



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**PSICOLOGIA**

**O BRINCAR COMO DISPOSITIVO NA ANÁLISE COM CRIANÇAS**

**Jéssica da Silva Martins**

**CAMPINA GRANDE (PB)**

**2016**

# **JÉSSICA DA SILVA MARTINS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado por Jéssica da Silva Martins, no Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande, tendo como orientadora Isabela Lemos Arteiro Ribeiro Lins.

**CAMPINA GRANDE (PB)**

**2016**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial "Tereza Brasileiro Silva"-  
UFCG

M386b

Martins, Jéssica da Silva.

O brincar como dispositivo na clínica com crianças/Jéssica da Silva  
Martins. – Campina Grande, O autor, 2016.

27 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) -  
Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências  
Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Isabela Lemos Arteiro.

1.Brincar. 2.Transferência. 3.Criança. 4.Psicanálise. I. Arteiro,  
Isabela Lemos. II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

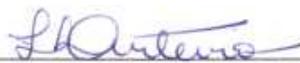
CDU 159.9:371.695 -053.2 (813.3)

## ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (2015.2)

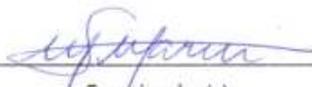
Às 9 horas do dia 24 de maio de 2016, reuniu-se no(a) sala de reuniões do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande, a Comissão Julgadora do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado O bursaco como dispositivo na análise em  
erionças

da (o) aluna(o) Jessica da Silva Martins, composta pelos professores Isabela Lemes Artur Ribeiro (Orientador), Karynna Magalhães Barros da Nóbrega, Simone Maria Alves para a sessão de defesa pública do citado trabalho, requisito para a obtenção do Grau de Graduação do curso de Psicologia. Abrindo a sessão o(a) orientador(a), após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho de Conclusão de Curso, passou a palavra ao discente para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos membros da Comissão Julgadora e respectiva defesa do graduado. Nesta ocasião foram (foram/não foram) solicitadas correções no texto escrito. Logo após, a Comissão se reuniu, sem a presença do aluno e do público, para julgamento e expedição do resultado final. A(o) aluna(o) foi considerada(o) aprovada por unanimidade, pelos membros da Comissão Julgadora, tendo sido atribuído a nota 9,5 ao seu TCC. O resultado foi então comunicado publicamente a(o) aluna(o) pela(o) Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a(o) Presidente da Comissão Julgadora deu por encerrado o julgamento que tem por conteúdo o teor desta Ata que, após lida e em conformidade com as exigências da defesa, será assinada por todos os membros da Comissão para fins de produção de seus efeitos legais.

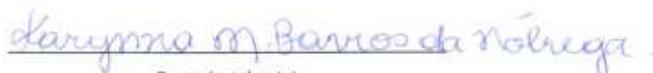
Campina Grande, 24 de maio de 2016.



Orientador(a)



Examinador(a)



Examinador(a)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por me conceder a oportunidade de poder estar realizando um sonho, e por ser privilegiada ao me graduar em um curso que sempre me inspirou, regida por uma universidade pública, a saber Universidade Federal de Campina Grande. Foram muitos os dias de esforço, trabalho e dificuldade, mas até aqui, Deus me sustentou e me guiou e sem Ele, nada disso seria possível.

Agradeço à minha orientadora e supervisora de estágio, Isabela Lemos Arteiro, professora maravilhosa, e pessoa de alma sensível, compreensível e meiga, além de uma grande psicanalista. Admirar você é a coisa mais fácil do mundo!

Agradeço à minha família, Antonio Martins, meu pai, Josilene Silva, minha mãe, e minha irmã Vitória Martins, que com muito esforço me deu a possibilidade de poder me dedicar inteiramente aos estudos, e por jamais me desampararem.

Agradeço a cada um dos meus amigos, os verdadeiros, que torceram por mim desde o vestibular, e por acreditarem sempre na minha missão, me impulsionando e dando forças para que eu jamais desistisse diante dos problemas.

Agradeço às minhas companheiras de moradia, Daniela, Priscila e Paloma, que transformaram os meus dias de cansaço em dias de diversão e alegria; que me compreenderam e me ajudaram quando precisei; que me deram carinho e amor. Nossa casa sempre foi um verdadeiro lar!

Agradeço às minhas amigas de turma, Thaís Martins e Jullyanna Montenegro, que foram a minha base e alicerce durante esses cinco anos de graduação. Dois anjos que Deus colocou em meu caminho desde o primeiro dia de aula e que, sem a presença delas, jamais poderia ter chegado tão longe nesse caminho percorrido. Obrigada por todas as parcerias de trabalhos, provas, eventos, estudos! Obrigada por me iluminarem e por me darem forças nos bons e maus dias. Obrigada por me ajudarem a construir a Psicologia que hoje pode habitar em mim! Amo vocês!

Agradeço a todos os professores que me ensinaram coisas lindas sobre a Psicologia e me trouxeram novos saberes, especialmente Tiago Iasawa, Monilly Ramos e Regina Azevedo, que são verdadeiros mestres na arte de transbordar conhecimento da maneira mais simplificada e apaixonante possível.

Agradeço ao meu grupo de estágio, que com diversos debates sobre os casos clínicos puderam enriquecer minha experiência clínica.

Agradeço ao meu namorado, Rodolpho Rubens, por todo o apoio e dedicação, por todo o amor e carinho, e por jamais deixar faltar a fé em mim. Eu te amo muito meu amor!

No mais, agradeço a todos aqueles que puderam contribuir de alguma forma, pequena ou grande, mas que me impulsionou até o fim. Fica aqui o meu muito obrigada!

*“Enquanto Deus criava, Sofia brincava com as coisas criadas e Ele, o Criador, se deliciava em vê-la brincando”. (Documentário Tarja Branca)*

## RESUMO

O brincar, fenômeno que vem sendo estudado por diversas áreas como Psicologia, Pedagogia e Sociologia, ganha destaque na Psicanálise uma vez que enfatiza a manifestação dos conteúdos inconscientes infantis através da utilização de brinquedos, jogos e desenhos. Sabendo que o sujeito busca a análise para lidar com algum mal-estar, temos a criança, que geralmente é levada aos consultórios “*psi*” através de uma queixa trazida pelo casal parental, instituição ou profissionais de saúde, a fim de solucionar problemas comportamentais ou de aprendizagem. Entretanto, o desejo de iniciar uma análise é inicialmente do Outro e não da criança. Dessa forma, veremos o brincar na cena analítica e o efeito terapêutico que este possui, através da transferência com a criança, que inicialmente é estabelecida com os pais, que são fundamentais na cooperação com o analista para a evolução do tratamento. Nossa metodologia de trabalho foi partir de um caso clínico acompanhado no Serviço Escola de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande atrelando aos conceitos: a transicionalidade e o brincar, a partir de Winnicott, bem como a transferência, conceito fundamental na relação paciente-analista, pais-analista.

