

## Comunicação silenciosa mãe-bebê na visão winnicottiana: reflexões teórico-clínicas

Josiane Cristina Coradi Prado Telles

Maíra Bonafé Sei

Sérgio Luiz Saboya Arruda

**Resumo:** Objetivou-se discutir a comunicação silenciosa entre mãe e bebê, a partir do pensamento de Winnicott. Fez-se uma pesquisa qualitativa, baseada no método clínico e referencial psicanalítico, por meio do estudo de caso de uma criança, com 8 anos de idade e dificuldades no desenvolvimento da fala, sem causa orgânica, atendida em psicoterapia de orientação psicodinâmica, em que aspectos teóricos são ilustrados pelo atendimento clínico realizado. No caso relatado, foram levantadas hipóteses de a mãe haver falhado em propiciar ao filho um ambiente facilitador durante os primeiros meses de vida, assim como houve falhas do pai e do ambiente por não terem propiciado o suporte emocional satisfatório para a genitora. A dificuldade de expressão verbal da criança estava relacionada com a manutenção de uma comunicação silenciosa primitiva, que significaria a garantia da sobrevivência psíquica, diante de um ambiente que não havia se configurado, até então, como suficientemente bom.

**Palavras-chave:** comunicação não verbal; relações mãe-filho; desenvolvimento infantil.

### Mother-Baby Silent Communication under Winnicott's View: Theoretical-clinical reflections

**Abstract:** The aim of this paper was to discuss the silent communication between mother and baby from Winnicott's point of view. This qualitative research, based on a clinical and psychoanalytic method, considered a case study of an eight-year-old child with difficulties in speech development, without organic cause, assisted during psychodynamic psychotherapy, which theoretical aspects were illustrated by the clinical treatment carried out. In the case reported, hypotheses were raised concerning the mother having failed in providing her child with a facilitating environment during their first months of life. The father also failed, and there were failures in the environment that also did not provide a good emotional support for the mother. The difficulty in the child's verbal expression was related to the maintenance of a primary silent communication, which would mean the warranty of psychic survival in the face of an environment that had not been configured until then as being good enough.

**Keywords:** nonverbal communication; mother-child relationship; child development.

---

### Introdução

Este artigo teve a sua origem no atendimento psicoterápico, realizado em um ambulatório de psicoterapia de crianças de um hospital público, de um menino de 8 anos de idade, cuja queixa principal era: ele “fala pouco”, “quase não fala”. A história clínica desta criança continha um antecedente precoce marcante: a mãe teve muita dificuldade de ordem emocional para estabelecer um vínculo com o filho nos primeiros meses, falhando em lhe propiciar um “ambiente suficientemente bom” para o seu desenvolvimento.

A história de vida da criança e a forma como o material clínico foi expresso em algumas sessões da psicoterapia sugeriram, tal como será relatado no capítulo de resultados e discussão, que aspectos emocionais presentes na relação e na comunicação inicial entre a mãe e o bebê tiveram papel decisivo no seu desenvolvimento e na capacidade de se comunicar. Isto foi ao encontro de ideias descritas por D. W. Winnicott (1956/1982, 1963a/1983a), tais como: nos primeiros meses de vida, o bebê é totalmente dependente da mãe, havendo uma linguagem não verbal que se estabelece como meio de comunicação entre ambos. Esta comunicação é sensorial. A mãe pega o bebê no colo, amamenta ou dá a mamadeira. Nesta relação inicial, o bebê e a mãe são uma unidade. A maturação emocional tem início em uma comunicação silenciosa que é, a princípio, apenas sentida, ou seja, é não verbal, anterior à comunicação pela fala (Winnicott, 1963b/1983b).

No presente artigo, tomando-se como referência o pensamento de Winnicott, objetiva-se discutir: a) a interação mãe-bebê nos primeiros meses de vida; b) a teoria da comunicação da criança. A reflexão sobre estes temas é ilustrada e complementada por breves relatos da psicoterapia de orientação psicodinâmica de uma criança atendida semanalmente em um ambulatório de um serviço público.

### **A interação mãe-bebê nos primeiros meses de vida**

A partir da perspectiva winnicottiana, a relação primitiva mãe-bebê é um tema central para se entender o desenvolvimento emocional do ser humano (Winnicott, 1956/1982). Por meio desta visão, apenas gradualmente é que a questão do bebê como ser independente tornar-se-á importante.

Winnicott (1956/1982) apontou que, no início do desenvolvimento, o ambiente que circunda a criança, representado principalmente pela mãe, pode se configurar de maneira a suprir as necessidades da criança, quando é denominado suficientemente bom, propiciando ao bebê alcançar as satisfações de suas necessidades físicas e emocionais. Há situações, no entanto, em que este ambiente falha, o que é sentido como uma intrusão no processo de continuidade de ser da criança, distorcendo o desenvolvimento do bebê. Neste sentido, reconhece-se a importância de se estudar as funções da mãe em relação ao bebê nessa fase primitiva.

