

## Consultas Terapêuticas Familiares no Tratamento do Comportamento Agressivo em Crianças

**Conceição Aparecida Serralha<sup>1</sup>**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Roberta Espote**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Marília de Souza Silva<sup>2</sup>**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Tarcila Barboza Silva**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Selene Aparecida Vilela Arruda**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

### RESUMO

Relato de estudo no qual foi aplicado o modelo consultas terapêuticas familiares (CTF) no tratamento de famílias de crianças agressivas. Esse modelo foi desenvolvido pelas autoras com base nos trabalhos de R. Benenzon, em musicoterapia, e D. Winnicott, em consultas terapêuticas. Participaram seis famílias, com as quais foram realizadas entrevista inicial (EI), hora interativa (HI) e sessão com os cuidadores (SC), em unidades ambulatoriais. Em alguns casos, houve observações na escola (OEs). As EIs, HIs, OEs e SCs foram registradas por escrito, e as HIs foram gravadas em áudio e vídeo. A análise constatou, nas crianças, diminuição dos comportamentos agressivos relacionados aos sentimentos de insegurança e desconfiança em relação aos cuidadores. Havendo adesão dos principais cuidadores, o modelo mostrou-se viável e fecundo.

*Palavras-chave:* Comportamento; tratamento; família; agressividade; crianças.

### ABSTRACT

#### Therapeutic Family consultations in the treatment of aggressive behavior in children

Reporting of the study in which the model Family Therapeutic Consultations (FTC) was applied in the treatment of families with aggressive children. This model was developed by the authors based on the work of R. Benenzon in music therapy, and D. Winnicott, in therapeutic consultations. Six families took part and were subjected to an initial interview (II), interactive time (IT) and session with caregivers (SC), in ambulatory units. In some cases, there were also school observations (SO). The EIs, HIs, LEs and SCs were recorded in writing, and HIs were also recorded audio-visually. The analysis showed decrease in aggressive behaviors of children related to feelings of insecurity and mistrust of caregivers. The model presented itself as viable and fecund, if all caregivers adhere to it.

*Keywords:* behavior; treatment; family; aggressiveness; children.

Diversas áreas da ciência se empenham na busca de uma compreensão sobre o comportamento agressivo no homem, suas motivações e consequências (Bolsoni-Silva, Paiva, & Barbosa, 2009; Lessa, 2004; Szelbrackowski & Dessen, 2005). Dentre os estudos realizados, alguns se referem a alterações neuroquímicas cerebrais na origem de comportamentos agressivos (Gauer, 2001; Prado-Lima, 2009). Outros consideram que, no aumento de comportamentos agressivos, deve ser considerada a combinação de fatores orgânicos e psicossociais. En-

tre estes, a qualidade do relacionamento mãe-bebê, maus-tratos, abusos e negligência de cuidados na infância, disfunção familiar, criminalidade e pobreza extrema do ambiente próximo (Strüber, Lück, & Roth, 2005).

Uma pesquisa realizada por Santos (2006) com 129 crianças de dois a 17 anos de um serviço de psicologia infantil averiguou que as maiores queixas feitas em relação às crianças atendidas foram de comportamento agressivo, seguido de dificuldades de aprendizagem,

baixa tolerância à frustração e/ou dificuldade de controle de impulsos. Outro estudo, realizado por Bolsoni-Silva, Paiva e Barbosa (2009), que pesquisou 59 cuidadores usuários de um centro de psicologia aplicada, verificou que as principais queixas desses cuidadores estiveram relacionadas a comportamentos agressivos das crianças, e as maiores dificuldades encontradas por eles se relacionaram ao estabelecimento de limites e à comunicação funcional com os filhos.

Os comportamentos agressivos de uma criança – brigas, chutes, tapas, mordidas, empurrões, destruição de objetos, autoagressões, xingamentos, etc. –, que perturbam a professora, os pais, enfim, o ambiente no qual a criança está inserida, para Winnicott (1999), pediatra e psicanalista, são algumas das expressões de uma tendência humana, a agressividade. Esta nomeia um potencial instintivo, que está presente desde o início nos movimentos do bebê e que estará presente nas competições e reações do indivíduo aos estímulos vida afora, sempre moduladas pela forma como o ambiente atende às necessidades desse indivíduo. De acordo com o autor, o comportamento agressivo de um indivíduo, que dificulta a convivência em qualquer espaço, com frequência tem a ver com “a dramatização da realidade interior que é ruim demais para ser tolerada como tal” (p. 99) e que, por sua vez, tem a ver com a forma como esse indivíduo recebeu cuidados desde o início. Se houver um bom cuidado, o indivíduo passa a ter a esperança de poder controlar seus próprios impulsos sem necessitar de um controle externo, e esses impulsos podem constituir a base do brincar e do trabalho (Winnicott, 1999).