Paravras-chave: Brincar, Transferência, Criança, Psicanálise.

## ABSTRACT

The play, a phenomenon that has been studied in various areas such as Psychology, Pedagogy and Sociology, is highlighted in psychoanalysis since emphasizes the manifestation of child unconscious contents by the use of toys, games and drawings. Knowing that the subject tries to analyze to deal with some discomfort, have a child, which is usually taken to offices "psi" by a complaint brought by the parental couple, institution or health professionals in order to solve behavioral problems or of learning. However, the desire to start an analysis is initially the Other and not the child. Thus, we see the play in the analytical scene and the therapeutic effect this has, by transferring to the child, which is initially established with the parents, who are fundamental in cooperation with the analyst for the progress of treatment. Our work methodology was from a clinical case in the School of Psychology Service at the Federal University of Campina Grande tying the concepts: transitionality and play, from Winnicott, and the transfer, a key concept in the patient-analyst and parents analyst relationship.

Keywords: Play; Transfer; Psychoanalysis; Child.

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Um breve histórico sobre Psicanálise com crianças.....</b>	<b>12</b>
<b>2. Aspectos conceituais.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 O que Winnicott nos ensina sobre a Transicionalidade e o Brincar .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 A transferência na clínica psicanalítica com crianças a partir de Françoise Dolto</b> <b>18</b>	
<b>3. O brincar na cena analítica .....</b>	<b>20</b>
<b>4. Construção de caso clínico.....</b>	<b>22</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>28</b>

## INTRODUÇÃO

O status da criança na sociedade sofreu mudanças importantes desde a era moderna. Historicamente falando, por muitos séculos as crianças eram consideradas mini adultos, e arcavam com toda a responsabilidade de uma pessoa adulta, tornando-se, inclusive, responsáveis por atividades laborais. Entretanto, na modernidade, assistimos a um movimento social de construção da infância. A criança passa a ocupar um lugar de algo a ser preservado e cuidado, tornando os pais e a família os principais responsáveis pelo desenvolvimento e bem-estar dos pequenos. Desde então, ao longo da história, houve uma otimização da infância. A criação da proteção ao menor, junto ao Estatuto da Criança e do Adolescente é um exemplo desta evolução, configurando um novo jeito da criança viver e explorar sua infância. Segundo Melo & Silva (2012) nessa fase, o indivíduo acumula experiências e vivências que lhe fornecerão de base para o constructo da subjetividade, e também inaugurando a estruturação de sua personalidade.

A psicanálise teve uma grande importância na construção da noção de responsabilidade parental na estruturação psíquica de todo sujeito. Winnicott, por exemplo, foi um autor que valorizou veementemente o papel da mãe, como principal cuidadora não apenas no que tange a dimensão física do sujeito, mas, sobretudo a dimensão subjetiva, vez que dessa relação inicial mãe-bebê surgem os fundamentos da constituição da pessoa e do desenvolvimento emocional do *infans*.

Ao contrário do que se vê registrado na história, na atualidade temos o risco de incorrer em um erro diametralmente oposto, ou seja, uma supervalorização da infância e da criança acompanhada de um excesso de patologização do comportamento infantil e medicalização. Neste sentido, vemos que, quando as crianças apresentam comportamentos que fogem do controle dos adultos tornam-se incômodas ao seu meio e, portanto, devem ser corrigidas. Vale ressaltar que isso acontece na maior parte das vezes, afinal de contas a temporalidade e motricidade da criança difere muito da do adulto. A criança tem um movimento livre e espontâneo de quem está descobrindo o mundo, a si mesmo e os seus limites. Muitas vezes o brincar, a curiosidade, a criatividade e a “superatividade” da criança é confundida e passa a ser interpretada a partir do contexto psicopatológico como uma hiperatividade.

Como consequência, os pais tendem a conduzir os filhos, cada vez mais cedo, para uma “reprogramação”, procurando profissionais que se ocupam da dimensão psíquica, sejam eles

da psicologia, psiquiatria ou psicanálise. Importante delimitar que há especificidades em cada uma das formas de atuação conforme veremos no tópico a seguir.

Do ponto de vista da Psicanálise, a clínica com crianças deve ser encarada de modo diferente da clínica com adultos, vez que conceitos da técnica psicanalítica clássica como “atenção flutuante” e “associação livre de ideias” parecem insuficientes no manejo com crianças. Podemos verificar na literatura psicanalítica da clínica com crianças, especialmente com os expoentes da Escola Inglesa e Francesa de Psicanálise, respectivamente Donald Winnicott e Françoise Dolto, que a técnica passa a incorporar novos modos de comunicação para a criança que vivencia um processo de análise, a saber: o brincar, o desenho espontâneo, a conversação e o uso de modelagens. No presente trabalho destacaremos o brincar na cena analítica compreendido como um meio pelo qual a criança comunica seu mundo interno e elabora seus impasses como veremos ao longo do presente artigo.

Diversas áreas, tais como a pedagogia, a sociologia e a própria psicologia investigam e exploram o brincar, fenômeno comumente vivenciado na infância. Buscando o significado da palavra *brincar* no dicionário Aurélio (2001), encontramos “1. Divertir-se infantilmente. [...]. 7. Entreter-se, fingindo-se de”, ou seja, o brincar proporciona bem-estar, diversão, criatividade, desenvolvimento e, a possibilidade de ser alguém através da fantasia.

Freud (1920), observando seu neto de 18 meses, na ausência da mãe, constatou que a criança manifesta suas emoções e tenta elaborá-las por meio das repetições de seus jogos. Através deste ato, Freud (1920) pôde observar que o menino brincava no berço com um carretel preso a um fio, jogando-o para fora e depois puxando-o para dentro, num movimento de desaparecer e aparecer, representando, assim, o movimento de sua mãe que saía e depois retornava. Como observou Freud (1920), o pequeno estava em uma tentativa de elaborar a separação de sua mãe a fim de lidar com as angústias provenientes desta partida. Esse jogo ficou conhecido como *Fort Da* (“fora” e “aqui”).

Segundo Dolto (2007, p.110) “privar uma criança de brincar significa privá-la do prazer de viver”. Winnicott (1975, p.70), por sua vez, afirma que:

O brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros.

Nesse sentido, o presente trabalho tem por objetivo investigar o brincar em seu aspecto terapêutico partindo, especialmente, das contribuições de Donald Winnicott que se dedicou largamente a clínica com crianças e a temática do brincar, articulando tal conhecimento aos fragmentos de um atendimento clínico realizado no Serviço Escola de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande.