A preocupação materna primária é um estado psicológico em que a mãe está mais sensível às necessidades emocionais e físicas do bebê. É um estado natural das mulheres no período da gravidez e algumas semanas após o nascimento do bebê. A mãe que desenvolve a preocupação materna primária pode facilitar ao bebê uma vivência mais tranquila nos primeiros momentos de sua vida. Isto ajudaria a amenizar a ameaça de aniquilação, identificada por Winnicott como sendo uma das ansiedades mais primitivas.

Nesse estado psicológico, a mãe pode se colocar no lugar do bebê, proporcionando o que ele precisa para se sentir seguro. É importante que a mãe desenvolva o estado de preocupação materna primária, para poder se identificar com o mesmo.

A provisão ambiental suficientemente boa contribui para que o bebê possa existir, possa dominar as pulsões, construindo um *self* capaz de superar os obstáculos próprios do viver (Winnicott, 1956/1982). Considera-se importante, então, que, nos seus primeiros momentos, o bebê seja amparado por uma mãe, que lhe forneça um ambiente satisfatório

(Winnicott, 1967b/1999b). Este meio propicia um alto grau de adaptação às suas necessidades individuais, de maneira que o bebê possa alcançar um desenvolvimento em sintonia com as tendências herdadas, gerando a autonomia do indivíduo (Winnicott, 1967b/1999b).

Quanto ao desenvolvimento da criança, pode-se inferir que, para que ocorra de maneira saudável, é importante que a mesma possa desenvolver uma personalidade de forma integrada, pois a integração leva à configuração do bebê como uma unidade (Winnicott, 1967b/1999b). Essa integração depende de um olhar atento da mãe às necessidades da criança, o que garantiria capacitar o filho a encontrar objetos de forma criativa.

Neste sentido, Winnicott (1971/1975) estabeleceu uma relação entre o brincar, o ser criativo e o viver saudável, defendendo que, por meio do brincar, é possível a comunicação. Entendeu que o brincar configura-se como algo universal, que facilita o crescimento, a saúde, os relacionamentos grupais, além da comunicação consigo próprio e com os demais indivíduos. Pontuou também que a área do brincar encontra-se entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido, área esta denominada de espaço potencial.

Quanto ao desenvolvimento emocional, a mãe é considerada a principal responsável por iniciar o filho no uso criativo do mundo, em conjunto com o meio que circunda a criança. Quando isto falha, a criança perde contato com os objetos e, também, perde a capacidade de encontrar qualquer coisa criativamente (Winnicott, 1967a/1999a). Assim, em oposição à percepção criativa dos fatos e da vida em geral, há um estado de submissão à realidade externa que aponta para um senso de inutilidade da vida, de que esta não vale a pena ser vivida (Winnicott, 1971/1975).

No que concerne à interação mãe-bebê e à capacidade criativa do bebê, Granato e Aiello-Vaisberg (2005) salientaram a importância do espaço de confiança construído entre mãe e bebê. O *holding* oferecido pela mãe contribui para o exercício do potencial criativo e, posteriormente, para o viver adaptado, autêntico e saudável do bebê.

O ser humano caminha da dependência rumo à independência (Winnicott, 1963b/1983b), e a criança vivencia, ao nascer, um período de dependência absoluta da mãe, para sobreviver. Esse primeiro contato do bebê com a mãe passa pelo sensorial, a partir de um contato corporal intenso. Ela contempla sua face, olha nos seus olhos, segura-o no colo, amamenta-o no peito, propiciando-lhe um *holding* em que o mesmo vive a sensação de ser segurado e amparado. Tudo isso faz parte de uma comunicação que vem antes do verbal e que influenciará o desenvolvimento emocional futuro da criança, inclusive no que se refere ao desenvolvimento da comunicação verbal.

### **Teoria da comunicação da criança**

No texto “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos”, Winnicott (1963a/1983a) estudou tanto a comunicação, como a falta dela, a partir da relação primitiva pré-verbal entre mãe e bebê. Afirmou estar interessado em rerepresentar algumas de suas formulações teóricas sobre os estágios iniciais do desenvolvimento emocional do bebê. Este psicanalista tomou como pressuposto que a comunicação e a capacidade de se comunicar estão intimamente ligadas às relações objetais. Reconheceu

que a relação com os objetos não é um ponto simples no amadurecimento, em cujo processo é muito importante a qualidade do ambiente favorável.

Se há um ambiente facilitador e não invasivo em que a privação e a perda não são predominantes, então será possível que ocorra, no indivíduo, uma mudança da natureza do objeto. Quando o ambiente facilitador se instaura, o processo de amadurecimento do indivíduo se desenvolve no sentido de este passar a perceber o objeto não mais apenas subjetivamente, mas como um objeto distinto de si. De um fenômeno de ordem subjetiva, o objeto passa a ser objetivamente percebido (Winnicott, 1963a/1983a). Este processo pode levar meses ou mesmo anos, visto que para que o bebê passe a perceber o objeto subjetivo como objetivo é preciso que ele consiga absorver, sem distorções, as privações e perdas.

