

PERCEPÇÕES, EXPECTATIVAS E SENTIMENTOS DE MÃES SOBRE O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE SEUS FILHOS¹

SOME MOTHERS' PERCEPTIONS, EXPECTATIONS AND FEELINGS ON THE PSYCHOLOGICAL SERVICE FOR THEIR CHILDREN

Fabiane Moreira Rovedder² e Luciane Najjar Smeha³

RESUMO

Nesta pesquisa, objetivou-se investigar as percepções, expectativas e sentimentos de mães sobre o atendimento psicológico de seus filhos. A abordagem foi qualitativa e o grupo focal permitiu a coleta de dados. Participaram seis mães e os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados apontaram para a importância da abertura de espaços de escuta diferenciados para os pais, durante o tratamento psicológico da criança, pois eles têm algo a dizer e necessitam ser ouvidos. Além de receber acolhimento para suas demandas, favorecendo na compreensão do tratamento do filho. Os momentos de encontro com as mães prestam-se para que elas possam refletir sobre o lugar que ocupam na geração do sintoma da criança. A criação de grupos direcionados a mães e pais de pacientes oportuniza uma escuta diferenciada das angústias, temores, percepções e sentimentos destes ao tratamento de seus filhos. O atendimento em grupo pode ser visto como uma alternativa para o envolvimento dos pais no processo terapêutico

Palavras-chave: psicoterapia, criança, maternidade.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the perceptions, expectations and feelings of mothers concerning the psychological treatment of their children. The approach was qualitative and the group allowed the gathering of data. Six mothers participated and the data were submitted to a content analysis. The results point to the importance of opening spaces for listening to them while their children undergo treatment, for they also need to understand this process. The meeting with the mothers may allow them to think about their place as a possible source of their children's symptoms. The creation of groups for the patients' parents comes as an opportunity to hear the different anxieties, fears, perceptions and feelings they have about the treatment of their children. Group therapy may be seen as an alternative for the development of the parents in the therapeutic process.

Keywords: psychotherapy, children, maternity.

¹ Monografia de Especialização.

² Aluna do Curso de Especialização em Psicologia Clínica - Centro Universitário Franciscano.

³ Orientadora - Centro Universitário Franciscano.

INTRODUÇÃO

Nesta pesquisa buscou-se investigar questões relacionadas à maternidade e ao atendimento psicológico de crianças, sendo analisadas por meio da teoria psicanalítica. A importância deste tema está em possibilitar melhor compreensão a respeito das informações que as mães possuem sobre o funcionamento e os objetivos do processo de psicoterapia infantil e de quanto e como estas mães estão implicadas na busca e no posterior atendimento psicológico de seus filhos.

O objetivo principal da pesquisa foi investigar as percepções, expectativas e sentimentos das mães participantes em relação ao atendimento psicológico de seus filhos, bem como, especificamente, compreender as crenças das mães em relação ao tratamento psicológico de crianças; elucidar os fatores que mobilizam as mães na busca pelo atendimento psicológico de seus filhos; compreender como as mães imaginam a repercussão da terapia no desenvolvimento social e psicológico de seus filhos; elucidar o conhecimento que as mães possuem sobre as técnicas utilizadas pelo psicólogo no atendimento de crianças e buscar novas formas de intervenção psicológica junto às mães, minimizando as listas de espera e o tempo de atendimento das crianças.

Esta investigação foi desenvolvida no segundo semestre de 2009. Ela vai ao encontro dos questionamentos sobre o quanto as especialidades profissionais ligadas ao desenvolvimento da criança, isto é, Psicologia, Pedagogia, Fonoaudiologia, Pediatria e Nutrição acabam por se colocar em um papel de detentoras do saber sobre aquele filho ou pelo menos de uma parte deste filho, desapropriando a mãe de seus saberes relacionados à maternidade. Por sua vez, em uma via de mão dupla, as mães em alguns momentos delegam aos profissionais especializados o suposto saber sobre seus filhos, movimento este que pode influenciar a implicação das mães no atendimento psicológico da criança.

O desejo de pesquisar a relação das mães no processo psicoterapêutico de seus filhos originou-se da experiência prática da autora como psicóloga em um dos três ambulatórios da mesma instituição. A grande demanda por atendimento psicológico infantil nestes ambulatórios vem ao encontro com a realidade observada nos serviços prestados gratuitamente à população no município.

Diante do exposto acima, na construção do projeto de pesquisa foi possível lançar hipóteses sobre estas questões: estas mães estariam em busca do filho idealizado? Estariam em busca de um complemento narcísico? Estariam em busca de um filho que responda não só às expectativas da família, mas também, às expectativas de outros grupos sociais como, por exemplo, a escola? A busca pelo atendimento pode estar relacionada à tendência atual de “terceirizar” o saber materno, colocando nas mãos de diferentes especialistas a fórmula, tanto mágica quanto exata, de transformação dos filhos para que possam representar o melhor possível, suas mães na sociedade?

Dessa forma, os resultados obtidos nesta pesquisa poderão contribuir com os estudos relativos ao papel dos pais, mais especificamente das mães, na procura e no atendimento psicológico de crianças na realidade dos serviços prestados gratuitamente à população, contribuindo na construção

de novas formas de intervenção psicológica junto às mães, minimizando as listas de espera e o tempo de atendimento das crianças.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O PROCESSO DE TORNAR-SE PAI OU MÃE

Desde a chegada do bebê os pais já se sentem, muitas vezes, pressionados em não errar. Esta pressão aliada ao conhecimento de que existe um breve período crítico para se desenvolver o vínculo com o bebê, necessitando de respostas certas no tempo certo, diminui a calma e a confiança dos pais. Toda esta tensão pode impedir que os pais sintam o prazer de serem pais (BRAZELTON, 1988). Para Salle et al. (1998), embora o nascimento de um filho seja um evento agradável, também representa uma experiência emocional bastante estressante.