Para alcançar tal objetivo, o trabalho foi organizado em quatro partes, no intuito de buscar uma melhor compreensão do fenômeno do brincar e seu efeito terapêutico para a clínica psicanalítica. No primeiro tópico será abordado um breve recorte histórico sobre a Psicanálise com crianças. No segundo, trabalharemos alguns conceitos para discutirmos a clínica psicanalítica com crianças, a saber, a noção de transicionalidade e do brincar para Winnicott, bem como o que nos ensina Françoise Dolto sobre a transferência com crianças, conceito fundamental para o manejo da clínica a fim de compreender melhor como se dá a relação entre o terapeuta e a criança. No terceiro tópico estudaremos o brincar como recurso terapêutico na cena analítica, a fim de verificarmos as possibilidades desta clínica para o tratamento de crianças e, por fim, no último apresentaremos um caso clínico para melhor ilustrar o efeito terapêutico do brincar nessa clínica.

## **1. UM BREVE HISTÓRICO SOBRE PSICANÁLISE COM CRIANÇAS**

A psicanálise com crianças tem a sua beleza e o seu espanto. Cada sessão é uma surpresa, e muitas delas são frustrantes. Mas, ver uma criança exercitar a sua criatividade através do lúdico nos revela o quanto é terapêutico e saudável brincar. Neste tópico faremos um breve recorte histórico dos aspectos que dizem respeito à clínica com crianças, destacando os principais precursores. A psicanálise com crianças teve como principais expoentes Anna Freud, Melaine Klein e Donald Winnicott na Inglaterra e Françoise Dolto na França.

Assim como na psicanálise com adultos, a demanda para psicanálise com crianças surge a partir de um mal-estar do sujeito, que no caso de crianças, geralmente se manifesta através de sofrimentos no corpo, em múltiplas formas de adoecimento e também através de seus comportamentos, que ora podem se apresentar de maneira agressiva e impulsiva, chegando a condutas aparentemente antissociais, ora através de uma inibição patológica que rouba da criança a alegria e o prazer de viver.

Um dos nomes indissociados da clínica com crianças é o de Anna Freud. Herdeira dos ensinamentos de seu pai, Sigmund Freud, porém, voltada para a psicanálise infantil, criou conceitos que serviram tanto para pais, como para educadores. Não distante dos pressupostos fundamentais da psicanálise, Anna Freud continuou a pensar a formação do sujeito a partir de seus instintos e que a subjetividade era representada como uma unidade isolada.

Destacamos que um dos aspectos centrais observados por Anna Freud quanto ao tratamento analítico foi a motivação para o mesmo. Enquanto o paciente adulto é motivado a procurar o tratamento visando à normalidade, confiando no sucesso analítico, na criança, a motivação passa pela dependência em relação aos seus pais, já que a procura deste não é realizada por si mesmo, mas por seus responsáveis. Atié (1999) parafraseando Anna Freud afirma que na criança “falta no quadro clínico tudo aquilo que parece indispensável no caso do paciente adulto: a consciência (insight) de enfermidade, a decisão voluntária e a vontade de curar-se”. (Freud, A. 1926, p.22 *apud* Atié, 1999, p.31). Por outro lado, ao tratar a motivação do analista, pondo em questão o valor da psicanálise de crianças, Anna Freud (1926, p. *apud* Atié, 1999, p. 32) observa que:

[...] uma vez que a patologia não é muito severa, provavelmente em função de a criança estar ainda em desenvolvimento, qualquer analista de criança ao final de um tratamento poderá se perguntar qual terá sido sua contribuição no desenvolvimento daquele indivíduo, e até onde a melhora pode ser o resultado das medidas terapêuticas do analista.

Para a autora, o psicanalista infantil deveria em sua concepção não somente levar em conta as questões internas da criança, mas também os fatores externos que tocam o seu cotidiano. Dessa forma, Anna Freud concebe o psicanalista de crianças também em sua função de um educador, “tendo a responsabilidade de modificar a relação da criança com seus pais à medida que lhe proporciona novas impressões para lidar com as imposições externas” (Atié, 1999, p. 32).

Segundo Bernardino (2004) a análise com crianças necessita de uma teorização própria, pois a demanda, a transferência e o fim de análise vão ser permeados pelas vicissitudes de um sujeito ainda em constituição. Outra questão particular da análise de crianças trata de que, além do desejo da criança, há, sobretudo, o desejo dos pais, desejo que os próprios não conhecem, mas que se faz presente no processo de análise:

Vai estar em jogo lidar com a presença destes pais que, mesmo não entrando fisicamente na sessão do filho – o que depende das contingências de cada análise - continuam se manifestando: seja nos atrasos para trazer o filho à sessão, ou mesmo nas faltas que o fazem ter, seja nos diversos trâmites que

impõem ao pagamento, e até na interrupção abrupta do tratamento do filho (Bernardino, 2004, p.65).

O que se verifica na clínica com crianças é que diante dos sintomas psíquicos infantis, os pais elaboram uma queixa que será direcionada ao analista. Conforme observou Françoise Dolto (1988) o posicionamento dos pais frente ao adoecimento da criança pode se apresentar de dois modos específicos: como uma doença, que invalida toda a responsabilidade da criança, ou “ruindade voluntária”, que deposita na criança toda responsabilização pelo seu sintoma. Em qualquer uma dessas disposições, a criança está assujeitada ao discurso do Outro e fica inerte para dizer do que se trata o seu mal-estar verdadeiramente. Na carência de poder ter o direito de se expressar na linguagem, é por via do sintoma que a criança manifesta o que tem a dizer. Neste sentido, conforme afirma Mannoni (1999, p.60):

A maneira pela qual uma criança é marcada, não somente pela maneira como é esperada antes do seu nascimento, como também pelo que vai ela em seguida representar para um e outro dos pais em função da história de cada um. Sua existência real vai chocar-se assim com as projeções paternas inconsistentes donde vem os equívocos. Se a criança tem a impressão de que todo acesso a uma palavra verdadeira lhe é vedado, pode em certos casos procurar na doença uma possibilidade de expressão.

Levando em consideração que a criança é o sintoma dos pais, e que ela adoce do inconsciente dos mesmos, ela está inserida em um mal-estar coletivo, sua patologia é o pilar da angústia dos pais. Em geral, a demanda de tratamento da criança, põe em causa o genitor, levando a emergir questões primordiais de um ou outro do casal parental. A análise com a criança tem mais probabilidade de acontecer quando os pais se tornam atentos à necessidade que o filho tem de tornar autônomo. Dessa forma, o engajamento da criança, por si própria, em uma análise, somente acontece se a mesma sentir segurança de que vale a seus interesses e não aos dos adultos.