O que garante o desenvolvimento emocional e o equilíbrio diante das privações e perdas é o ambiente favorável, aquele em que as privações e perdas não predominam, apesar de existirem, propiciando ao bebê a experiência da onipotência. Ao vivenciar a ilusão de onipotência possibilitada pelo ambiente suficientemente bom, o bebê cria e recria o objeto, em um processo gradual no seu psiquismo, que lhe serve de apoio na memória (Winnicott, 1963a/1983a).

A constituição do que seja o objeto para o indivíduo depende de um processo paradoxal de procura pelo objeto, que é necessário e que, ao mesmo tempo, decorre da criação subjetiva desse objeto. Ou seja, a percepção objetiva do objeto depende, anteriormente, de uma percepção subjetiva positiva. A percepção objetiva do objeto é a que permitirá ao indivíduo lidar com a privação e com a perda. Winnicott (1963a/1983a) considerou que a alteração da percepção do objeto de subjetivo para objetivamente percebido ocorre mais por meio de frustrações do que por satisfações.

Portanto, para o desenvolvimento equilibrado do bebê, é importante que o mesmo possa internalizar e reter a ideia do objeto como sendo potencialmente satisfatório. Por outro lado, o aspecto frustrante do comportamento do objeto ajuda o bebê a perceber a existência de um mundo que se discrimina do seu eu, ou seja, aquilo que é *não eu* (Winnicott, 1963a/1983). Esse processo é fundamental para a constituição do verdadeiro *self* do indivíduo.

Diante da privação, o bebê pode vir até a odiar o objeto, mas isso só será proveitoso para o seu desenvolvimento se, acompanhado desse sentimento, vier a percepção de que esse seu proceder é falho. Só assim o odiar o objeto não será convertido em uma recusa a ele. Segundo Winnicott (1963a/1983a), a recusa caracteriza um estágio intermediário no desenvolvimento normal; é parte do processo de criação do objeto, ou seja, é parte do processo de internalização do objeto bom.

A partir destas reflexões sobre as relações objetais do bebê, Winnicott (1963a/1983a) passou a trabalhar a questão da comunicação, que vem à tona justamente no processo da passagem da percepção subjetiva do objeto para a percepção objetiva. A comunicação é desnecessária quando o objeto ainda é subjetivo; todavia, no momento em que a percepção do objeto passa a ser tida como objetiva, a comunicação torna-se de crucial importância.

O bebê é colocado em uma situação paradoxal, pelo fato de desenvolver dois tipos de relações objetais com a mãe. Um tipo de relação se dá com a mãe-ambiente,

que é humana, e o outro tipo se dá com a mãe-objeto, que é uma coisa. A comunicação entre o bebê e a mãe se dá pela relação dupla com estes dois tipos de mãe. A carência da mãe-objeto pode ser suprida pela percepção difusa da mãe-ambiente. O bebê sente quando a mesma consegue se colocar na pele da criança e se apresentar como um ambiente seguro diante de suas privações ou faltas. É nesse sentido que se pode pensar, a partir de Winnicott (1963a/1983a), na interação inicial mãe-bebê como sendo constitutiva de uma linguagem não verbal, de uma comunicação primitiva.

A forma de a mãe se comunicar silenciosamente com o bebê se faz pura e simplesmente pela garantia que ela oferece a sua presença enquanto mãe-ambiente. Igualmente, a forma de o bebê se comunicar com a mãe se resume no fato de ele permanecer vivo, de mostrar para a mãe que o seu seio e o seu alimento foram suficientes para garantir-lhe a sobrevivência.

A perturbação no estabelecimento da comunicação nesta fase primitiva da relação mãe-bebê pode ocorrer quando não existe o ambiente facilitador. A ausência deste ambiente leva ao que Winnicott (1963a/1983a) chamou de opostos da comunicação, a saber, a não comunicação simples, e o seu oposto: a não comunicação que é ativa ou reativa.

Estes opostos da comunicação estariam na base de patologias como, por exemplo, o autismo e a esquizofrenia infantil. Contudo, estes opostos não servem apenas para pensar os casos patológicos, podendo-se atentar para a existência de uma zona silenciosa em todo ser humano. Portanto, os opostos de comunicação constituem-se como condições não apenas para o entendimento das patologias, mas para o entendimento do desenvolvimento das faculdades criativas e simbólicas do homem, tal como a linguagem verbal e a própria arte.

Para que ocorra o surgimento da linguagem verbal, é preciso que a criança passe pela experiência da não comunicação simples. Ou seja, é da não completude da comunicação silenciosa que surge a necessidade da comunicação verbal. Em termos mais simplistas, é preciso que o silêncio seja elaborado para que dele possa surgir a comunicação não silenciosa.

Quanto ao outro oposto da comunicação silenciosa, “a não comunicação ativa ou reativa”, Winnicott (1963a/1983a, p.171) pensou em raízes de desdobramentos negativos e positivos. Os desdobramentos negativos teriam a ver com as patologias de negação da comunicação, tal como o autismo, em que a comunicação verbal não se desenvolveu de forma satisfatória. No entanto, Winnicott (1963a/1983a) também considerou que a negação da comunicação está na base de um desdobramento positivo que tomaria corpo nas expressões artísticas e culturais. Assim, afirmou que, no artista, pode-se perceber um dilema entre a necessidade de comunicar-se e a necessidade oposta de não ser decifrado.

