança mesma estivesse na narrativa, ora como o boneco-criança.

Orientações Gerais

→ Dessas categorizações uma Estratégia de Alívio (ou de Resolução) é proposta como indicador (hipótese acerca do estilo de apego e da capacidade de mentalização) e uma designação nas categorias A, B ou C é feita para cada vinheta.

→ A classificação global da entrevista é feita de acordo com a categorização predominante nas vinhetas.

→ Se duas ou mais vinhetas são categorizadas como inseguras, então a entrevista é classificada como insegura de acordo com o padrão predominante de insegurança (conforme o sistema de classificação proposto pelos autores).

→ O código CC (“cannot classify” – não é possível classificar) é utilizado para as vinhetas nas quais não há uma estratégia organizada única de comportamento de apego. Pode haver evidências de múltiplas, mas incompatíveis, estratégias usadas durante a entrevista ou uma desorganização mais completa (respostas não organizadas no geral).

→ Se duas ou mais vinhetas são difusamente ou profundamente desorganizadas então a entrevista é classificada globalmente como desorganizada.

Observação: Neste estudo, tais categorizações são utilizadas apenas como indicadores, não configurando uma classificação do padrão de apego das crianças participantes. São propostas, portanto, como hipóteses para serem analisadas e discutidas em conjunto com os demais dados obtidos nas entrevistas de avaliação e sessões de psicoterapia.