Geralmente, em uma consulta psicológica, os pais perguntam sobre o diagnóstico dos filhos, talvez na esperança de que podendo se respaldar em uma psicopatologia, possam justificar o comportamento incômodo e incontrolável de suas crianças. Chegam às clínicas, sejam elas de psicologia, psiquiatria ou psicanálise, esperando que o terapeuta possa resolver todos os problemas de seus filhos, pois há a ilusão de que um diagnóstico responderá a todas as questões e o acesso à medicalização servirá como um meio de silenciar os sintomas das crianças a fim de controlá-las. Em muitos casos, o encontro com a posição específica do psicanalista pode gerar resistências em alguns pais por não estarem dispostos a um questionamento de si mesmos a fim de alcançar às questões de seus filhos. Em uma Era em

que a urgência temporal tem preponderância e o narcisismo parental se apresenta assistimos a uma tendência dos pais em buscarem métodos que sejam mais rápidos, aparentemente “mais eficientes” e que não ameace a posição narcísica enquanto pais, uma vez que não demandam tanta implicação da subjetividade dos mesmos.

Em outras palavras, como a queixa inicial dos pais em relação aos filhos está ligada ao sintoma manifesto, seja o fracasso escolar, a inadequação comportamental ou questões do amadurecimento psicoafetivo, a aderência a remédios, como a ritalina, torna-se cada vez mais frequente, pois no imaginário dos pais e na crença adquirida pela cultura em que vivemos, os medicamentos fazem mais efeitos e com maior rapidez do que uma análise que preconiza e valoriza o tempo lógico do inconsciente.

Quinet (2003, p. 36 *apud* Edington, 2012, p. 21), diz que “o sintoma, para a psicanálise se diferencia do sintoma para a medicina basicamente por sua estrutura de linguagem e pela implicação do sujeito”. Edington (2012) explica que é recorrente a maneira como problemas relacionados à (in) adequação comportamental têm sido identificados e tratados como síndromes, transtornos ou doenças, bem como:

[...] as manifestações humanas de mal-estar e sofrimento têm sido, de modo recorrente, tomadas e tratadas como transtorno ou desordem, apartadas da própria experiência subjetiva daquele que as apresenta. Parece não se escutar mais “o doente”, tampouco se levar em consideração sua história e contexto, mas apenas aquilo que, tomado como sendo “o transtorno”, deve ser identificado, classificado e tratado pelo saber médico. Essa lógica produz, como consequência, a medicalização da sociedade. (Edington, 2012, p. 21).

Sabe-se que a criança que chega para uma consulta psiquiátrica é levada por um adulto que a encara como portadora de um comportamento diferente ou mesmo anormal. No entanto, o procedimento médico é iniciado pelos exames técnicos que não deixam a subjetividade da criança emergir. No consultório psicanalítico, a criança também é levada através do enunciado de um outro, que por via de seus desejos particulares e de suas demandas coloca a criança no lugar do “problema” a ser sanado, ou seja, a criança que se insere na análise utiliza o discurso ofertado pelo adulto a quem considera “tudo saber”.

Entretanto, de outro modo, diferente do procedimento médico que não acolhe a subjetividade do sujeito, a psicanálise preconiza a escuta sobre a verdade individual do sujeito para além dos acontecimentos que lhe modificam, sem emissão de juízos e valores. O que importa para o psicanalista não são os sintomas aparentemente positivos ou negativos em si mesmo ou a angústia dos pais diante de uma criança pela qual se sentem responsáveis, mas o

que há por trás de tal estado e o significado que a criança exprime em seu comportamento. (Dolto, 1923/2004)

No próximo tópico veremos um dos dispositivos fundamentais que a psicanálise utiliza para ter acesso à criança e seus conteúdos fantasmáticos, a saber, o brincar. Dois conceitos de Winnicott serão priorizados, sendo eles a transicionalidade e o brincar, para que possamos apresentar a forma pela qual a psicanálise pôde construir uma teoria, visto o percurso que a criança faz para desenvolver o brincar, percurso esse fundamental para a constituição de um mundo interno e de uma realidade externa no sujeito. Em seguida, trabalharemos o conceito de transferência, fundamental a clínica psicanalítica com crianças a partir das proposições de Françoise Dolto.

## **2. ASPECTOS CONCEITUAIS**

### **2.1 – O QUE WINNICOTT NOS ENSINA SOBRE A TRANSICIONALIDADE E O BRINCAR**

Um dos principais autores a afirmar que a mãe possui um papel hierarquizante para o funcionamento mental da criança, Winnicott (1971/1975), faz um trajeto da constituição do brincar desde os primeiros meses de vida do bebê até o momento em que a criança consegue se apropriar do brincar de maneira elaborada e criativa. Sua teoria sobre o brincar parte do pressuposto de que a brincadeira é primária e constituinte, diferindo um pouco do que fora proposto por Melaine Klein onde o brincar é a forma que a criança tem de exprimir o seu mundo interno, ou seja, as fantasias inconscientes. Dessa maneira, para ela, é por meio do simbolismo que o brincar proporciona que se torna possível a interpretação das fantasias inconscientes da criança.

Para melhor discorrer sobre o brincar apresentaremos brevemente alguns aspectos da constituição subjetiva segundo as proposições winnicottianas. Para o autor, primeiramente, o bebê e a mãe se encontram em um estado indiferenciado, em que ele é a mãe e vice-versa, não se estabelecendo, ainda, uma separação entre ambos. Neste primeiro tempo, a visão que o bebê tem sobre objeto é subjetiva e o mundo externo é comunicado através da intuição da mãe, uma vez que o bebê não apreende esse ambiente como exterior a ele. Para o bebê, apenas sensações de fome ou dor são percebidas por ele e manifestadas através de reações

como o choro. A mãe como o outro fundamental que presta uma ajuda alheia ao bebê deve interpretar seu mal-estar e promover através de uma ação específica o alívio da tensão. Segundo a concepção winnicottiana, a *mãe suficientemente boa* é aquela que se orienta para realizar aquilo que o bebê necessita.

Com o desinvestimento gradual da mãe, a função de desilusão materna começa a ser operada e o bebê experimenta a falta e a frustração. A partir de então se inicia a operação fundamental de separação mãe-bebê, possibilitando gradualmente que o *infans* se constitua como identidade diferenciada passando a perceber a distinção entre o mundo interno e a realidade externa.

A partir disso, no segundo tempo, o objeto é ignorado como não-eu, aceito de novo e objetivamente percebido. A mãe oscila entre ser o que o bebê busca e ser ela própria, aguardando ser encontrada. Se a mãe tem sucesso no exercício destes papéis, então o bebê vive a experiência da onipotência. “Quando a mãe tem uma relação de sintonia inicial com o bebê, estabelece-se um ambiente de confiança e o bebê brinca com a realidade.” (Melo & Silva, 2012).

Winnicott (1971/1975) teorizou de modo muito original o que chamou de espaço intermediário, situado entre os dois tempos explicitados acima. É uma área entre o subjetivo e o objetivamente percebido, substanciado pela ilusão. A primeira possessão do bebê, o que não se pode chamar de primeiro objeto, está relacionada às atividades autoeróticas, e esta possessão agrega-se ao exercício dessas atividades, então, tornando-se uma forma especial de o bebê lidar com suas ansiedades, como no caso do bebê que suga o polegar enquanto acaricia o lençol que o envolve. Este lençol ou outros objetos que fazem a mesma função fora concebido por Winnicott (1971/1975) como objeto transicional. Na relação com este objeto o bebê sairá do manejo onipotente para o manejo de manipulação. As atividades realizadas nesta área intermediária foram denominadas por Winnicott (1971/1975) como fenômenos transicionais.