Indo além da mitologia romântica a respeito da maternidade e da paternidade, para a maioria das pessoas torna-se pai e mãe é um processo complexo. Para o exercício destes papéis já fomos moldados por nossas experiências anteriores com nossos próprios pais e mães, ou pelas figuras que exerceram estes papéis. Na adaptação ao novo papel de tornar-se mãe, a gravidez na mulher reflete suas experiências com seus próprios pais, sua vivência da triangulação edípica, culminando com o ato de separar-se dos mesmos (BRAZELTON; CRAMER, 2002).

A fim de se compreender melhor este processo, Brazelton (1988, p.13) esclarece que “a essência do papel de pai ou mãe não repousa sobre o que se faz pelo bebê, mas, principalmente, no intercâmbio, no *feedback* intensamente gratificante que se pode estabelecer entre o bebê e si mesmo”.

Para esta autora, a liberdade de autoconhecer-se permite aos pais e mães atingirem o melhor papel como tais, seguindo suas próprias inclinações e reconhecendo que é o próprio bebê quem lhes dará os sinais necessários para que percebam que estão no caminho certo. O apego e os cuidados parentais fazem parte dos processos de aprendizagem sobre como lidar com sentimentos como a cólera, frustração, e até mesmo o desejo de abandonar a criança. Os pais atingem o equilíbrio necessário quando aprendem a olhar para além desses sentimentos, deparando-se com as simples, mas profundas recompensas que seus filhos lhes dão, os sorrisos do bebê são um exemplo disto.

Para chegarmos a compreensão de como se dá as primeiras interações entre pais e filhos, faz-se necessário examinar as forças biológicas e ambientais que evocam o desejo de ter filhos, em homens e mulheres. As fantasias relacionadas a esse desejo e as sucessões de estágios durante a gravidez no ajustamento físico e psicológico ao feto, manifestam o nascimento e desenvolvimento inicial do apego (BRAZELTON; CRAMER, 2002).

Para esses autores, o desejo de ficar grávida e adaptar-se a esta nova situação pode originar-se, em parte, em antigas experiências como também de necessidades não satisfeitas no período da infân-

cia e da adolescência da menina. Entre os diferentes motivos que levam a mulher ao desejo de ter um filho encontramos questões relativas “a identificação, satisfação de várias necessidades narcisistas e a tentativa de recriar vários laços no novo relacionamento com o bebê” (p. 11). Os pais desejam conscientemente gerar um bebê saudável, sem defeitos, juntamente com a fantasia inconsciente de que este mesmo bebê virá com determinadas qualidades que irão suprir todos os sonhos e expectativas dos pais (SALLE et al., 1998).

É a partir das figuras da infância que representaram para as mulheres alguma forma de cuidados maternos, que a menina, desde muito cedo, passa a identificar-se com estes adultos, passando de uma posição passiva para ativa, através da fantasia no brincar. Podemos observar que, de forma ampla, para além da experiência sexual, a criança tende a reproduzir ativamente aquilo que recebe passivamente, tentando fazer ela mesma aquilo que lhe é feito (FREUD, 1933/1996). Dessa forma, passará a assumir, por imitação, a postura das mulheres com as quais convive. Essa identificação inconsciente será reforçada pelo encanto dos adultos ao ver a menina imitando as figuras maternas com quem teve contato.

Outro motivo que leva a mulher a engendrar um filho é o desejo narcisista de que a criança venha a desenvolver e manter a autoimagem da mãe, que acaba por investir em alto grau nesta mesma imagem. Este narcisismo manifesta-se na vida psíquica da mulher como uma imagem idealizada de si mesma, como uma fantasia de ser completo e onipotente. A gravidez e a existência da própria criança satisfazem, para muitas mulheres, o desejo de completude, preenchendo os sentimentos de vazio e as preocupações com relação à incompletude do corpo (BRAZELTON; CRAMER, 2002).

Como condição fundamental do narcisismo surge o desejo da mãe de espelhar-se no próprio filho, amando sua própria imagem refletida. Dessa forma, a criança é vista como uma possibilidade de dar continuidade à existência da mãe, como também dando continuidade a tradição familiar, com seus ideais e valores próprios. Este desejo de espelhamento gera inúmeras expectativas na família, que deposita no bebê a chance de representá-la como, por exemplo, seguindo a profissão de seus ascendentes ou recebendo o nome de um ancestral. Para Badinter (1985, p. 91), talvez a criança passe a ser amada pelo o que ela nos “proporciona socialmente e porque lisonjeia nosso narcisismo”.

Assim, Brazelton e Cramer (2002) ressaltam que a gravidez proporciona à mulher a fantasia de simbiose com o bebê, como se ambos fossem um só ser, um só corpo. Esta fantasia remonta a própria experiência da mulher com sua mãe ou figuras maternas, trazendo à tona o desejo de retornar a esta unidade novamente. O filho(a) representa a promessa de realizar uma fantasia de infância, de proporcionar uma relação íntima e perfeita.

Faz-se necessário ressaltar também que o sentido e o lugar da maternidade sofreram um processo de transformação no decorrer das mudanças sócio-históricas em nossa sociedade. Para Patias e Buaes (2012), na contemporaneidade, novos significados produzem sentido para as experiências femininas. As identidades que estabilizaram o mundo social moderno por meio da fixação de papéis para as mulheres estão em declínio. Em relação à maternidade, pontua-se que diferentes significados

atribuídos à experiência de ser mãe nas sociedades em que vivemos hoje tornam incertas e transitórias as identidades sociais.

O momento e as formas de ser mãe vêm se alterando ao longo do tempo e adaptando-se ao contexto sócio-histórico de cada época. O que se percebe é que a representação da maternidade se adéqua a realidade na qual os sujeitos estão inseridos (OLIVEIRA, 2007). Estas mudanças podem estar relacionadas a transformações no cenário familiar, como as mudanças na infância, o redimensionamento da autoridade parental, novas normas educativas, transformações nas relações de gênero e entre gerações, como também, as transformações em outras esferas que se traduzem numa maior dependência dos jovens em relação aos pais, como a extensão da escolarização e as dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho (MOREIRA; NARDI, 2009).