A partir desse raciocínio aplicado à ideia de artista, este psicanalista desenvolveu sua argumentação no sentido de demonstrar que todo indivíduo guarda em si uma zona de quietude que deve permanecer intocável. A razão dessa luta do indivíduo pelo silêncio, pela garantia à intangibilidade dessa zona silenciosa está ligada a um medo de aniquilação, ao medo primitivo de ser descoberto e devorado pelo outro. Esta poderia ser, também, a razão do silêncio do paciente durante a análise.

A garantia do silêncio é o asseguramento da manutenção do estado primitivo da comunicação silenciosa entre mãe e bebê; o que, em outros termos, corresponde à garantia da sobrevivência inicial de todo ser humano. Para Winnicott (1963a/1983a), durante o desenvolvimento do bebê, o viver estabelece-se a partir do não viver, o existir substitui o não viver, a comunicação origina-se a partir do silêncio.

Assim, ao final de seu texto, Winnicott (1963a/1983a) fundamentou a situação paradoxal dos opostos da comunicação. De um lado, a negação da comunicação silenciosa primitiva com a mãe segue o seu curso típico do desenvolvimento quando passa a promover o advento da comunicação pela linguagem verbal. Por outro lado, a manutenção do silêncio e de uma zona de quietude intocável também deve ter o seu lugar no desenvolvimento do indivíduo, com papel fundamental na constituição do *self* maduro. Negar a comunicação verbal, portanto, em certos momentos, pode significar a garantia de estar vivo.

### **Apontamentos sobre a psicoterapia a partir do referencial winnicottiano**

As intervenções terapêuticas do caso que será relatado pautaram-se no referencial winnicottiano. Winnicott (1971/1975) enfatizou a importância do brincar como algo que deve ser propiciado pela psicoterapia. O *setting* lúdico é fundamental para as manifestações criativas do paciente na análise. Acerca deste tema, Fulgencio (2008) reafirmou a necessidade de um *setting* lúdico que propicie um brincar espontâneo e criativo do paciente, sem considerá-lo unicamente como um meio de expressão de pressões instintuais.

Para o atendimento de crianças, Avellar (2004) sinalizou que, por vezes, a interpretação verbal não se mostra como a estratégia mais eficaz para a comunicação entre analista e paciente. É pertinente que as atitudes lúdicas acompanhem a interpretação, de maneira a se facilitar o entendimento da criança fornecendo um *setting* de acordo com o que o paciente necessita (Avellar, 2004).

Dias (2008) defendeu que, na clínica winnicottiana, a interpretação nem sempre se configura como a característica central da análise e, em situações de falhas em etapas primitivas da vida, busca-se estabelecer a confiança no ambiente. O terapeuta não seria aquele que decifra elementos inconscientes, mas aquele que, pela sua presença, propicia uma experiência de comunicação e de contato com o paciente. Essa comunicação é verbal, todavia, apoia-se em uma comunicação profunda e silenciosa, qual seja a da confiabilidade.

Ao se considerar tanto o valor da criatividade para o viver saudável como o aspecto doentio da submissão (Winnicott, 1971/1975), entendeu-se que a interpretação devesse ser algo criado/encontrado pelo paciente. Assim, o terapeuta absteve-se de realizar interpretações precoces, permitindo que o próprio paciente as formulasse. O psicoterapeuta trabalha pela espera, pela não ação, procurando respeitar o ritmo da criança (Franco, 2003).

Em consonância com Forlenza-Neto (2008), considerou-se que o terapeuta devesse privilegiar a criatividade em seus variados níveis, de maneira que não houvesse uma paralisação do criar em decorrência da análise. A técnica winnicottiana recolocou a questão

do lugar do analista, bem como a constituição do sujeito psíquico em sua relação com um ambiente facilitador e criativo.

No que concerne à questão da comunicação na relação analítica, Coelho Jr. e Barone (2007) afirmaram que a privacidade do paciente deve ser respeitada, pois a autenticidade e a vitalidade no *setting* analítico são advindas do equilíbrio entre a comunicação e a não comunicação. Defenderam que a presença confiável, humana e não invasiva do analista propicia ao paciente a comunicação de suas experiências significativas, bem como permite a manutenção de um núcleo do *self* privado.

O tema do silêncio é abordado por Peres (2009), que apontou que este pode se constituir como uma via para demonstração de afetos, gestos e também do ato da fala. Esta autora relativizou o sentido de defesa, muitas vezes, atribuído ao silêncio no contexto analítico, acreditando que, no lugar de interpretar, o analista necessita respeitar esse vazio de palavras, e deve esperar que o paciente possa descobrir criativamente.