É desse espaço intermediário que se origina a área do brincar da criança, meio pelo qual é possível a elaboração da angústia provocada pelo encontro com a realidade externa. O brincar se daria no espaço potencial, espaço este que é situado entre o mundo interno e a realidade externa do bebê e que se estabelece através da confiança em elementos ambientais e onde a criança pode ser criativa, espontânea e sentir-se segura. Nas palavras de Melo (2003, p.10) a partir de uma leitura winnicottiana:

Nesse momento, pode-se dizer que o bebê deve ser capaz de fazer uso do objeto e não apenas de se relacionar com ele. Para usar o objeto, segundo Winnicott (1971/1975), o sujeito precisa reconhecê-lo como externo à sua realidade; isso faz parte da mudança do princípio do prazer para o princípio da realidade.

Nesse sentido, a progressão do princípio do prazer para o princípio da realidade só é capaz de acontecer se existir uma mãe suficiente boa. O bebê descobre que este relacionamento, que é motivado pelo amor da mãe, é digno de sua confiança. Dessa forma, a brincadeira torna-se excitante. A partir disso, a mãe pode introduzir o seu brincar, levando a criança a experimentar relacionar-se com ideias que não são somente suas. Nas palavras de Winnicott (1971/1975, p.): “a importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais”. Em suma, o autor defende uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, posteriormente para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais, artísticas e até religiosas.

Conforme já apontado, o brincar é de fundamental importância para a cena analítica, contudo ele só se tornará um dispositivo de trabalho psicanalítico quando a relação transferencial estiver consolidada. Por esta razão consideramos fundamental para a nossa discussão apresentar o conceito de transferência e como esse processo se dá na análise com crianças. Para tanto dialogaremos com Françoise Dolto e as considerações que ela apresentou para pensar este conceito.

## **2.2 – A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS A PARTIR DE FRANÇOISE DOLTO**

O conceito de transferência foi inicialmente cunhado por Freud no texto de 1912, *A dinâmica da transferência*, em que o autor afirma que transferência é toda uma série de experiências psíquicas prévias que são revividas, não como algo do passado, mas atualizado no vínculo atual com a pessoa do analista. Em um primeiro tempo, Freud (1912) considerou a transferência como uma das formas de resistência mais poderosa ao tratamento, porém chegou à conclusão que quando bem manejada pode funcionar como um importante veículo ao processo analítico.

De acordo com o “Dicionário internacional de psicanálise”, a definição de transferência está relacionada à

[...] transposição, o deslocamento para outra pessoa – e principalmente para o psicanalista – de sentimentos, desejos, modalidades relacionais outrora organizados ou experimentados em relação a personagens muito investidas da história do sujeito. O termo alemão *Übertragung* significa literalmente “transporte”, mas sua tradução para “transferência” está hoje consagrada pelo uso. (Mijolla, 2005, p. 1894).

A criança que chega para a análise não a busca por seu próprio desejo, mas sim, pelo desejo dos pais que a levam. Geralmente, a queixa inicial não é da criança, mas do casal parental, um técnico ou alguma instituição. De acordo com Siquier & Salzberg (2002), primeiramente, escuta-se a criança a partir do discurso parental, contudo na presença da mesma. Esses encontros com eles permitem saber como e onde situam esse filho. Depois, escuta-se a criança, a sua versão do mito familiar, a marca (nela) do desejo que a constitui, e o artifício do sintoma, através do qual grita seu desejo de desatar-se do lugar em que a colocam e de buscar uma saída que lhe permita assumir-se como um sujeito desejante.

Dessa forma, a transferência inicial se dá com os pais que supõe um saber na pessoa do analista. À criança, por outro lado, sob o efeito da transferência, é dada a possibilidade de retificar a sua posição, já que, assim como o adulto, inicialmente, ela demonstra nada querer saber. “Nessa situação transferencial, de união afetiva ao psicanalista, o mesmo torna-se um dos personagens de maior importância no mundo interior da criança, durante o período de tratamento” (Dolto, 1988, p. 133). A transferência tem assim, como estrutura, o amor, que articula o desejo com a demanda. Se a posição da criança já é a de objeto a ser amado, relacionado ao lugar que ela ocupa no fantasma da mãe, em análise, “a substituição se daria, pois, no sentido de que pudesse, desta posição passiva de objeto no fantasma da mãe, passar a ser, ela mesma, mais livre para cuidar do seu próprio desejo” (Fernández, 1992, p. 25).

Anna Freud propunha que, para haver uma transferência positiva da criança é necessário que a mesma seja conscientizada de sua doença, pois, diante do fato, a criança se percebendo como doente, entraria em estado de perplexidade e intimidação, lhe acometendo sofrimento pela sensação de impotência. Isso, por sua vez, a levaria a aceitar mais facilmente a ajuda do analista, gerando confiabilidade, fortalecendo o vínculo analista-paciente.

Em contrapartida, Dolto (1988) afirma que a transferência, em si mesma, para nada serve. A autora explica que é a sua utilização e o seu manejo que dará ou não um poder terapêutico a relação analista-paciente, podendo a partir disso deduzir o “diagnóstico” e a terapêutica que se empregará. Além de que, através da transferência, portanto, o analista pode estudar os mecanismos inconscientes do indivíduo, seu comportamento frente ao psicanalista,

participando daquilo que ele, o paciente, tem em relação à outra pessoa. Uma das formas de fazer operar a transferência com crianças é a disponibilidade do analista de entrar no jogo e na brincadeira proposta pela criança. Nesse sentido, discorreremos a seguir sobre a importância do brincar na cena analítica.

### 3. O BRINCAR NA CENA ANALÍTICA

*“As crianças não brincam de brincar. Brincam de verdade.”  
(Mario Quintana)*

O brincar é um instrumento de grande riqueza no *setting* terapêutico, pois é por essa via que a criança pode simbolizar questões de sua vida fantasmática, como traumas e problemas cotidianos e difíceis de serem superados. A brincadeira proporciona não somente a expressão de sentimentos e experiências reprimidas, ou a interpretação de certos comportamentos infantis, mas também desenvolve a capacidade motora e de outras habilidades, estabelece contato social e regras passam a ser inseridas. De acordo com Schmidt & Nunes (2014), o brincar se caracteriza como comportamento que possui um fim em si mesmo, que surge livre e que a criança sente prazer, sem obrigatoriedade no que se está fazendo.