METODOLOGIA

Esta pesquisa teve como delineamento metodológico a utilização da abordagem qualitativa. Para Minayo (1994), a abordagem qualitativa aprofunda-se naquilo que não é captável por equações, médias e estatísticas, enfim, o universo de significados das ações e relações humanas. Para a autora, a pesquisa qualitativa trabalha com o que corresponde ao mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

O local onde o estudo foi realizado é um ambulatório de saúde localizado em um município na região central do RS, que presta atendimento gratuito à população. As pessoas atendidas neste local são provenientes de comunidades situadas ao redor da escola da qual o ambulatório utiliza as dependências. Para serem atendidas, as famílias necessitam passar por uma entrevista com a assistente social da instituição, recebendo o cartão de atendimento, quando aprovadas por uma avaliação socioeconômica, sendo reconhecidas como famílias em situação de vulnerabilidade social. O ambulatório possui uma equipe técnica formada por profissionais da área de Clínica Geral, Pediatria, Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Odontologia, Serviço Social, Fonoaudiologia e Psicologia.

PARTICIPANTES

Foram sujeitos dessa pesquisa seis mães que estão com seus filhos em psicoterapia infantil. Estas mães foram convidadas a participarem da pesquisa pelo critério de conveniência, levando em consideração a disponibilidade de horários que viabilizasse a participação das mesmas nos dois grupos focais.

As participantes residem próximo ao ambulatório, em comunidades com recursos socioeconômicos restritos, em que a infraestrutura apresenta-se muito precária. Em grande parte, são mulheres com baixa escolaridade e que exercem funções no próprio lar, em cuidados com a casa, filhos e o companheiro, quando casadas. Com exceção de uma mãe, as participantes não exercem trabalho remunerado. Elas pro-

curaram espontaneamente o atendimento psicológico para seus filhos, ou foram encaminhadas por outro profissional de saúde, ou pela escola em que a criança estuda.

As participantes, como também seus filhos, receberam letras para representá-las com o objetivo de preservar suas identidades, conforme tabela abaixo. Nela é possível localizar informações sobre a idade, ocupação e escolaridade da mãe, além da idade do filho e o tempo em que a criança estava em acompanhamento psicológico.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do grupo A.

Nome	Idade	Ocupação	Escolaridade	Idade do filho	Tempo de atendimento
X	36 anos	Do lar	Ensino Médio Completo	9 anos	2 anos
Y	43 anos	Do lar	Ensino Médio Completo	6 anos	1 ano e 6 meses
Z	44 anos	Ajudante de eletrônica	Ensino Médio Incompleto	11 anos	1 ano e 8 meses

Tabela 2 - Caracterização dos participantes do grupo B, na tabela é possível localizar informações sobre a idade, ocupação e escolaridade da mãe, além da idade do filho e o tempo em que a criança estava em acompanhamento psicológico.

Nome	Idade	Ocupação	Escolaridade	Idade do filho	Tempo de atendimento
A	25 anos	Do lar	Ensino Fund. Completo	10 anos	5 meses (atendimento concluído)
B	35 anos	Do lar	Ensino Fund. Incompleto	8 anos	2 anos
C	49 anos	Do lar	Ensino Fund. Incompleto	10 anos	2 anos

INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados deu-se através de dois grupos focais, cada um deles constituído por seis mães. Nos dois encontros foi utilizada uma sala em condições adequadas, cedida pela escola em que o ambulatório encontra-se inserido. Os encontros foram gravados e transcritos posteriormente, com duração aproximada de uma hora e trinta minutos cada. A pesquisadora contou com o auxílio de uma psicóloga na observação e análise dos grupos. Cada encontro foi norteado por um roteiro elaborado anteriormente contendo questões sobre a relação das mães com o atendimento psicológico de seus filhos. Entre elas: como foi a decisão de colocar o nome de seu (sua) filho (a) na lista de espera? Houve algum encaminhamento?; Por que, no seu ponto de vista, seu (sua) filho (a) necessita de atendimento psicológico?; Para você, como funciona o atendimento psicológico de crianças?; Qual o papel do psicólogo no tratamento do seu filho?; Qual o papel da mãe no tratamento psicológico do filho (a)?

A técnica do grupo focal é oriunda das diferentes formas de trabalho com grupos, desenvolvidas na psicologia social. Serve como um bom instrumento na coleta de dados em pesquisas nas áreas

sociais e humanas, devendo sempre levar em consideração os propósitos da investigação (GATTI, 2005). Os grupos focais são aplicados quando se deseja identificar opiniões, sentimentos, formas de pensar, entender e interpretar a realidade por parte de pessoas nela envolvidas.

PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Primeiramente, buscou-se a autorização prévia da instituição mantenedora do ambulatório, para posterior aprovação no Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano. Após o projeto aprovado pelo comitê de ética da instituição, realizou-se um contato com a enfermeira-chefe que coordenava o ambulatório e com a psicóloga do local. A psicóloga concordou em informar os números de telefone de quinze mães que estão com os filhos em atendimento psicológico.

Após, entrou-se em contato com estas mães, via telefone, fornecendo explicações sobre os objetivos e a justificativa da pesquisa, convidando-as a participarem dos grupos focais. Foram analisados os horários propícios para cada mãe, propondo posteriormente o horário mais adequado para a participação das mães nos grupos. Foram realizados dois encontros, isto é, um encontro com o grupo A e outro com o grupo B. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS

Após a realização dos grupos focais, o material coletado e gravado em áudio foi transcrito e analisado de acordo com Bardin (1977). Do processo de análise emergiu três grandes categorias temáticas: 1) trajetória do encaminhamento, 2) saber psi x saber materno e 3) a Super-mãe [...]a Super-psicologia.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

TRAJETÓRIA DO ENCAMINHAMENTO

Na maioria das vezes, as mães participantes da pesquisa trazem a informação de que a escola é a instituição que mais encaminha a criança para atendimento com profissional da área da saúde, que pode ser para fonoaudiólogo, neurologista ou, em certos casos, diretamente para psicólogo. Uma mãe relata: “(...) quando eu procurei ajuda no colégio, e aí eles encaminharam (a filha) para a psicóloga” (Participante C).