### **A criança e a família em tratamento**

No tratamento psicoterápico de crianças, Winnicott (1984) fazia uso de consultas terapêuticas, nas quais o trabalho, com base em sua teoria do amadurecimento emocional, poderia ser realizado em uma única consulta ou poucas consultas. Winnicott (1994), entretanto, frisava que a consulta terapêutica não era um tratamento de psicanálise, pois este, na maioria das vezes, não tocava na sintomatologia durante bastante tempo. Para ele, havia casos em que a mudança sintomática era “preferível a uma cura psicanalítica, ainda que se preferisse a última” (p. 244), pelo fato de o caso poder se complicar muito em razão das repercussões sociais que a sintomatologia traz.

Uma diferença importante entre a consulta terapêutica e a psicanálise é que nesta “a neurose transferencial se desdobra gradualmente e é usada para interpretar” e,

na primeira, “há um papel já preordenado para o terapeuta, baseado no padrão de expectativa do paciente” (Winnicott, 1994, p. 245), que terá “uma certa capacidade de acreditar na obtenção do auxílio e de confiar naquele que o oferece” (Winnicott, 1994, p. 230). Desse modo, o terapeuta não deve complicar a situação de consulta, ou seja, deve fornecer um *setting* humano, no qual tenha liberdade para ser ele próprio, não distorcendo o curso dos acontecimentos por ansiedade, culpa ou necessidade de obter sucesso (Winnicott, 1994).

Para conseguir ajudar o paciente nesse modelo, Winnicott (1994) entendia ser necessário utilizar uma técnica flexível, mas que pudesse aproveitar de forma lucrativa o tempo limitado da consulta. Para tanto, ele utilizava o jogo do rabisco, que era “simplesmente um método para estabelecer contato com um paciente infantil” (p. 231), em que terapeuta e paciente jogavam livremente, trocando desenhos, e não necessariamente era utilizada a simbologia que pudesse ser encontrada nesses desenhos. A base dessa técnica era o brincar.

Em relação aos pais de uma criança atendida em consulta terapêutica, o empenho de Winnicott era para favorecer a eles a integração dos elementos que surgiam na consulta com a criança, para que, por eles próprios, compreendessem a situação e se mobilizassem no atendimento necessário ao filho, baseados no amor e na dedicação que tinham por ele. Em vários casos, o resultado foi a criança acabar prescindindo da análise, que poderia ser indicada na sequência do trabalho, uma vez que os pais podiam se encarregar do tratamento da criança em sua própria casa (Winnicott, 1984).

Benenzon (1987), musicoterapeuta, também tinha um trabalho interessante com famílias de crianças com dificuldades graves. Em seu modelo musicoterapêutico com crianças autistas e seus familiares, gravava em áudio as interações dos pais com a criança e, após alguns dias, apresentava essas gravações a eles. Novas gravações eram feitas após determinado tempo e, ao trabalhar esse material com a família, era possível observar a conscientização por parte dos pais dos quistos de comunicação presentes. Segundo ele,

Os quistos de comunicação seriam formas rígidas e repetitivas de mensagens e expressões que os pais empregam em seu filho autista e das quais não estão conscientes, formando uma espécie de capa pseudoprotetora em volta desse filho (...). Ou seja, os pais, algumas vezes, até inadvertidamente, num ato de tentar facilitar a integração da criança com o mundo, acabam privando e tornando restrito o pensamento e a fala desta criança (Benenzon, 1987, p. 55).

Com esse trabalho, Benenzon promovia excelentes

resultados na atitude dos pais para com a criança, além de maior afetividade, com uma mudança total da mensagem e alterações sensíveis nos comportamentos da própria criança. Ainda de acordo com esse autor, a experiência de apresentação das gravações aos pais e à criança lhes permitia “reconhecer a capacidade potencial do grupo familiar para enfrentar a mobilização e reconstrução da ruptura dos vínculos de comunicação” (1987, p. 226).

Assim, ao observarmos uma aproximação dos objetivos do modelo de Benenzon com os objetivos do modelo winnicottiano de consultas terapêuticas, no tocante à sensibilização dos pais para o que está ocorrendo com a criança e, nesse sentido, para o que está ocorrendo com o grupo familiar, construímos o modelo que denominamos consultas terapêuticas familiares (CTF), para ser aplicado, inicialmente, a casos de famílias com crianças muito agressivas. Os objetivos desse novo modelo seriam conhecer as dificuldades na interação cuidadores-criança e possibilitar mudanças significativas e espontâneas na atitude dos pais ou cuidadores para com a criança, a partir do *insight* destes durante a retomada dos momentos interativos gravados em áudio e vídeo. Baseamo-nos em que “na medida em que os pais conseguem rever a maneira que relacionam com o filho, reformulam sua forma de exercer seu papel, até mesmo seu desenvolvimento enquanto pessoas” (Lazzari & Schmidt, 2008, p. 214). Além disso, o conhecimento das reais dificuldades de interação e/ou outras raízes do problema poderia, ainda, determinar encaminhamentos a outras áreas de atuação.

O objetivo deste artigo, portanto, é apresentar os resultados da aplicação do modelo CTF no tratamento de famílias de crianças com comportamento agressivo. Vale ressaltar que, embora o nome do modelo sugira uma replicação das consultas terapêuticas de Winnicott (1984), esse não foi o objetivo, uma vez que houve mudanças significativas no modelo desse autor em razão da influência, também, do modelo de Benenzon (1987).