A criança sempre brinca. Frequentemente, podemos observar o quanto o brincar está presente enquanto se alimentam, nos momentos de higiene e o quanto resistem em parar de brincar, para realizar estas atividades ou até mesmo para dormir. Durante o brincar, a criança usa a criatividade e imaginação, segundo seu mundo ideal, e utiliza a ilusão e a invenção como parte real do jogo.

Winnicott (1971/1975) diz que o brincar é universal, saudável e de todo desejável. Para ele a comunicação com a criança só é possível no brincar, pois a criança pode ser criativa e utilizar sua personalidade integral, descobrindo o seu eu (*self*). Além disso, enfatiza que só está preparado para analisar crianças aquele que dispuser da capacidade de brincar, afirmando que o processo psicanalítico ocorre na adjunção de duas esferas do brincar: a do paciente e a do analista.

De acordo com o autor, o brincar é por si mesmo uma terapia. Conseguir que as crianças brinquem é em si mesmo uma psicoterapia que possui aplicação imediata e universal, e inclui o estabelecimento de uma atitude social positiva com relação ao brincar. Em contrapartida,

uma de suas orientações a respeito de pacientes que não podem brincar é que o psicoterapeuta tem de atender a esse sintoma principal, antes mesmo de interpretar quaisquer fragmentos de conduta.

A sessão de análise é um espaço potencial para o brincar da criança, sessão esta que também é comparada com o espaço e temporalidade das relações iniciais mãe-bebê, vez que essas relações possuem uma sutileza considerada referência para a sessão analítica. Entretanto, não se trata de uma visão romantizada do brincar, visto que este fenômeno pode se apresentar de forma espantosa, como, por exemplo, diante de comportamentos manifestos agressivos, expressos pela criança como um sintoma, ou como uma repetição de experiências observadas em sua volta, e por isso, há a necessidade de organização desse brincar, com a ajuda de uma pessoa, o analista, que possa observar a criança para que esse aspecto destrutivo não anule sua dimensão criativa do brincar.

O legítimo brincar infantil, que não é um brincar fingido (*faking*) é preocupado e compromissado com os elementos da brincadeira. Na cena analítica, o essencial é promover a adesão do paciente e do analista àquele espaço e tempo que são outros aquém do espaço e tempo comuns, ou seja, entrar no espaço potencial que é diferente do espaço e tempo do senso comum. Trata-se de um momento que só tem valor se for tão real quanto a realidade externa socialmente construída.

A espacialidade winnicottiana propõe um espaço de objetos que estão dentro e fora ao mesmo tempo, propondo também uma área transicional, na qual aparecem representações que estão no limite entre o interno e o externo, em que há objetos que estão em transição, objetos que estavam dentro e agora estão passando pouco a pouco para fora. Este é o caso da mãe — um objeto em transição para o bebê. (Franco, 2003, p.08)

O grande desafio do analista é entrar neste espaço imagético, é brincar com a sua própria realidade subjetiva, convidar a criança que há dentro de si a interagir com a criança que se encontra em análise, se doar à imaginação e deixar aflorar a criatividade, evitando fazer interpretações fora de hora, considerando apenas a interrelação do brincar entre analista-paciente. Só assim é que se pode entrar verdadeiramente na brincadeira.

A seguir, veremos o nosso último tópico, considerando um caso clínico que ilustrará toda a teoria apontada anteriormente, visto a experiência na clínica com crianças em estágio.

#### 4. CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO

A construção do caso clínico é uma construção democrática na qual cada um dos protagonistas do caso (os operadores, os familiares, as instituições) traz a sua contribuição [...] consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. (VIGANO, 2010, p. 02).

Freud, em seus escritos, introduziu uma modalidade de relato no curso de sua prática, o que poderia ser denominado de “análise de caso”. O psicanalista elabora em sua escrita, a partir de sua vivência clínica, a compreensão tanto do funcionamento mental e sintomático do paciente quanto do tratamento enquanto um processo que requer um manejo técnico específico (Mijolla-Mellor, 2005 *apud* Magtaz; Berlinck, 2012, p. 73).

Atrelado ao conceito de atenção flutuante, Freud (1912, p. 154 *apud* Magtaz; Berlinck, 2012, p. 74) diz que “são muito mais bem-sucedidos os casos em que agimos sem propósito, surpreendendo-nos, a cada momento, e que abordamos sempre de modo despercebido e sem pressupostos”, ou seja, não buscar captar algo especificamente, mas ouvir tudo com a mesma atenção.

A escolha deste caso baseia-se na iniciativa de não somente mostrar o brincar, que pode aparecer de diversas formas, em diferentes níveis de criatividade, ânimo ou repetitividade, mas, para, além disso, mostrar os percalços de uma clínica com criança mediante a pouca experiência que o estudante de psicologia em estágio possui.

Esta construção de caso baseia-se na escuta de uma criança do sexo masculino. A letra M. será utilizada para o representar neste relato, preservando assim sua identidade, visto a ética do sigilo que nos rege. O tratamento fora realizado na Clínica Escola da Universidade Federal de Campina Grande, tendo como duração 14 encontros distribuídos em uma frequência de uma sessão semanal, no espaço de tempo de mais ou menos um ano de análise, entre greve, férias, recessos, feriados e faltas.

##### CASO M.

M. é um menino de 7 anos cujo a mãe o levou à Clínica Escola de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande para atendimento psicológico, pois queixava-se de que seu filho era muito inseguro, sentia muito medo de bandidos, chegando a ter graves pesadelos a ponto de ter que ir para a cama dos pais no meio da noite pois chegava a ter

sintomas físicos como taquicardia. Disse-me que a criança falava sobre sentir uma falta, sentir angústia, uma coisa ruim, um aperto, e a mãe sempre associou esses sentimentos do filho à morte da avó ou à separação dos pais. Queixou-se também a respeito do menino falar constantemente sobre morte, lembrando dos locais em que a avó frequentava. Mostrou preocupação com o fato do menino sempre dizer que não sabe fazer as lições de casa, mas que quando ela se aproximava para ajuda-lo, ele conseguia fazer tudo sozinho.

Na primeira sessão, M. mostrou o quanto se sentia só em casa, e falou sobre ter medo de que algum ladrão entre em sua casa, e isso aparece em seus pesadelos, ao qual bandidos o pegam para matar e sua mãe fica muito triste. Vai para a cama da mãe porque acredita que os conteúdos de seus sonhos são verídicos. M. disse que começou a sentir alguns medos depois que o seu pai saiu de casa, uma vez que nesta ocasião sua mãe exigiu que ele passasse a dormir só, enquanto que dormia com os pais antes da separação. Sobre sua dificuldade com as tarefas do colégio, M. desabafou mostrando ser incompreendido, que sua mãe o chama de preguiçoso: “ - *Mas ela não entende, eu não consigo fazer, a tia não explica e eu não entendo*”. Pensamos que uma explicação para as dificuldades escolares de M. é a incompreensão dos adultos sobre o que se passa com ele, não apenas no âmbito escolar, mas a respeito de todas as indagações e dúvidas que vem vivenciando.