Quando o encaminhamento é para uma especialidade médica, as participantes relatam a importância de se realizar exames como, por exemplo, eletroencefalograma, no caso de encaminhamento para neurologista: “- Daí a escola mandou pro neuro pra ele investigar o que ela tinha, né? Daí ela foi pro neuro [...], daí ele investigou [...], fez todos exames muito bem feitos

[...], fez até eletro da cabeça pra ver se era algum distúrbio na mente [...], daí descobriram que era hiperatividade.” (Participante X).

Somente depois destes passos, o médico encaminhará a criança para um psicólogo: “Aí [...], elas começaram lá a falar com o neuro [...], e aí eu comecei a levar ele no neuro. Aí lá o neuro me encaminhou que tinha que tratar ele com uma psicóloga também [...], só o neuro não adiantava [...]” (Participante Z). Outra mãe expõe: “[...] foi a pediatra que encaminhou, pediu, por causa que o “F” tinha umas crises nervosas, ele passava mal, tinha mal estar [...], quase chegava a desmaiar [...], daí nenhum médico achou o que era [...], daí ela (a médica) achou que era psicológico” (Participante A).

A equipe escolar exerce considerável influência na detecção de possíveis sintomas na criança e na orientação para os pais procurarem uma especialidade profissional para realizar avaliações. A escola detecta demanda relacionada a dificuldades de adaptação ao ambiente escolar: “[...] ela não queria ficar na sala de aula [...] ela chorava. Assim como ela tava bem, ela já chorava [...], daí eu tinha que tá sempre na escola [...], daí eu tinha que tá sempre por perto” (Participante X).

O período de adaptação escolar esperado pela entrada da criança na escola pode estar sendo sintomatizado gerando demanda. Rosemberg (2002), esclarece que dificuldades escolares em crianças de determinadas idades não devem sempre ser encaradas como sintoma: “se uma criança tem dificuldade para escrever aos três anos de idade, jamais encararemos isso como um sintoma. Pelo contrário, pensaremos naquilo que essa mãe está pedindo ao filho e não que é difícil para essa criança se expressar através da escrita” (p. 50).

Neste caso, faz-se necessário uma reflexão sobre a necessidade, ou não, de intervenção psicológica. Diante do pedido da escola e também da família, necessita-se avaliar a real demanda e a implicação com a queixa, detendo-se no conteúdo latente, superando o manifesto. Se não ocorrer uma reflexão diante da intensa procura pela avaliação psicológica das crianças corre-se o risco do papel do psicólogo tornar-se aquele que resolverá todos os problemas, principalmente referentes a comportamento. Se a família falhou, a escola também, e a medicina não encontra uma causa concreta para o sintoma, espera-se do psicólogo uma resolução fácil e, preferencialmente rápida, para a questão.

Em alguns casos as mães relatam que a escola foi a primeira a detectar possível diagnóstico de hiperatividade nos filhos, para depois serem encaminhados para avaliação neurológica. Percebe-se que no relato das mães a definição do diagnóstico de hiperatividade fica a cargo do neurologista, não ocorrendo uma troca com o profissional psicólogo, mesmo quando a criança já está em psicoterapia. Dessa forma, desconsidera-se a avaliação psicológica nesta espécie de diagnóstico. Uma das participantes expressa a experiência da avaliação neurológica de seu filho: “- Levei, eles fizeram um eletro e deu que é uma criança hiperativa, né? Ele precisa da ajuda de um remédio” (Participante B).

Outra demanda detectada pela escola na criança são as dificuldades nas relações interpessoais com seus pares (brigas, desavenças, chutes) e outros comportamentos agressivos como chutar classes.

Este conjunto de comportamentos vistos como inadequados na criança é denominado, pela maioria das mães, de “nervosismo”, “sistema nervoso”, “distúrbio na mente”, fazendo alusão à uma origem fisiológica dos sintomas: “[...] porque a “L” começou com o sistema nervoso desde os seis anos” (Participante X). Sintomas físicos como náusea e vômito sem causa descoberta pelos médicos, também são vistos como demanda para psicoterapia. Onde a normalização da medicina falha, entrega-se a tarefa ao psicólogo, reproduzindo-se o modelo inicial de intervenção psicológica de ajustamento do comportamento, visto no decorrer da história da psicologia.

Percebe-se, após o exposto acima, que em grande parte a decisão de encaminhamento da criança para atendimento psicológico fica a cargo dos profissionais especializados (escola e outros profissionais da saúde) e não a cargo da família da criança. Muitas vezes, as mães não se sentem autorizadas a procurarem uma avaliação psicológica sem antes a escola ou profissional da saúde detectar a demanda: “- Daí ela (a professora) chamou, perguntou se tinha briga em casa [...], se o pai bebia [...] o que acontecia [...] porque eles (a escola) fazem toda essa investigação. Como tudo era normal em casa, eles acharam que o problema era com ela mesmo (a criança), né?” (Participante X).