As principais mudanças no modelo de Winnicott foram a substituição da criança, na consulta, pela família desde o primeiro encontro, a substituição do jogo do rabisco pelas HIs, que serão detalhadas à frente, e a apresentação das gravações destas, o que promovia o contato com situações antes não percebidas no cotidiano da família, de uma forma bastante espontânea e pouco diretiva. A conversa fluía com base no que ia sendo lembrado das interações familiares gravadas. Em relação ao modelo de Benenzon, as principais modificações foram a entrada do vídeo, pois em seu modelo as

interações eram somente gravadas em áudio, e a introdução da teoria do amadurecimento de Winnicott para basear as reflexões suscitadas durante os encontros com os pais. O novo modelo proposto será mais bem descrito nos itens Instrumentos e Procedimentos do método, a seguir.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

O estudo foi clínico-qualitativo (Turato, 2003), amparado na psicanálise winnicottiana, em especial na teoria sobre a agressividade dentro da teoria do amadurecimento emocional, que busca compreender, entre outras expressões da agressividade humana, o comportamento agressivo (Winnicott, 1999; Dias, 2012).

O *corpus* – conjunto de transcrições, anotações e gravações – foi submetido a uma análise de conteúdo, conforme orienta Bardin (2011). Esse conjunto foi categorizado obedecendo a dois critérios: 1) repetição; e 2) relevância (Turato, 2003).

### Participantes

Participaram do estudo seis famílias, com crianças em idades entre um ano e sete anos e seis meses de idade, as quais, neste artigo, passam a ser denominadas família 1 (F1), família 2 (F2), família 3 (F3), família 4 (F4), família 5 (F5) e família 6 (F6).

### Local

As atividades foram realizadas, inicialmente, em uma unidade ambulatorial de um hospital de clínicas e, posteriormente, transferidas para as dependências de um centro de estudos e pesquisas em psicologia aplicada.

### Instrumentos

Foram utilizados relatos escritos das entrevistas realizadas com os pais no primeiro contato (EIs); gravações em áudio e vídeo das sessões interativas com as famílias – horas interativas (HIs); relatos escritos das observações das HIs através de espelho unidirecional; relatos escritos das observações no ambiente escolar (OEs); e relatos escritos das sessões com os cuidadores (SCs), realizadas após as HIs.

### Procedimentos

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo 2009/1368), as crianças e suas famílias foram encaminhadas por profissionais das áreas

as da saúde e da educação do município sede da pesquisa, previamente informados acerca do estudo e dos critérios para a participação. Os critérios de inclusão foram: famílias de crianças entre seis meses e sete anos e seis meses de idade com queixas, da escola ou da família, de comportamentos agressivos que estivessem prejudicando o desenvolvimento e a socialização dessas crianças. A escolha dessa faixa etária teve em vista intervir ainda no início da manifestação dos comportamentos agressivos.

Os profissionais, que encaminharam as famílias, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua participação como encaminhador e avaliador da aplicação do modelo CTF. Todas as famílias participantes também assinaram o TCLE, após esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa e de suas condições, concordando livremente em participar.

A partir dos encaminhamentos recebidos, foram agendadas e posteriormente realizadas, pela terapeuta (coordenadora da pesquisa), entrevistas não estruturadas com os cuidadores das crianças, a fim de conhecer a família, obter um histórico de vida da criança e da situação de agressividade. As entrevistas foram acompanhadas por duas discentes, que as registraram por escrito e que puderam fazer perguntas no decorrer dos depoimentos, quando sentiram necessidade. Cada dupla de discentes acompanhou uma mesma família até o término do tratamento.

A proposta de trabalho feita à família consistia na realização de uma HI inicial, seguida de uma ou duas SCs com intervalos de duas a três semanas. Essa sequência seria repetida até o final do tratamento, conforme a necessidade do caso.

A HI consistiu em um *setting* para a família interagir, sem a presença do terapeuta, durante um tempo aproximado de uma hora. Esse *setting*, em uma sala com espelho unidirecional, câmera filmadora e gravadores, oferecia mesa, cadeiras, colchonetes, brinquedos, água, biscoitos, revistas, blocos para desenho, lápis, canetinhas e massa de modelar, visando favorecer a emergência de situações comuns no cotidiano das famílias.

A HI foi observada através do espelho por dois membros da equipe de pesquisa, que fizeram registros escritos dos dados observados, separadamente, e depois os reuniram em relatórios para as análises. O principal objetivo da gravação audiovisual da HI foi propiciar aos cuidadores nas SCs uma revisão desse momento.

Os registros das observações e gravações realizadas

eram analisados e, posteriormente, nas SCs, os membros da equipe refletiam com os cuidadores sobre os acontecimentos, com auxílio de trechos das gravações. O terapeuta propunha pensar a respeito tanto do que foi positivo na interação quanto do que pôde ter motivado as reações agressivas da criança durante a HI. A equipe, também, quando necessário, orientou e sustentou emocionalmente os cuidadores. Em algumas ocasiões foram realizadas OEs, em razão de os comportamentos agressivos serem relatados mais pela escola.