Em sessão posterior, M. escolheu dois bonecos, um de super-homem e o outro um cachorrinho. Em sua brincadeira, M. insinuava uma agressão do super-homem em relação ao animal, chutando-o. Ao perguntar-lhe o motivo pelo qual o super-herói estaria machucando o cãozinho M. relatou uma cena na qual se mostrou muito abalado: um cachorro da raça pitbull que mora em sua rua mordeu sua cadelinha e sua mãe tentando salvá-la acabou se machucando também. M. disse que o pitbull era um covarde e assassino, pois sua cadela não havia feito nada para ele querer matá-la. Dessa forma, depois de representar em seu brincar a raiva que estava sentindo do cachorro que mordera sua cadelinha, pôde escoar sua agressividade, pois o super-herói de sua fantasia já vingara o sofrimento de seu animalzinho, machucando o pitbull. Compreendemos que esta brincadeira apresenta aspectos de seu conflito edipiano atual e o enfrentamento da ameaça de castração (a cena do cão bravo que arrancou um pedaço de sua pequena cachorrinha é bem emblemática deste temor, e ele acrescenta que sua mãe tentou ajudá-la e também saiu lesada). M. de fato vivenciava os impasses de sua resolução edipiana entre o amor incestuoso pela mãe e o desejo de fazer parte do coito parental ao buscar a cama dos pais em seus terrores noturnos e, ao mesmo tempo, o medo do pai castrador.

No *setting* analítico M. foi se mostrando um menino bastante sedutor, trazendo presentinhos como chocolate, pulseirinha e, mostrando também através dessas ações, a relação transferencial positiva que fora estabelecida com facilidade; muito criativo, utilizando brinquedos para diversas funções, diversificando as brincadeiras como lego, pega-varetas, massa de modelar, futebol de botão, jogo de dama, vôlei, futebol, basquete, ping-pong, desenho, bonecos, casinha, música, etc.

Com o passar das sessões, M. foi elaborando seu medo de ladrão (a nosso ver o medo da castração) até o ponto de não ter mais pesadelos. Além disso, ao que pareceu, seu medo de ladrão fora uma projeção do medo que a mãe possuía, pois certa vez um ladrão entrou no muro de sua casa, deixando-a assustada. Mas não somente essa projeção da mãe em direção ao filho, como também, dito anteriormente, o medo de M. em relação à castração, uma vez que se encontra no auge edipiano.

Em relação à morte de sua avó, M. apresentava falsas lembranças, pois sua avó falecera quando ele tinha 2 anos de idade, prova de que o mesmo seria incapaz de lembrar com tanta precisão sobre diversos momentos com sua avó. Essas falsas lembranças eram repetições do que sua mãe sempre falava em casa, entre conversas, em que M. ouvia e parecia “recordar” de tais fatos. Importante ressaltar que a morte da avó passa a ter significado na vida de M. no momento em que vive esse medo da castração, deparando-se com o dilema de seus próprios limites e os da vida em virtude da finitude experienciada com a morte da avó. Além disso, este acontecimento o coloca diante da própria experiência de desamparo de sua mãe ao perder sua genitora.

Após cessarem as primeiras queixas trazidas pela mãe do menino, uma nova queixa surgiu em questão. M. trouxe um recado de sua mãe, que pedira para que ele falasse sobre ainda fazer xixi na cama. O fato é que quando o menino usa fralda, não faz xixi, entretanto, se lhe tiram a fralda, ele acaba por não se conter durante o sono. A princípio, ao questionar se ele sabia o motivo disso acontecer, ele explicou que bebia muita água antes de dormir, e que acabava por não conseguir acordar para ir ao banheiro. Por esse motivo, sua mãe o acordava de madrugada para ir ao banheiro, a fim de sanar esse mal do xixi na cama. No decorrer da análise esta questão não foi mais direcionada e momentos posteriores M. apenas afirma não mais fazer xixi na cama.

Depois de refletir acerca dessas questões, percebi que M. carregava certa carência de sua mãe e que a falta de compreensão em seus deveres escolares e o xixi na cama eram

formas de chamar a atenção da mãe, de quem ele sentia falta e com quem ele sentia vontade de brincar. Através do processo analítico, M. passou a ser compreendido por alguém que lhe dera um lugar de palavra e de elaboração de sentido para o seu mal-estar.

Com o decorrer do tempo, M. passou a não mais verbalizar questões, priorizando – em seu tempo integral da sessão – o brincar. Em suas brincadeiras, nenhuma demanda estava aparente, a própria criança dizia que só ia para a análise porque podia brincar com todos os brinquedos que havia naquele espaço, e comecei a colocar em questão a minha utilidade e função naquele lugar. Muita resistência começou a surgir por parte da analista diante do desafio de esperar o tempo da criança. As sessões passaram a ser tediosas, monótonas e repetitivas. Eu não conseguia entender o motivo de continuar atendendo M. quando ele *só* vinha brincar. O que eu não compreendia e que depois se tornou muito claro é que ele realmente vinha *só* para brincar! Contudo, naquele tempo eu não conseguia alcançar que era exatamente o brincar de M. que fazia mover o seu desejo para estar naquele espaço. Por certo muitas questões foram impossibilitadas de serem acessadas em virtude da própria resistência vinda por parte da analista, afinal de contas sempre que uma criança brinca ela comunica algo do seu mundo interno e direciona isso a alguém que interprete.

Diante disso, convidei os pais para dar esse feedback no andamento do processo analítico e poder ouvi-los em suas questões. O pai nada declarou. A mãe contou sobre a dinâmica familiar, o quanto esse filho é amado e bem cuidado. Entretanto, eu lhes disse que M. era um menino psicologicamente saudável, muito inteligente e criativo e que o que ele apresentava através desses sintomas, era um pedido de atenção e disposição para brincar com ele. Lhes exemplifiquei o fato de que quando alguém se aproximava dele se dispondo para ajudá-lo, ele conseguia fazer as atividades sozinho. Seus pais compreenderam e disseram que modificariam suas posturas a fim de atender a essa demanda da criança. A sensação que me percorreu durante essa sessão era de encerramento do tratamento, pois de minha parte, a criança parecia não apresentar mais nenhuma queixa que justificasse a continuidade da análise<sup>1</sup>.

Na sessão seguinte, M. disse que estava conseguindo resolver todas as suas atividades escolares, não estava apresentando mais dúvidas na escola, que ele tinha conseguido parar de fazer xixi e atribuí essas melhoras ao fato de que ele e sua mãe estavam brincando com uma

---

<sup>1</sup> A *posteriori* pude interpretar que o final da análise estava sendo estabelecido por mim mesma em virtude de minhas próprias resistências e do desconhecimento de que o brincar é uma ferramenta fundamental à comunicação da criança.

certa frequência, ou seja, ela estava dando mais atenção para o filho, a atenção que ele estava sentindo a necessidade de receber. M., ao final da sessão, disse-me que sua mãe havia pedido para que ele se despedisse de mim, pois aquela seria sua última sessão comigo. Entretanto, M. colocou seu desejo à tona quando disse: “- *Minha mãe quer que eu me despeça de você, mas não vou me despedir, não! Sei que haverá o momento em que teremos que fazer isso, mas não será hoje, não!*”.