A intervenção psicológica é abarcada também pelo discurso médico. Mães relatam que as crianças, após avaliação neurológica, passam a consumir remédios como, por exemplo, Tegretol e Tofranil, muitas vezes por longo período de tempo e, em alguns casos, concomitantemente com o acompanhamento psicológico, embora não tenha ocorrido nenhum contato entre neurologista e psicóloga para avaliarem em equipe a criança. O tratamento farmacológico passa a ser visto como “tábua de salvação” para os casos de crianças “rebeldes”. Uma mãe relata: “[...] porque o neuro lá disse pro “N” (a criança) que ele tem que aprender a se controlar [...] e ele chegou em casa e disse: pois agora eu vou me controlar [...] eu não vou mais fazer isso. Daí deu um tempo e ele já tava de novo [...] digo [...] mas tu não tá te controlando [...] então tem que continuar tomando remédio” (Participante Z).

A psicóloga é também percebida pelo viés do discurso médico como a doutora psicóloga: “- Na outra semana a doutora (a psicóloga) me ligou pra eu vir aqui [...] daí conversei com ela [...] falei tudo com ela [...]” (Participante Y).

A realidade do local em que foi realizada a pesquisa, por ser um espaço de atendimento público e gratuito à população, caracteriza-se pela dificuldade em realizar uma intervenção multidisciplinar entre os diferentes profissionais envolvidos no tratamento da criança. Pela excessiva demanda pelo serviço e conseqüente dificuldade em relação ao tempo, diferente da realidade da clínica particular, muitas vezes as informações sobre prováveis diagnósticos não se cruzam, ocorrendo avaliações e decisões isoladas e, em grande parte, até mesmo contrárias entre si.

Esta característica também é encontrada no momento do encaminhamento da criança para atendimento psicológico, muitas vezes não ocorrendo a comunicação necessária entre aqueles que detectam a provável demanda para a psicologia e o profissional psicólogo, que passa a ser visto em alguns momentos como o último recurso na busca de uma resposta para as causas do sintoma.

SABER PSI X SABER MATERNO

Desde a chegada do bebê, os pais já se sentem, muitas vezes, pressionados em não errar. Esta pressão aliada ao conhecimento de que existe um breve período crítico para se desenvolver o vínculo com o bebê, necessitando de respostas certas no tempo certo, diminui a calma e a confiança dos pais. Toda esta tensão pode impedir que os pais sintam o prazer de serem pais (BRAZELTON, 1988). “A grande pressão que os pais carregam de serem perfeitos e oferecerem o máximo possível para seus filhos tanto os aproxima demasiadamente quanto os distancia do contato com a criança” (ANDRADE; MISHIMA-GOMES; BARBIERI, 2012). Para estas mesmas autoras, muitos pais procuram a fórmula exata para se manejar com a criança, visualizando no profissional de psicologia o sujeito capaz de lhes dar tal solução. A procura de um psicólogo para o início de uma psicoterapia se constitui como um cuidado terceirizado dessas crianças, em especial quando evidencia-se a motivação dos pais por esta busca pelo viés da culpa ou da necessidade de sentir que está cuidando do filho.

Em alguns momentos, as mães participantes da pesquisa percebem a orientação da psicóloga como uma receita a ser seguida que levará ao sucesso na relação com os filhos e na forma como irão representá-las na sociedade. Procuram as respostas certas para relacionarem-se com suas crianças. Ao final do tratamento, a criança deverá estar mais dócil e obediente nas relações em família, na escola e nos ambientes sociais: “- *E ela (a criança) se revoltava comigo também [...], às vezes, para fazer as atividades escolares, não queria fazer. Ela ficava tensa e eu tava achando que pra mim ia ser difícil eu tentar ajuda sem auxílio de alguém superior a mim*” (Participante C).

Outra mãe, quando questionada sobre os objetivos da psicoterapia de seu filho, relata: “- *Cem por cento seria ele melhorar [...] ele não fazer o que ele fazia antes [...] de eu falar com ele e ele não gritar, não se bater, não se atirar, não ficar nervoso por qualquer coisa que eu negue pra ele*” (Participante Z).

A atuação da psicóloga é percebida pela maioria das participantes como um momento de ensino-aprendizagem. A profissional é vista como a “tia” que ensina a criança, por meio de muita conversa, a como se comportar direitinho, embora as mães desconheçam as técnicas utilizadas no atendimento infantil: “[...] *ele diz que ele joga [...] que ele brinca [...] que a tia ensina ele [...]*” (Participante Y). “- *Cada vez que ele (o filho) vem ali [...] ela fala bastante, conversa com ele [...] ele escuta mais ela do que eu. Então ele sai dali mais calmo*” (Participante B).

A demanda inicial das mães e, muitas vezes da escola, se dá no sentido de “concertar” a criança, pois estão cansadas de fazerem isso sozinhas, mesmo que a angústia não venha acompanhada de um questionamento de si mesmas nem de seus lugares na organização do sistema familiar (BEDRAN, 1998).

Para estas mães, a psicóloga sabe a forma correta de lidar com a criança, de conversar com ela, e as mães também esperam aprender essa forma nos encontros com a profissional: “[...] *eu acho assim, que é muito bom, sabe por quê? Porque no fim a gente também aprende um pouco com a psi-*

cóloga como lidar com eles, né? [...] daí uma vez na semana ela chama as mães pra conversar [...] pra saber o que a gente tá achando do tratamento, se a criança mudou, se não mudou [...] e ali junto dela a gente pode expor [...] como a gente deve agir [...] porque tem vezes que a gente não sabe como agir com eles dentro de casa.” (Participante X).

O atendimento psicoterápico da criança é percebido por estas mães como era no início do desenvolvimento da técnica, quando se priorizava a modificação do meio ambiente, tornando o atendimento uma ação mais pedagógica do que psicoterápica (FREUD, 1951). Para Fenkel (2009), nos dias de hoje, observa-se que as novas teorias consideram, para diagnóstico ou tratamento da criança, seu próprio problema relacionando-o com a dinâmica familiar. Aberastury (1982), coloca que a análise na criança “a capacitará para desenvolver-se melhor, e um dos grandes benefícios que experimentará será o aumento de sua capacidade de jogo e de aprender com prazer e facilidade, assim como enfrentar os problemas com maior eficiência” (p. 107).