Considerando-se que a queixa principal da criança atendida no presente estudo, como será discutido no capítulo de resultados, centrava-se no desenvolvimento da fala e em psicodinamismos da relação mãe-bebê, é interessante mencionar algumas afirmações de Aberastury (1979/1992). Esta autora defende que, ao realizar uma entrevista com os pais, é pertinente questionar como o bebê era acalmado ao chorar, como a mãe reagia diante da rejeição do filho quando era alimentado, alcançando um entendimento sobre as experiências iniciais da criança e a relação mãe-filho estabelecida (Aberastury, 1979/1992).

No que se refere à anamnese com os pais, Aberastury (1979/1992) afirmou que o resultado da observação de bebês e da análise de crianças com transtornos relacionados à palavra mostrava a importância da entrevista para que se pudesse compreender o grau de adaptação do filho à realidade, assim como avaliar o vínculo que se estabelecia entre criança e os pais. Portanto, a chave para o desenvolvimento adequado da criança está no primeiro ano de vida e no entender como se deu a adaptação da mesma à realidade. Igualmente, a forma como se estabeleceu o vínculo inicial com os pais deve ser investigada nos casos em que o desenvolvimento da capacidade comunicação se mostrar problemático.

Atrasos no campo da linguagem e a inibição no desenvolvimento desta podem apontar para obstáculos quanto à adaptação ao meio externo. De certo modo, Aberastury (1979/1992) indicou o caminho pelo qual se deve iniciar a investigação sobre a questão da comunicação, já salientada por Winnicott (1963a/1983a), como tendo origem em uma fase da vida da criança em que a interação mãe-bebê se dá por meio de uma linguagem pré-verbal. Esse primeiro caminho de investigação seria, portanto, obtido da anamnese com os pais.

## **Método**

### *Participantes*

Um menino de oito anos de idade, com queixa relacionada ao desenvolvimento da fala, sem causa orgânica, paciente que foi atendido em psicoterapia em um hospital

público durante. Os dados sobre a história e desenvolvimento do filho, sobre a queixa e o quadro clínico foram fornecidos pela mãe.

### *Delineamento*

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou o referencial psicodinâmico e o método clínico, e que procurou analisar e aprofundar os temas e objetivos propostos, ilustrando-os a partir de material advindo da prática clínica (Calil & Arruda, 2004). No que concerne ao método qualitativo, Turato (2005) pontuou que há uma “busca proposital de indivíduos que vivenciam o problema em foco” (p.511). Além disto, na visão deste pesquisador, o desenho do projeto não se pauta em recursos preestabelecidos, devendo haver maior abertura e flexibilidade da parte do pesquisador, quanto aos procedimentos e aos recursos utilizados para o empreendimento da investigação.

Realizou-se um estudo de caso por meio do qual se efetuou uma articulação teórico-clínica (Aguirre & Arruda, 2006; Sei, 2008), a saber, entre a teoria winnicottiana da comunicação e o relato da psicoterapia de orientação psicodinâmica do participante em questão. Neste sentido, Safra (1993) discutiu o uso do material clínico na pesquisa e o justificou ao sinalizar que o ser humano compartilha angústias em comum com os demais pares, mas também apresenta elementos singulares que podem contribuir para um enriquecimento de modelos e para uma ampliação do conhecimento.

### *Considerações éticas*

O presente estudo respeitou as resoluções 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e 016/200 do Conselho Federal de Psicologia, havendo sido aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa de uma instituição universitária. Foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo representante legal da criança participante.

### *Instrumentos e procedimentos*

Por se tratar de um ensaio teórico-clínico, inicialmente foi feita uma leitura crítica de alguns textos fundamentais de Winnicott, com ênfase na teoria da comunicação da criança e na relação mãe-bebê. Em seguida, foram acrescentados o pensamento de alguns autores que estudaram estes temas, bem como foram adicionados alguns pensamentos que orientaram a prática psicoterápica do caso clínico relatado.

Quanto à revisão bibliográfica, a compreensão da teoria da comunicação foi pautada principalmente nos textos de D. W. Winnicott. Em relação às considerações acerca do atendimento a partir deste referencial, agregaram-se contribuições de outros psicanalistas, privilegiando-se material publicado nos últimos dez anos. A busca por textos acadêmicos que articulassem Winnicott e a questão da comunicação foi realizada por meio da base de dados Psique, da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, e da Biblioteca Virtual de Saúde, área Psicologia, com uso das palavras-chave comunicação e Winnicott.

O atendimento da criança e dos familiares foi realizado em um hospital público, estendendo-se por quase dois anos. Iniciou-se com o processo de avaliação psicodiagnóstica e psiquiátrica, realizado conjuntamente por psicólogos, um psiquiatra



de criança e uma assistente social, no qual foram entrevistados os responsáveis e a criança, bem como foi feita a hora de jogo diagnóstica (Aberastury, 1979/1992; Arzeno, 1995) e foi aplicado o HTP (Buck, 2003). Em seguida, ocorreu a psicoterapia da criança, com sessões semanais que duravam cerca de 45 minutos. Houve relativamente poucas faltas, uma ausência a cada quatro ou oito semanas, quase sempre justificada por impossibilidade de a criança ser trazida pelos responsáveis. Eles residiam em bairro relativamente próximo do hospital se possuísem carro próprio. Todavia, por haver um vazio urbano, não havia transporte direto, sendo obrigados a irem ao centro da cidade e de lá utilizarem outra linha de ônibus. Devido a isso, cada viagem de ida e volta durava aproximadamente 3 horas só de condução, fora o tempo de atendimento.