Os intervalos entre uma sessão e outra possibilitavam aos cuidadores tempo para tentar modificar aquilo que havia sido conversado nas SCs. Lazzari e Shmidt (2008) afirmam que “a mudança se dá nos intervalos entre as sessões e, uma mínima parte, no decorrer delas” (p. 214).

Ao final do tratamento, foram entrevistados os profissionais que encaminharam as crianças, para que preenchessem um formulário com o seu parecer sobre elas e seus comportamentos, para averiguar possíveis mudanças. Nos casos em que esses profissionais não mantiveram contato com a família a ponto de acompanhar o tratamento feito, foram entrevistados apenas os cuidadores sobre suas percepções acerca do trabalho realizado.

## RESULTADOS

Foram encaminhadas ao estudo 16 famílias. Destas, seis efetivamente participaram, seis não compareceram à EI e quatro famílias compareceram a esta, mas não aderiram ao trabalho. A grande maioria das famílias participantes era de classe socioeconômica baixa, com os pais vivendo juntos, à exceção de uma família cujo pai se encontrava em reclusão. Com relação ao número de filhos, este variou entre um e três filhos por casal.

Dentre as famílias participantes, apenas F3, F4 e F6 tiveram o comparecimento de ambos os cuidadores – pai e mãe – em todas as sessões ao longo do tratamento. A F6, contudo, desistiu dos atendimentos após cinco encontros. Apesar de, na F4, o pai estar em privação de liberdade, a participação de ambos os pais no tratamento foi considerada, pelo fato de, sempre que em liberdade condicional, o cuidador recluso ter comparecido tanto às SCs como às HIs. As outras três famílias, F1, F2 e F5, tiveram a participação apenas da mãe, tendo o pai se ausentado em dois ou mais encontros. Houve participação de outros familiares, como avós, tias e primos nas HIs e SCs com F1 e F4.

Os resultados mostraram, em F3 e F4, mudanças

importantes na forma de compreender e lidar com as crianças, atendendo às necessidades delas e resultando na diminuição dos comportamentos agressivos. Na F4, por exemplo, a professora e a coordenadora que encaminharam a criança relataram ao final do tratamento:

O aluno apresentou significativa mudança de comportamento no decorrer do tratamento. Começou a realizar e a se envolver nas atividades propostas, pois no início sempre dizia não dar conta de fazer, ou não querer realizar as atividades. Aos poucos demonstrou mais segurança e autonomia para desenvolver o que era solicitado pela esco-

la. Sua socialização também melhorou, já que a agressividade foi controlada. Participava das brincadeiras e jogos sem se envolver em brigas e discussões, o que era inevitável no início do ano, isso contribuiu de forma satisfatória para sua aprendizagem.

Nas outras famílias, algumas mudanças não foram suficientes para a melhora significativa dos comportamentos agressivos das crianças e entendemos que a não adesão do pai ao tratamento é a principal razão desse resultado.

Tabela 1  
Procedimentos Terapêuticos Realizados

F (Famílias)	Idade da criança	EI (Entrevista Inicial)	HI (Hora Interativa)	SC (Sessão com os cuidadores)	OE (Observação na Escola)	DE (Devolutiva na Escola)
1	4a	1	3	5	1	1
2	1a e 1m	1	2	2	0	0
3	7a	1	3	3	2	1
4	5a	1	4	5	1	1
5	5a	1	1	2	0	0
6	4a	1	2	2	0	0

A análise de conteúdo permitiu encontrar fatores que dificultaram a interação dos cuidadores com as crianças e influenciaram as reações agressivas delas. Uma categoria de fatores recorrente em todos os casos esteve relacionada ao amadurecimento emocional tanto dos filhos quanto dos pais. De forma mais específica, foram observados: fatores relacionados ao desenvolvimento cognitivo, dificuldades no exercício do papel materno e dificuldades no exercício do papel paterno.

## DISCUSSÃO

### Fatores relacionados ao amadurecimento emocional

Nesta categoria, foram relacionados os sentimentos de insegurança pessoal da criança e de desconfiança nas relações com as pessoas ao seu redor. Além disso, foram observados os aspectos imaturos da personalidade de seus cuidadores, cuja condição emocional não lhes possibilitava exercer os cuidados como a criança necessitava.

Segundo Winnicott (1993), esses sentimentos de insegurança e desconfiança causam um estresse que “pode ser descrito em termos de fracasso do suprimento ambiental, justamente onde a confiabilidade se faz necessária” (p. 149). Para o autor, a criança, desde o início, precisa de cuidados contínuos e seguros para que

possa se desenvolver de forma apropriada, construindo confiança nas pessoas e desenvolvendo uma crença nas coisas e no mundo. Sendo assim, “a palavra-chave poderia ser ‘previsibilidade’. Os pais, sobretudo a mãe no começo, têm um trabalho enorme para proteger a criança do que é imprevisível” (p. 148).