A partir deste encontro a mãe sugeriu que M. continuasse indo de 15 em 15 dias as sessões, demanda que deixei em aberto para que pudéssemos conversar depois de tê-la convidado a vir em uma sessão. A mesma não compareceu e seu filho passou a faltar semana após semana, sem justificar. Isso era esperado que acontecesse, visto que a família levou a criança para a análise a fim de sanar suas dificuldades de aprendizagem e seus comportamentos inconcebíveis para um garoto de oito anos de idade e para eles as queixas haviam sido sanadas. Evidente que tudo isso parecia estar para além das necessidades próprias da criança, da própria demanda que ela possui, não sendo ofertada a opção para que a própria criança pudesse escolher continuar ou não em análise. O desejo do adulto é o que prevalece, infelizmente... E o do analista também!

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como vimos, os pais de M. o levaram à análise com queixas emergidas a partir de um mal-estar da criança, a saber, seus medos, insegurança, dificuldade de aprendizagem e enurese, a fim de que o tratamento psicológico pudesse dar conta disso e que pudesse ser rápido e eficaz. M. não conseguindo ser compreendido em seu mal-estar encontrou no sintoma uma maneira para se expressar.

M. sempre se mostrou investido na análise, denunciando a todo instante sua demanda de amor e atenção. Por outro lado, meu investimento enquanto analista que no primeiro tempo se deu de maneira implicada e investida, foi diminuindo e gerando certa resistência, a partir do ponto em que me perguntava qual minha função no manejo da brincadeira da criança, uma vez que os sintomas iniciais haviam desaparecido e não parecia haver mais nada que justificasse sua vinda à análise.

Diante dessa experiência, posso concordar quando Anna Freud diz que ao final da análise com criança, a analista se pergunta qual terá sido sua contribuição terapêutica na

melhora da criança, vez que as melhoras passaram a surgir quando a mãe pôde elaborar seu papel diante da demanda de seu filho.

Temos a convicção de que foi pelo brincar e pelo uso das palavras que M. pôde simbolizar questões de sua vida como problemas cotidianos e etapas vivenciadas em seu desenvolvimento emocional, tais como o temor da castração e a resolução do Complexo de Édipo. A falta que M. sentia da interação de sua mãe com ele e a necessidade de atenção materna eram bem evidentes quando o menino brincava de casinha, sempre encenando a relação de mãe e filho, demonstrando através do jogo a forma como o próprio M. gostaria de ser cuidado e ter sua demanda de amor correspondida.

O que entra como questão é a postura da analista frente a esse brincar, que até certo ponto fez todo o sentido, entretanto, com o tempo, foi se perdendo na medida em que a analista não conseguiu entrar mais no jogo lúdico e espontâneo do paciente. Em outras palavras, admitimos a falta de disposição – ou dificuldade – da analista para entrar no espaço potencial da criança. Como pudemos aprender com Winnicott, a brincadeira só ocorre na medida em que paciente e analista podem criar juntos e de modo espontâneo uma brincadeira comum aos dois. Nesse sentido, o analista de criança precisa se permitir entrar no mundo da imaginação, utilizar-se da própria criatividade e o mais importante, não tentar interpretar o brincar a todo instante, como já vimos anteriormente. O brincar não é só da criança, mas deve ser construído pela dupla que compõe a cena analítica.

Em virtude da experiência relatada, esse trabalho foi escrito no intuito de proporcionar à própria analista (estagiária) um meio de elaboração para a finalização deste caso clínico e com vistas a oportunizar um conhecimento e uma escuta sensível para os casos vindouros.

## REFERÊNCIAS

ATIÉ, F. **O lugar dos pais na psicanálise de crianças**. 1999. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1999.

BERNARDINO, L. M. F. O desejo do psicanalista e a criança. In: \_\_\_\_\_. Bernardino (Org.). **Psicanalisar crianças: que desejo é esse?**. Salvador: Ágalma, 2004. p. 57-70.

DOLTO, F. A criança e o jogo. In: \_\_\_\_\_. **As etapas decisivas da infância**. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. 109-118.

EDINGTON, Vera Lucia Tourinho. **A medicalização da infância: uma leitura psicanalítica**. 98 f. 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

FERREIRA, A. B. de H. *Mini Aurélio Século XXI*: O minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001, p. 109 e 303.

FOCHESATTO, W. P. F. **Algumas considerações sobre o conceito de fantasia em Freud e Melanie Klein**. Disponível em: <http://www.cbp.org.br/cprs/conceitodefantasia.pdf>. Acesso em: 18 de novembro de 2015.

FRANCO, S. de G. **O brincar e a experiência analítica**. Revista *Ágora*. v.6, n.1, jan/jun 2003, p. 45-59.

MAGTAZ, A. C.; BERLICK, M. T. O caso clínico como fundamento da pesquisa em psicopatologia fundamental. **Ver. Latinoam. Psicopat. Fundamental**, São Paulo, v. 15, n.1, p. 71-81, mar. 2012.

MELO, P. O. C.; SILVA, A. M. C. **A Psicanálise de Crianças: o Brincar como Recurso Terapêutico**. Disponível em: <https://psicologado.com/abordagens/psicanalise/a-psicanalise-de-criancas-o-brincar-como-recurso-terapeutico>. Acesso em: 18 de agosto de 2015.

MIJOLLA, A. **Dicionário internacional de psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2005, 1894 - 1914.

MOURA, J. **Introdução ao Conceito de Narcisismo**. Disponível em: <https://psicologado.com/abordagens/psicanalise/introducao-ao-conceito-de-narcisismo>. Acesso em: 14 de nov. 2015

SCHMIDT, M. B. **O brincar como método terapêutico na prática psicanalítica: uma revisão teórica.** Revista de Psicologia da IMED. v.6, n.1, jan-jun 2014, p. 18-24.

SILVA, L. M. **A concepção psicanalítica da criança e do brincar. ‘Além do sentido e do significado’ – Parte II.** Disponível em: <http://blogdolucao.com.br/a-concepcao-psicanalitica-da-crianca-e-do-brincar-alem-do-sentido-e-do-significado-parte-ii/>. Acesso em: 19 de agosto de 2015.

SIQUEIRA, E. R. A. de; QUEIROZ, E. F. de. O singular do caso clínico: uma proposta metodológica em psicanálise. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n.3, p. 104-114, jul. 2014.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. **Opção Lacaniana online nova série**, n.1, p. 1-9, mar. 2010.

WINNICOTT, D.W. **O Brincar e a Realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975. 244 p.