Para algumas participantes, a função do psicólogo resume-se em “botar na cabeça” da criança o quanto e em que deve mudar em relação aos comportamentos inadequados. Caso a criança não corresponda a expectativa, é porque nela faltou a capacidade de “botar na cabeça” os ensinamentos da psicóloga. Uma participante relata: “- Ah, eu acho que ela conversa lá com eles [...] explica alguma coisa pra eles. Tem uns que não botam muita coisa na cabeça do que ela fala [...] uns levam a sério e outros não levam” (Participante Z).

Mas em alguns momentos percebe-se que as mães questionam o suposto saber da psicóloga, como também de outros profissionais. Uma mãe relata sua própria escolha de retirar do filho a medicação indicada pelo neurologista: “- Daí eram dois (comprimidos) [...] eu comecei a diminuir por um [...] daí até agora eu tava esperando um retorno. Mas se não me chamarem eu vou parar porque não tem necessidade. Eu só vou estar dopando o guri, né?” (Participante A).

Outra mãe questiona o saber psicológico quando anuncia, com certa satisfação, que não segue todas as orientações da psicóloga, chegando a fazer de forma contrária de como foi orientada: “[...] quando a psicóloga começou a tratar e dizer que tinha que castigar ela dessa certa maneira [...] eu achei, assim, que não [...] que eu deveria fazer ao contrário [...] levar ela nos lugares” (Participante X).

Algumas mães queixam-se que as orientações da profissional não podem ser seguidas, pois estão distantes da realidade em que se inserem, generalizando a atuação do profissional psicólogo: “[...] as psicólogas acham assim [...] no entender delas, que elas acham fácil, sabe? Tu tem que fazer isso, isso e isso, mas na realidade não é assim. Tu fala uma coisa, mas na realidade não é aquilo [...] ela trabalha bem, super bem, adoro ela e tudo [...] mas é que às vezes [...] não é só ela! Todos os psicólogos é a mesma coisa” (Participante Z).

Disso resulta uma insatisfação diante do tratamento psicológico dos filhos, pois se sentem desamparadas quanto a uma forma exata para “lidar” com a criança nas diferentes situações do cotidiano. Suas expectativas quanto à função do profissional de psicologia acabam sendo frustradas.

Indo além da mitologia romântica a respeito da maternidade e da paternidade, para a maioria das pessoas tornarem-se pai e mãe é um processo complexo. Para o exercício destes papéis, já fomos moldados por nossas experiências anteriores com nossos próprios pais e mães (BRAZELTON, 1988), ou pelas figuras que exerceram estes papéis. Na adaptação ao novo papel de tornar-se mãe, a gravidez na mulher já reflete suas experiências com seus próprios pais, sua vivência da triangulação edípica, culminando com o ato de separar-se dos mesmos (BRAZELTON; CRAMER, 2002).

A partir disso, algumas mães relatam que, após as orientações dadas pela psicóloga, refletem e acabam tomando decisões com os filhos baseadas em seu próprio conhecimento, em um saber transgeracional: “- *Os meus nunca eu deixei brigar, porque nós somos seis irmãos [...] se um brigasse, o pai fazia se abraçar, se beijar, pedir desculpa, e dizer que era irmão, não podia brigar. E ele dizia: se outra vez vocês brigarem eu vou bater em vocês, e um vai beijar a bunda do outro, que ninguém mais briga*” [...] *Ele (pai) sempre foi aquela linha reta e sempre sentava de noite com os filhos, na hora da janta, contava história pra nós [...]. Cada história do meu pai tinha uma lição de vida [...]*” (Participante Y).

O saber transgeracional é valorizado na medida em que a mãe reediciona a cultura familiar em que foi educada, reconstruindo e valorizando seu próprio saber na criação dos filhos. Uma das participantes relata: “- *Eu não gosto de bater porque eu nunca apanhei do meu pai*” (Participante A).

Na literatura podemos encontrar diversos trabalhos que tratam sobre o efeito da infância da mãe na relação posterior com seu filho, como também dos seus desejos e projeções sobre ele (BERNARDI et al., 1998). Rosemberg (2002) reflete sobre a possibilidade de que na análise da criança, ela possa reconhecer na fala dos pais “os restos sobre os quais articulou seu fantasma, e para possibilitar aos pais, que reencontrem sua própria história projetada nos filhos” (p. 61).

A liberdade de autoconhecer-se permite aos pais e mães atingirem o melhor papel como tais, seguindo suas *próprias* inclinações e reconhecendo que é o próprio bebê quem lhes dará os sinais necessários para que percebam que estão no caminho certo (BRAZELTON, 1988).

A SUPER-MÃE [...] A SUPER-PSICOLOGIA

Sabemos que a criança é um ser dependente por muito tempo de cuidados especiais, tanto nas necessidades materiais como na dependência de amor (ROSEMBERG, 2002). A gravidez proporciona à mulher a fantasia de simbiose com o bebê, como se ambos fossem um só ser, um só corpo. Esta fantasia remonta à própria experiência da mulher com sua mãe ou figuras maternas, trazendo à tona o desejo de retornar a esta unidade novamente. O bebê representa a promessa de realizar uma fantasia de infância, de proporcionar uma relação íntima (BRAZELTON; CRAMER, 2002). Este estado simbiótico entre mãe e filho necessita desfazer-se gradualmente no decorrer do desenvolvimento da criança.

Neste sentido, algumas mães em seus relatos percebem-se como elemento vital na vida dos filhos, da gestação à idade adulta. Relatam que o filho equilibra-se emocionalmente apenas por estar na

presença da mãe. Sintomas físicos (náuseas, vômitos) e expressões como o choro cessam pelo simples fato da mãe se fazer presença: “- *Nos 17 dias que ele ficou lá (no hospital), ele não dormiu nenhuma noite [...] ele dormia todo o dia [...] se não tava no meu colo, tava com o dedo nele, tava dormindo que era uma beleza [...] só acordava, mamava e dormia [...] passava a noite todinha gritando [...] veio pra casa [...] se grudou com a titia (referindo-se a ela mesma) e ficou*” (Participante Y).