As falhas do suprimento ambiental podem ter origens diversas. Entre estas, a condição emocional dos cuidadores. No caso da mãe da F1, por exemplo, que era uma pessoa depressiva e medicada havia alguns anos, existia uma dificuldade muito grande de lidar com as características e necessidades de seu filho. Diante das exigências da criança, a mãe a enganava, não lhe dando respostas às suas perguntas, e até se escondia por trás dos móveis quando a criança “não lhe dava sossego”. A insegurança e a desconfiança no relacionamento com a mãe transpareciam também na relação com outras pessoas, transferencialmente, como na relação com a professora, de quem a criança exigia atenção constante. A necessidade de reassuramento pôde ser percebida em vários momentos das observações, em especial no relato da mãe sobre uma pergunta da criança ao pai, sempre que se aproximavam de uma pessoa não familiar: “*Esse é amigo, papai?*”. Pudemos entender como era ameaçador para a criança estar diante de um estranho. A pergunta ao pai buscava uma resposta

que lhe permitisse permanecer ali e se relacionar, sem necessidade de se defender, muitas vezes com ataques agressivos, que visavam afastar ou eliminar a ameaça. Segundo Winnicott (1999), “encontramos crianças que estão sempre na expectativa de perseguição e tornando-se agressivas, talvez, por autodefesa contra ataques imaginados” (p. 105).

De acordo com Winnicott (1999), a criança, para se desenvolver de forma saudável, depende prioritariamente de uma boa relação com a mãe e, caso a mãe se encontre debilitada por algum motivo, essa relação fica ameaçada, assim como o desenvolvimento maturacional da criança. Com esse entendimento, a ajuda à mãe deveria ocorrer para aliviar a sua sobrecarga, ao mesmo tempo em que a auxiliava a compreender as necessidades da criança e a encontrar novas formas de lidar com aquilo que estava sendo problemático. As intervenções específicas em cada caso foram realizadas com o objetivo de auxiliar as mães a desenvolver o seu olhar para as necessidades da criança, para o momento maturacional dela e para a importância de buscar a participação conjunta do pai nos cuidados com a criança.

### Fatores relacionados ao desenvolvimento cognitivo

Nesta categoria, reunimos os fatores que tiveram a ver com as necessidades individuais da criança para o desenvolvimento de sua cognição. Mais especificamente, a necessidade de respeito à compreensão que ela conseguia ter dos acontecimentos e das atividades propostas e respeito ao seu estilo e ao seu ritmo de aprendizagem.

Na F3, a criança de sete anos precisava de um acompanhamento individualizado e atencioso para conseguir desenvolver as atividades propostas no cotidiano. Contudo, na escola e em casa, essa necessidade não era compreendida. Na OE, feita durante uma aula de educação física, o professor explicou as brincadeiras aos alunos antes de eles começarem a brincar, mas a criança teve muita dificuldade de compreender a explicação. Assim, quando os alunos começaram a brincar, a criança pareceu perdida e, sem saber o que fazer, apenas olhava e imitava. Se nem isso conseguia fazer, começavam as agressões. Além do comportamento agressivo, ela era percebida como uma criança incapaz de se concentrar e de realizar qualquer atividade mais organizadamente. Entretanto, na companhia do pai, durante uma das HIs, ela conseguiu classificar peças por cores e fazer montagens de peças durante mais de 30 minutos sem interrupção.

A criança da F2, com queixa de autoagressões, pare-

cia apresentar reações relacionadas à dificuldade de seus pais, principalmente de sua mãe, de compreender que ela era apenas uma criança de um ano e um mês de idade e que seu desenvolvimento cognitivo não conseguia abarcar certas situações. Durante a HI, a insistência da mãe para que a criança se divertisse com um brinquedo que se desmontava todo ao bater na parede foi um exemplo disso. A mãe não percebia o olhar assustado da criança, incapaz de compreender o sentido daquela brincadeira, e insistia para arrancar um sorriso da filha.

A ausência do pai da F2 nos encontros não favoreceu a permanência da família no tratamento, mas, mesmo assim, algo pôde ser feito, conforme depoimento da mãe:

“Antes, ela ficava muito assustada quando ouvia os choros das outras crianças. Segui sua orientação e fui explicando para ela porque a criança estava chorando. Com isso, o medo diminuiu e agora só não gosta que a imitem chorando”.

Na F4, a criança apresentou interesse nas atividades que lhe eram propostas tanto nas HIs quanto nas OEs, mas sua forma característica de executá-las com cuidado, atenção e organização, exigindo um pouco mais de tempo na sua execução, não era respeitada pelos outros participantes, o irmão (nas HIs) e a professora (nas OEs). Na escola, comumente, as necessidades específicas de cada criança não são consideradas, uma vez que o entendimento é o de que a criança deve se adequar ao padrão de ensino e aos cuidados estabelecidos a partir do padrão de desenvolvimento considerado normal (Collares & Moysés, 2010). Nesse caso, havia contradição entre como a professora e nossa equipe compreendiam a forma de a criança realizar suas atividades. A professora a percebia “desorganizada”, mas nossa equipe entendia que, se lhe era concedido o tempo de que ela necessitava para executar suas atividades, ela as realizava organizada e eficazmente. Mas, se lhe era exigida rapidez, dificilmente conseguia se organizar e reações agressivas poderiam surgir.