Durante o processo de psicoterapia da criança, também foram realizadas algumas entrevistas com a mãe, normalmente no fim de cada semestre letivo, ou por solicitação da mesma, quando se perguntava sobre o desenvolvimento do paciente. O processo terapêutico foi supervisionado por um profissional da área, de maneira a se ampliar a compreensão acerca do caso, sempre que a terapeuta solicitasse, o que ocorria com periodicidade ora semanal, ora quinzenal, ora mensal.

Para esta pesquisa, foram utilizados dados provenientes de todos estes contextos, incluindo as entrevistas com a mãe, conduzidas pela terapeuta, o psicodiagnóstico e o relato das sessões de psicoterapia com a criança, transcritas após o término destes procedimentos. Os dados clínicos foram analisados a partir do referencial da psicanálise winnicottiana, estabelecendo-se uma relação entre a teoria escolhida e aspectos observados por meio da prática desenvolvida.

## **Resultados**

### *Entrevistas com Sara, a mãe de Pedro*

O atendimento foi iniciado com uma primeira entrevista com Sara, mãe de Pedro, que tinha 8 anos de idade no início do atendimento. Neste encontro, ao ser convidada a falar sobre o motivo de haver trazido o filho para a psicoterapia, Sara respondia sempre no passado. A psicóloga ficou intrigada com esta forma de narrar e pôde entendê-la melhor, quando a mãe se mostrou resistente em trazer o filho para psicoterapia e só resolveu tentar essa modalidade de atendimento por insistência do médico da criança.

Sara relatou que Pedro não conversava e não reagia quando alguém falava com ele: não conversava com as crianças e, na escola, agredia a professora e se agredia, quando fosse contrariado, ou quando as pessoas não entendessem o que desejava. Comentou que o filho sempre brincava sozinho. Contou também que, em casa, ele xingava os familiares e costumava mentir. A esta informação seguiu-se o seguinte comentário: “ele é terrível, quando ele fala essas coisas, eu falo pra ele que não sou mãe dele, mas depois me arrependo”. Ainda relatou que, com cinco anos de idade, Pedro fez um tratamento psicológico que “não resolveu nada”.

Acerca da história de vida da criança, Sara informou que teve “uma gravidez muito difícil”. Nessa época, brigava muito com o pai de Pedro, que bebia e jogava. Quando o

filho tinha 6 meses de vida, ela separou-se do marido. Disse, ainda, não ter amamentado Pedro, pois ele não “pegava o peito”.

Durante o puerpério, o marido não a ajudava e a deixava sozinha com o bebê. Disse, também, que, muitas vezes, a criança chorava e ela “não tinha coragem de pegar Pedro no berço”. Contou ainda que, quando o filho era bebê, não conseguia se referir a ele como “meu filho” e, então, dizia “vem com a tia”.

Pedro residia com a mãe, o padrasto e uma irmã de parte de mãe, dois anos mais jovem do que ele. A família morava em casa alugada, próxima dos genitores do padrasto. Este se relacionava bem com o enteado, dando-lhe carinho e atenção, tratando-o de forma semelhante àquela com que cuidava da própria filha.

### *A hora de jogo e recorte de sessões*

Na sessão de hora de jogo diagnóstica (Aberastury, 1979/1992; Arzeno, 1995), a psicóloga chamou Pedro para a sala e perguntou se sabia o motivo de estar ali. Ele respondeu que era porque não conversava com ninguém, disse: “sou mudo”.

A caixa lúdica estava aberta sobre a mesa. A psicóloga explicou-lhe que poderia utilizar os materiais da caixa (jogos, brinquedos, material gráfico), como quisesse. Inicialmente ele não fez movimento algum. Ficou imóvel por segundos. Depois começou a tirar os objetos da caixa e perguntou se poderia montar o quebra-cabeça. Em seguida, tirou o jogo de “pega-varetas” e seu olhar para a psicóloga foi entendido como um pedido de brincar. Após este movimento, ele e a terapeuta jogaram varetas até o final da hora de jogo.

Nas cinco sessões que se seguiram, Pedro escolhia o pega-varetas, que era jogado com as mesmas regras: quando alguém mexia na vareta, automaticamente mudava a vez do jogador. Pedro sempre ficava muito atento aos movimentos da psicóloga. Esta costumava falar quando a vareta mexia e quando contava o número de varetas acumuladas por cada um. No entanto, ele brincava em silêncio durante todo o jogo, não falava nada quando alguma vareta mexia. Buscava-se respeitar este movimento de silêncio do paciente e aguardar o ritmo do paciente e as maneiras escolhidas para se comunicar com a psicóloga (Coelho Jr. & Barone, 2007; Peres, 2009).