Dessa forma, firma-se uma relação simbiótica prolongada entre mãe e filho: “[...] *eu sempre quis ser assim, tudo na vida dos filhos, eu fiz tudo por eles, papariquei demais. [...] fazia de tudo pra eles [...] sempre fui uma pessoa que dediquei a vida aos filhos*” (Participante Y). Uma participante expõe sua relação com o filho em tratamento em comparação com os outros irmãos: “- *Ele é bem mais amado, assim como eu digo, né? Porque ele é uma criança que eu não deixo ir no colégio sozinha. Os outros eu larguei. Então, às vezes, ela (a psicóloga) diz assim para mim: mãe, tem que fazer ele desprender do umbigo! Porque ele tá preso no umbigo comigo*” (Participante B).

Relacionado à formação de sintoma na criança, necessita-se refletir se esta simbiose “fora de época” estaria gerando alguns dos sintomas que são vistos como demanda psicológica pela escola, pelos pais, pelos profissionais da saúde. Sendo assim, a manifestação sintomática necessita ser analisada como um possível produto da organização parental inconsciente, tornando ainda mais necessária a inclusão da posição imaginária dos pais na análise de uma criança. Os pais reais não podem ser desconsiderados na análise da criança, muito menos desprezar aquilo da ordem do imaginário que eles querem se fazer escutar (KUPFER, 2002).

As crianças, às vezes, servem ao propósito inconsciente dos pais de chegarem à análise; por esta razão não se pode considerar o discurso parental de forma concreta. O analista precisa estar atento e se encarregar daquilo que não foi dito, mas que ficou implícito. Os pais sempre estão envolvidos com suas próprias questões inconscientes, necessitando, portanto, serem levados ao consultório, não para serem analisados como condição para avanços com a criança, mas para serem ouvidos e colocados diante de seus próprios desejos. Isso auxilia no afrouxamento das defesas, diminuindo uma possível resistência da família ao tratamento (FRANÇA; RADINO, 2002). No discurso de algumas participantes, verifica-se a queixa do afastamento dos pais na educação das crianças, mas ao mesmo tempo estas mesmas mães colocam-se em um lugar de poder na relação com os filhos, tornando-se figuras insubstituíveis: “- *É sempre assim [...] ele nunca teve um pai muito presente. O pai dele é um pai muito distante, muito longe [...] tudo isso, né? Então sempre fui eu, pai e mãe dele*” (Participante Y). Nessa forma de relação ocorrem provavelmente dificuldades de operar o Nome-do-Pai, como figura paterna que faz o corte, não havendo lugar para a entrada do pai, no discurso da mãe, em sua dimensão simbólica (KUPFER, 2002).

“O lugar do pai, do terceiro que rompe a simbiose, que interdita o incesto e traz a lei, e que é veiculado, antes de tudo pela mãe” (FINKEL, 2009, p.193), fica vazio. A mãe necessitaria desocupar o lugar de supremacia na vida da criança, permitindo que o pai faça o corte, participe da vida cotidiana dos filhos, dos prazeres e dissabores de educá-los: “- *Porque é só eu e tem o meu marido, e os*

dois (os filhos) [...] e meu marido trabalha [...] a gente trabalha, [...] mais é eu que atendo [...] o pai deles não consegue dominar eles, não tem domínio com eles” (Participante Z).

Percebe-se que a ausência do pai se retroalimenta na atitude da mãe em “criar” sozinha as crianças, atitude expressada com certo grau de satisfação por uma das participantes: *“Agora vai fazer dois anos que eu tô separada (...) já que eu tenho que ser pai e mãe dos meus filhos, vou ser pai e mãe sozinha (...) e o pai dele? Olha professor, o pai dele devia ter morrido no dia que ele nasceu. E o professor me olhou com os olhos desse tamanho! Porque se é pra ter e não ter, é melhor que tu não tenha”* (Participante Y).

Perante isto, algumas mães demonstram cansaço diante do fato de, sozinhas, terem que resolver o que diz respeito à educação e desenvolvimento das crianças. Sentem-se como se fosse uma guerra diária em que elas estão a frente da batalha e os pais sendo escoltados atrás delas. A parentalidade acaba por não ser dividida entre pai e mãe, surgindo o sentimento de solidão em algumas participantes: *“[...] ela (a mãe) fala uma coisa pro filho, o pai deve chegar junto [...] tua mãe já não falou isso aí? Tu vai fazer como a tua mãe falou [...] Não! O que eles fazem? Eles ficam atrás e a mãe vai só na frente, vai só na frente se queimando [...] A mãe é que vai [...] tu é que manda, tu é que fala [...]”* (Participante Y).

Diante do exposto acima, percebe-se que, muitas vezes, a própria psicologia também delega à mãe a responsabilidade única por seus filhos, excluindo totalmente o pai do tratamento psicológico da criança, ou dispensando-o rapidamente diante das primeiras tentativas frustradas de inseri-lo nos atendimentos. Muitas vezes, o próprio terapeuta exclui o pai no processo, como nota-se na fala de uma participante: *“- O meu (marido) a psicóloga nunca chamou, senão ele viria [...]”* (Participante X).

Quando é o pai que traz a criança na primeira entrevista o terapeuta passa a supor que a mãe já é falecida, tem sério problema orgânico ou mental, ou que abandonou o filho, desta forma obrigando o pai a assumir esta função com a criança (BEDRAN, 1998).

Nos serviços de saúde mental são as mães que levam as crianças para o atendimento. Elas são as representantes da família de onde o sintoma é gerado, afinal de contas, a culpa é delas (FINKEL, 2009). As mães relatam: *“- É a mãe que vem, o papai não veio, não vem [...]”* (Participante Y). *“- O meu marido [...] ele gosta de vir [...] mas é que geralmente é eu que trago, né?”* (Participante Z).