Ainda, a dificuldade do ambiente de entender como a criança compreende certas situações, ou certas expressões, e as utiliza em determinado momento do curso do seu amadurecimento se apresentou como um dos fatores que também contribuíram para aumentar a agressividade da criança da F4. O pai, que estava recluso em uma penitenciária, era muito querido pelos filhos e familiares, que podiam visitá-lo pouco. A criança, ao perguntar à mãe por que o pai estava preso, esta, para protegê-la do motivo real, disse-lhe que era

porque o pai havia feito “bagunça”. Além do “não dito” (Reznik & Salem, 2010), que provavelmente tinha influência em suas reações, pôde ser pensada, junto à mãe e à avó, a influência também, no aumento dos seus comportamentos agressivos, do seu raciocínio lógico infantil, que poderia levá-la a pensar que, fazendo bagunça, poderia ser levada a se juntar ao pai.

Tanto nesse caso como no da F3, a partir do momento em que os familiares e as professoras puderam ser auxiliados a compreender essas características e atender às necessidades da criança, as reações agressivas diminuíram.

### Dificuldades no exercício do papel materno

Em alguns casos atendidos nesse estudo, as mães se apresentaram com muitas dificuldades emocionais, cansadas e sobrecarregadas. Na F1, pelo fato de a mãe estar em tratamento de uma depressão, ela tomava remédios para dormir, o que a deixava sonolenta durante o dia. Isso a fazia ficar nervosa com a criança em várias situações: “Ele repete demais as coisas, insiste muito”; “O problema sou eu, porque eu estou muito cansada”. Suas atitudes variavam de uma completa passividade a uma cobrança inflexível ou incoerente. Ela não permitia, por exemplo, que o filho assistisse ao desenho *Pica-pau*, por achá-lo muito violento, mas permitia que a criança assistisse a filmes violentos ao lado do pai.

Os resultados das intervenções puderam ser evidenciados pelos relatos da mãe e da professora, como os que se seguem:

“Ele está bem agora, está calmo [...] agora ele sabe a hora que é a minha vez de assistir novela, eu falo para ele tirar o DVD e ele tira...” (mãe)

“Ele melhorou bastante, bem como a mãe, que está mais consciente, considerando o fato de que ela passou a buscá-lo mais cedo” (professora, referindo-se ao fato de a mãe às vezes se atrasar para buscá-lo na escola).

A mãe da F2, por já ter sido babá antes de engravidar, tinha a convicção de que sabia cuidar de crianças. Durante a HI realizada, foi observada uma superestimulação por parte dos pais, que não deixavam a criança brincar livremente e explorar o que estava à sua volta. Durante a SC, a mãe reconheceu que repetia isso em casa, antecipando a filha em suas brincadeiras. Mostrava-se ansiosa por vê-la crescer e se desenvolver e, ao mesmo tempo em que tentava desmamar a filha, sentia muito prazer em amamentar e vê-la pedir-lhe o peito, demonstrando sua ambivalência em relação ao desmame e, conseqüentemente, ao crescimento da filha.

Também a mãe da F5 vivia o drama do desmame da irmã da criança encaminhada por seus comportamentos agressivos. A mãe ficava completamente dominada pela irmã de um ano e meio, que não lhe permitia conversar com outras pessoas. E, além da dominação pela filha, a mãe não tinha liberdade de expor suas necessidades e opiniões ao marido. Nas SCs, às quais ela vinha sem este, era uma pessoa e, na presença dele, era outra, que não tinha muito a dizer. A criança encaminhada parecia reagir a certa orfandade, uma vez que a mãe estava totalmente envolvida com a irmã, e o pai, com o trabalho e os amigos. Esse foi um caso em que as intervenções que puderam ser realizadas tiveram pouco efeito, uma vez que o pai não colaborou e as dificuldades pessoais da mãe não permitiram que ela percebesse as necessidades do filho, afastando-se do tratamento.

Na F4, a mãe não conseguia exercer muito bem o seu papel, em razão da espera de uma possível libertação do marido. Estava sempre esperando que, na semana seguinte, ele obtivesse a permissão para uma prisão domiciliar, o que nunca ocorreu durante o tratamento. Nas HIs, ela passava todo o tempo à janela, ou lendo revistas, e as interações ficavam a cabo da tia e da avó, que estiveram sempre presentes. A avó, que na EI pareceu muito cética em relação ao tratamento, foi a que mais se envolveu e compreendeu as necessidades da criança, fazendo as vezes da mãe. Na avaliação dos resultados, a avó disse sorrindo: “Estamos nos saindo bem!”; “Ele tem percebido as mudanças. Chega da escola e diz: ‘Hoje não briguei com ninguém!’”.