Quando contava suas varetas em silêncio, a psicóloga lhe perguntava: “está contando quantas pegou?” Ele olhava para a terapeuta e discretamente fazia que sim com a cabeça.

Por fim, em uma sessão realizada no segundo mês da terapia, ao terminar a contagem, Pedro falou o número 17. A psicóloga contou em voz alta e disse 20. De maneira quase inaudível, Pedro disse: você “ganhou”. Ao longo das sessões, o padrão de Pedro se repetia: brincava sem falar, a contagem parcial das varetas era silenciosa, mas dizia o número de varetas acumuladas e quem ganhava. Apesar de brincar e contar silenciosamente, mostrava muita empolgação tanto ao brincar, como ao contar. Entendeu-se que a forma sem qualquer som ou ruído com a qual Pedro brincava e ouvia a terapeuta devia ser respeitada. Era importante que a psicóloga aceitasse essa comunicação silenciosa, tal como a mãe faz inicialmente com o bebê, de forma a protegê-lo e ampará-lo. Isto era muito angustiante para Pedro e para terapeuta, mas acreditava-se que essa comunicação, a princípio, não verbal, ou seja, apenas sentida, seria necessária até quando viesse a ser

possível para Pedro comunicar-se pela fala, mesma que isto tenha começado a ocorrer de maneira tímida, quando se limitava a dizer em voz baixa o número de varetas acumuladas e quem ganhou.

Tanto na hora de jogo, como nas sessões utilizadas para ilustrar o atendimento, Pedro mostrava, muitas vezes, que necessitava de um aval da psicóloga para utilizar os objetos da sua caixa. Ela procurava propiciar-lhe um ambiente facilitador e criativo (Fulgencio, 2008; Winnicott, 1971/1979) em que fosse acolhido, em que se sentisse protegido. Buscava-se oferecer um ambiente suficientemente bom, em consonância com as necessidades individuais para um desenvolvimento saudável da criança (Sei, 2008).

Suas brincadeiras não provocavam qualquer ruído ou som, ele falava pouco, com estabelecimento de um vínculo marcado pelo silêncio. Em várias sessões, pedia para que a psicóloga desenhasse algo para ele. Pedia régua para desenhar e sempre repetia que não sabia fazer, demonstrando dificuldade em criar coisas.

Em relação à dificuldade de criar, Winnicott (1970/1999c) comenta que a criação depende de a pessoa “ser” para depois “fazer”. Parece que “ser” dependeria de um ego fortalecido, de um ambiente facilitador que permitisse à criança “existir” em um ambiente com mais liberdade e menos dependência. .

### **Considerações finais**

Pedro foi encaminhado ao atendimento psicológico por apresentar queixas relacionadas com o desenvolvimento da comunicação verbal, havendo inicialmente uma impossibilidade para falar no ambiente externo e escolar e uma dificuldade para falar durante a maior parte da terapia. Confrontando as informações das entrevistas com a mãe com o material clínico proveniente das sessões de psicoterapia, pode-se levantar a hipótese de que os problemas de desenvolvimento relativos à comunicação verbal de Pedro poderiam estar relacionados com uma falha no estabelecimento de um ambiente facilitador e acolhedor nos primeiros meses de vida desta criança. Pelos relatos da mãe, é possível supor que o processo de construção de um *self* verdadeiro, de construção da experiência de ilusão da onipotência de seu filho, enquanto bebê, deva ter sido não satisfatório.

Desse modo, a comunicação silenciosa que, para Winnicott (1963a/1983a), é garantia de segurança de sobrevivência psíquica tanto para o filho quanto para a mãe, parece não ter sido estabelecida de modo completo ou satisfatório. Pelo relato da mãe, pôde-se perceber que ela tinha dificuldades em aceitar o filho, falhando em cuidá-lo, em atender às suas necessidades básicas de bebê. Por exemplo, ela disse não conseguir chamá-lo de “meu filho”, e sequer conseguia pegá-lo no berço, ou segurá-lo quando chorava. Ou seja, a mãe não podia exercer adequadamente a função de *holding*, propiciando ao bebê um ambiente acolhedor, protetor e satisfatório. Da mesma forma, o pai biológico e os profissionais da saúde que deveriam ajudar a mãe, bem como os demais familiares também não puderam desempenhar de modo satisfatório o seu papel de apoio à mãe e ao bebê. Portanto, não apenas a mãe, mas todo o ambiente falhou.

Recuperar o momento do estabelecimento da comunicação silenciosa entre mãe e bebê, sabe-se ser tarefa complexa e difícil, que necessitaria de um período de psicoterapia

superior ao realizado com Pedro. Todavia, criar hipóteses de como essa comunicação tenha se dado é algo factível, ao se considerar os depoimentos da mãe e a confrontação com as atividades lúdicas do filho durante a psicoterapia, podendo ter havido falhas quer da parte da mãe, quer do pai, quer de outras pessoas do ambiente. A insegurança de Pedro ao pronunciar palavras, a sua estratégia de apoiar-se em uma linguagem não verbal com a psicóloga e a sua inicial e transitória falta de criatividade são aspectos que podem revelar possíveis perturbações no processo de amadurecimento desta criança. Isto pode estar associado com o modo como se deram suas primeiras relações objetais e com as implicações destas relações objetais no estabelecimento de sua comunicação silenciosa com a mãe, o que parecia estar sendo transferido e atualizado na relação com a terapeuta.