Já na F3, a mãe revelou-se sem paciência e incapaz de obter respeito por parte do filho. Embora chamasse a atenção dele a todo momento e por qualquer motivo, sua fala parecia cair no vazio. O pai também não conseguia dar o apoio de que ela necessitava. Os relatos da mãe, a seguir, podem evidenciar os efeitos das intervenções:

“No começo, ele ficava raspando a garganta, tirava a pele do canto da unha e agora parou.”

“Depois que começamos o tratamento, as coisas mudaram muito. Eu era considerada a mãe brava, que grita... Hoje eu converso mais, minha paciência melhorou. Eu grito ainda, mas não bato.”

### Dificuldades no exercício do papel paterno

Nas famílias atendidas, os pais também tiveram muitas dificuldades no exercício do papel paterno, principalmente de apoio à mãe. Isso ocorreu, em alguns casos, pela identificação com os filhos. Reconheciam a própria infância na infância do filho e se, por um lado,

em alguns casos (F5 e F6), evitavam o contato com o filho e, com isso, ter que reviver suas próprias dificuldades, por outro (F3), ocorria uma superproteção a ele, e o apoio firme de que a mãe precisava ficava a desejar. Na F3, o pai permaneceu no tratamento e relatou:

“Fui criado de uma forma e, hoje, estou podendo refletir e mudar algumas coisas. (...) Às vezes, não dou tanta atenção como deveria, mas, quando percebo, paro.”

“Ele melhorou e nós aprendemos a lidar com algumas situações. O que aprendemos com nossos pais talvez não sirva para os dias de hoje. Então, está sendo uma experiência boa, que ajudou a ter um desempenho melhor.”

Os pais da F5 e da F6 acabaram se afastando do tratamento, levando junto o restante da família. No caso da F6, cogitamos que a intensa identificação com o filho pode ter motivado o abandono do tratamento após a EI, duas HIs e duas SCs. Segundo o relato do pai, sua infância foi muito difícil, pois seu próprio pai não o percebia, não conversava com ele e não lhe dava carinho. Entretanto, a irmã mais velha era alvo de toda a atenção paterna. No caso da criança encaminhada, nas HIs realizadas, além dos relatos dos pais sobre as dificuldades de relacionamento deles com ela, foram observados a atenção dada à irmã mais velha e o atendimento das solicitações desta em detrimento das solicitações do filho. A história do pai se repetia na experiência do filho e, ao se dar conta disso e não ter condições de fazer diferente, o abandono do tratamento pode ter sido a solução.

De acordo com Gastaud e Nunes (2009), há pouca literatura sobre os preditores de abandono nos casos de psicoterapia de crianças, sendo que os fatores mais destacados são: *status* socioeconômico, fonte de encaminhamento, atraso na espera para atendimento, distância geográfica dos serviços de atendimento, história prévia de tratamento, estresse parental, expectativas dos pais, renda, tamanho da família, duração da queixa da criança, entre outros (Luk, Staiger, Mathai, Wong, Birleson, & Adler, 2001). Mesmo entendendo que o presente estudo não se tratou de psicoterapia individual, é possível que os mesmos preditores sejam verificados tanto no caso da não adesão como no caso de abandono do tratamento pelas famílias.

O motivo mais frequentemente observado, que levou tanto à não adesão quanto ao abandono do tratamento, esteve relacionado à expectativa dos cuidadores, que, por acreditarem que o comportamento agressivo era um problema apenas da criança, esperavam que os profissionais trabalhassem com ela sem que eles precisassem se envolver de forma ativa. Para Shuman e Sha-

piro (2002), nem mesmo o cuidado de informar aos cuidadores a importância do envolvimento deles no processo e de persistirem no tratamento é suficiente para aumentar os índices de adesão.

O papel do pai é essencial para trazer estabilidade ao ambiente e dar segurança à criança durante o exercício de sua agressividade. De acordo com Winnicott (1996), em um ambiente estável, a criança pode se tornar consciente da “realidade das ideias destrutivas que são inerentes, na vida, ao viver e ao amor, e encontra modos e maneiras de proteger de si mesma pessoas e objetos valorizados” (p. 74). A criança passa a ter condições de se organizar construtivamente e se sente melhor diante da destrutividade real presente em sua vida mental. Desse modo, o que a auxilia a alcançar essa condição é a manutenção da estabilidade do ambiente. Se qualquer ruptura acontece no lar, em especial por alguma desavença ou diferença de opiniões entre os pais, a criança se torna insegura, perde sua impulsividade e espontaneidade e isso pode ocasionar uma explosão de agressão. As fantasias inconscientes de vazio ou de coisas ruins dentro dela juntam-se à frustração do ambiente e podem despertar reações controláveis e incontroláveis. A criança pode procurar o controle externo por meio da agressão e é dever do adulto impedir que essa agressão fuja ao controle. Assim, esse adulto precisa fornecer uma autoridade confiante que permita a expressão de um determinado grau de maldade (Winnicott, 1999).