Segundo Winnicott (1963a/1983a), o medo de ser decifrado, ou de ter a sua zona intocável invadida associa-se a um sentimento de ameaça primitiva de aniquilação. Assim, a manutenção do silêncio de Pedro pode estar relacionada com a busca da segurança da comunicação silenciosa que pauta a relação mãe-bebê nos primeiros meses de vida. Em consonância com as ideias apresentadas por Winnicott (1963a/1983a; 171/1975) e por Coelho Jr. e Barone (2007), Forlenza-Neto (2008), Peres (2009), pensa-se, então, ser importante o respeito aos momentos de silêncio do paciente, ao seu ritmo, à individualidade e aos momentos de isolamento do outro na relação analítica, algo realizado ao longo do processo de Pedro. Esta escolha pôde ser respeitada e ao longo do processo o paciente pôde passar a se comunicar com a psicóloga também por meio da linguagem verbal e não apenas por meio de seus silêncios e brincadeiras, algo que parece ter sido propiciado pelo *holding* oferecido. É pertinente supor que a dificuldade de expressão verbal de Pedro pode estar relacionada com uma defesa pautada pela busca da manutenção de uma comunicação silenciosa primitiva, que significaria a garantia da sobrevivência psíquica diante de um ambiente que não havia se configurado, até então, como suficientemente bom.

### Referências

- Aberastury, A. (1992). *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. (A.L.L. Campos, trad.). (8.ed.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979).
- Aguirre, S. B., & Arruda, S. L. S. (2006). Psicoterapia lúdica de uma criança com AIDS. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 229-237.
- Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições*. (B.A. Neves, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1993).
- Avellar, L. Z. (2004). *Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: manual e guia de interpretação* (R.C. Tardivo, trad.). São Paulo: Vetor. (Original publicado em 1970).
- Calil, R. C. C., & Arruda, S. L. S. (2004). Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. Em: S. Grubits & J. A. V. Noriega (Orgs.), *Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação* (pp.173-212). São Paulo: Vetor.

- Coelho Jr., N. E., & Barone, K. C. (2007). A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(3), 88-100.
- Dias, E. O. (2008). O uso da interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), 588-601.
- Forlenza-Neto, O. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 82-88.
- Franco, S. G. (2003). O brincar e a experiência analítica. *Ágora*, 6(1), 45-59.
- Fulgencio, L. (2008). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 124-136.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vasberg, T. M. J. (2005). Prímula e Narciso a caminho da preocupação materna primária. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 13(2), 364-373.
- Maia, M.V.C.M. (2004). A comunicação silenciosa: reflexões sobre a linguagem não verbal em Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38(1), 83-93. Não citado
- Peres, F. S. (2009). Com a palavra o silêncio. *Cadernos de Psicanálise CPRJ*, 31(22), 157-171.
- Safra, G. (1993). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. Em: M. E. L. Silva (Org.), *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus.
- Sei, M. B. (2008). Abrindo espaço para o ser: Winnicott e a ludoterapia no contexto da violência familiar. *Psyche*, 12(22), 199-214.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-14.
- Winnicott, D. W. (1971). *O brincar e a realidade*. (J. O. A. Abreu e V. Nobre, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1982). Preocupação materna primária. Em: D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 491-498). (J. Russo, trad.) (2ª.ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (1983a). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. Em: D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 163-174). (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes médicas. (Original publicado em 1963a).
- Winnicott, D. W. (1983b). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. Em: W. D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963b).
- Winnicott, D.W. (1994). *Os bebês e suas mães*. (J.L. Camargo, trad.) (2ª.ed.) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1987).
- Winnicott, D. W. (1999a). A delinquência como sinal de esperança. Em: D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 81-91). (P. Sandler, trad.) (3ª.ed.) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1967a).
- Winnicott, D. W. (1999b). O conceito de indivíduo saudável. Em: D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 3-22). (P. Sandler, trad.) (3ª.ed.) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1967b).

Winnicott, D.W. (1999c). Vivendo de modo criativo. Em Winnicott, D.W., *Tudo começa em casa* (pp. 23-39). (P. Sandler, trad.) (3ª. ed.) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1970).

---

**Recebido em 27/09/2010**

**Aceito em 05/04/2011**

**Josiane Cristina Coradi Prado Telles:** Psicóloga; VI Curso de Especialização em Psicoterapias na Infância (DPMP/ FCM/ UNICAMP).

**Maira Bonafé Sei:** Psicóloga; Doutora em Psicologia Clínica-IP-USP, VI Curso de Especialização em Psicoterapias na Infância (DPMP/ FCM/ UNICAMP).

**Sérgio Luiz Saboya Arruda:** Professor Doutor, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

**Endereço para contato:** [jctelles@directnet.com.br](mailto:jctelles@directnet.com.br)