Segundo relato das próprias mães, nos casos atendidos a que os pais não compareciam, houve dificuldade de que as discussões realizadas nas SCs, reportadas pelas mães aos pais, fossem consideradas por eles. Isso, geralmente, mantinha a sobrecarga de responsabilidades das mães.

Neste estudo, chamou-nos a atenção o fato de que todos os casos encaminhados com queixa de comportamento agressivo por parte das crianças, mesmo aqueles que não aderiram ao tratamento, tinham pai e mãe vivendo juntos. Se tomarmos como certo que o bom desempenho dos papéis parentais tem influência no desenvolvimento do autocontrole da agressividade pelos filhos, esse fato pode indicar que a presença física dos pais por si só não significa o exercício efetivo de seus papéis e muito menos a imunização da família a disfunções como, por exemplo, o aumento dos comportamentos agressivos dos filhos.

Sobre a aplicação do modelo CTF, pôde ser percebido que os casos que tiveram ambos os pais presentes durante todo o tratamento obtiveram resultados mais

positivos, no sentido da diminuição da agressividade da criança e da melhoria no exercício dos papéis parentais e no relacionamento familiar.

A oportunidade de rever as HIs, discutir e refletir sobre os acontecimentos, muitas vezes comparando-os com o modo como viveram situações similares com seus próprios pais, mostrou a capacidade dos pais de se colocarem no lugar da criança, compreender as necessidades dela, perceber seus acertos e falhas e, em relação a estas, tentar agir diferentemente. Isso possibilitou diminuir a ansiedade da criança, reassegurá-la e, em consequência, reduzir também suas reações agressivas, permitindo a retomada de seu amadurecimento.

A aplicação do modelo CTF mostrou-se viável e fecunda, desde que haja a adesão dos principais cuidadores, e sua continuidade se faz necessária para que melhorias possam ser realizadas tanto em termos de técnica como da própria metodologia. Além disso, a aplicação do modelo no tratamento de outros problemas pode ser desenvolvida.

## REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Benenson, R. (1987). *O autismo, a família, a instituição e a musicoterapia*. (R. Lima, trad.) Rio de Janeiro: Enelivros. (Obra original publicada em 1987).
- Bolsoni-Silva, A. T., Paiva, M. M. & Barbosa, C. G. (2009). Problemas de comportamento de crianças/adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: um estudo de caracterização. *Psicologia Clínica*, 21 (1), 169-184.
- Collares, C. A. L. & Moysés, M. A. A. (2010) Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. Em Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar (Orgs.), *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, E. O. (2012). *A teoria do amadurecimento humano de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWW.
- Gastaud, M. B. & Nunes, M. L. T. (2009) Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31 (1), 13-23.
- Gauer, G. C. (2001). Personalidade e Conduta Violenta. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*. Rio Grande do Sul, 1 (2), 45-66.
- Lazzari, J. M. W. & Schmidt, E. B. (2008). Percepção dos pais em relação a mudanças após o processo psicodiagnóstico. *Avaliação psicológica*, 7 (2), 211-221.
- Lessa, A. (2004). Arqueologia da agressividade humana: a violência sob uma perspectiva paleoepidemiológica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 11 (2), 279-296. ENSP/ Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Luk, E. S., Staiger, P. K., Mathai, J., Wong, L., Birlson, P. & Adler R. (2001) Children with persistent conduct problems who dropout of treatment. *Eur Child Adolescent Psychiatry*. 10 (1), 28-36.
- Prado-Lima, P. A. S. (2009). Tratamento farmacológico da impulsividade e do comportamento agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (II), 58-65.
- Reznik, D. D. & Salem, P. (2010). Duas faces da noção de segredo em psicanálise. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*. 23, 93-105.
- Santos, P. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 315-321.
- Shuman, A. L. & Shapiro, J. P. (2002) The effects of preparing parents for child psychotherapy on accuracy of expectations and treatment attendance. *Community Mental Health J*. 38 (1), 3-16.
- Srüber, M., Lück, M. & Roth, G. (2005). *Psychobiologische Grundlagen aggressive und gewalttätigen Verhaltens*. V.5. Oldenburg: BIS.
- Szelbracikowski, A. & Dessen, M. A. (2005). Compreendendo a agressão na perspectiva do desenvolvimento humano. Em Dessen, M. A & Costa Junior, A. L. (Orgs.). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.) (1994). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (J. O. de A. Abreu, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1989).
- Winnicott, D. W. (1999). *Privação e delinquência*. (Á. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1984).
- Winnicott, D. W. (1996). *Tudo começa em casa*. (P. Sandler, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1986).
- Winnicott, D. W. (1993). *Conversando com os pais*. (Á. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1993).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana* (D. L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro, Imago Editora. (Obra original publicada em 1988).
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (J. M. X. Cunha, trad.) Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1971)

Recebido em: 16/10/2011  
Última Revisão em: 17/12/2014  
Aceito em: 06/09/2015

### Notas:

- <sup>1</sup> Professora Adjunto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFTM (PPGP-UFTM)
- <sup>2</sup> Bolsista de Iniciação Científica CNPq