Aceita-se, quase sempre sem questionamento, a mãe como única responsável pelo bem-estar da criança, ao mesmo tempo em que a representação do homem é vista como o “chefe” poupado dos incômodos domésticos (BEDRAN, 1998). A pouca, para não dizer, rara participação dos pais no problema e na procura da solução, se dá pela omissão do pai aliada a sua exclusão pela mãe (FINKEL, 2009), como também pelo próprio posicionamento do terapeuta. Dessa forma, excluem-se ainda mais os pais do processo terapêutico.

Muitas vezes, diante da ausência do pai na entrevista destinada a ele, o terapeuta oscila entre um sentimento de decepção e alívio. A ansiedade frente à expectativa da vinda do pai, de dizer algo para ele e convencê-lo da validade da Psicologia para seu filho, amenizando seu desconforto, reflete o padrão feminino de temor e submissão em relação à figura masculina (BEDRAN, 1998).

Para Kupfer (2002), as figuras parentais devem ser acolhidas para além do que fazem ou deixam de fazer, e sim em relação ao sentido das mesmas dentro da estrutura familiar. O exercício da função paterna deve ser visto como agente que rompe a simbiose mãe/bebê e instaura a lei, tendo o cuidado de não confundir a transmissão dessa lei com comportamento paterno autoritário. Conforme a autora, as origens das manifestações sintomáticas nas crianças vão além da ausência do pai ou da superproteção da mãe, necessitando o analista de crianças estar atento à dimensão simbólica das figuras parentais, às funções paterna e materna que não, necessariamente, estão atreladas respectivamente ao pai ou à mãe.

Faz-se interessante observar que no processo terapêutico, o menos importante é o fato das figuras parentais serem “diagnosticadas” e rotuladas como, por exemplo, pai omissivo ou ausente. O que se deve fazer referência no tratamento é o que diz respeito ao Nome-do-pai. “O decisivo na análise de uma criança não está na consideração dos pais apresentados em sua dimensão imaginária, e sim em sua dimensão simbólica” (LEFORT citado por KUPFER, 2002, p. 118).

Algumas mães, em seus relatos, percebem-se como uma presença mágica na vida dos filhos. A onipresença e a onipotência maternas são expressas através do relato de circunstâncias em que a mãe “advinha”, mesmo que distante do filho, o que está acontecendo com a criança.

Sentir que o filho escapou da escola para jogar bola e pegá-lo no flagra é percebido como uma sensibilidade extra, inexplicável racionalmente: “[...] *eu sem saber ia no colégio, dava de cara com aquilo [...] inventou o ano passado de sair ali da escolinha da frente da minha casa, e ir lá na quadrinha ver as gurias, os colegas [...] e naquele dia me deu um estalo, assim, ó, vai no colégio! [...] o que eu fiz? Eu só cheguei em casa, larguei tudo as coisas e avisei, ó, tô saindo atrás do M [...] ele não foi na aula! Como é que tu sabe? Não, mas eu sei, hoje ele não foi na aula!*” (Participante Y).

Em contrapartida, outras mulheres discordam desta onipotência materna: “- *Não é tão perfeito assim como ela [...] como mãe tu tem sentimento, né [...] de sentir se o teu filho tá bem, se ele tá mal [...] essa coisa toda [...] eu sinto, né? Mas assim, de dizer que eu sei 24 horas o que eles fazem, eu não sei. Não sei mesmo*” (Participante X).

Fazer tudo que se pode pelos filhos, mimar, superproteger, dar-lhes a eles tudo o que não tiveram em suas próprias infâncias são comportamentos percebidos pelas mães como representantes de uma maternagem correta, um dever de mãe para com a educação dos filhos.

Mas, em um determinado momento da vida da mãe, quando percebe que o tempo passou e muitas coisas deixaram de ser realizadas em sua vida pessoal, questiona-se diante das consequências provocadas pela codependência entre a mãe e a criança: “- *Essa superproteção [...] me custou muito caro [...] fui num ponto que eu cansei dessa vida de ficar [...] a vida toda me dediquei muito pros filhos [...] eu nunca vivi [...] agora que eu tomei a decisão de parar, largar tudo e viver a minha vida e largar pros filhos aquilo que é deles [...] e chega!*” (Participante Y). Quando questionada sobre de que forma chegou a esta conclusão, esta mãe refere-se: “- *Ah, minha filha [...] de tanto [...] eu entrei em depressão [...] de tanto sofrimento*”.

Nesta mãe, em especial, percebe-se a ambivalência entre o gozo de ter um superpoder materno e os desconfortos gerados posteriormente pela relação simbiótica com o filho. O sentimento ambivalente já é percebido no início da relação mãe e filho, quando a mãe percebe o nascimento de uma criança como um evento agradável, mas que ao mesmo tempo representa uma experiência emocional bastante estressante (SALLE et al., 1998).

A partir deste momento em que a mãe cansa de viver a vida somente para os filhos, começa a se perceber como mulher em outras dimensões e a perceber que os filhos farão suas vidas e terão suas próprias decisões: “- *Agora eu consigo pintar meu cabelo, eu consigo ir num baile. Eu fiquei 23 anos só adquirindo, adquirindo, adquirindo [...] nunca ia a nada [...] me dava uma tristeza, uma tristeza. [...] Meu Deus, o que eu fiz da minha vida!?! [...] Eu só vivo em função dos filhos [...] e daí? E os filhos vão crescer, vão sair e eu vou fazer o quê? Aí eu comecei a me olhar no espelho [...] basta [...] chega!*” (Participante Y).

Diante do relato das mães, percebe-se que as mesmas esperam que a psicologia detenha os mesmos superpoderes com seus filhos, que os transformem em crianças “calmas” e obedientes. Uma participante expõe: “- [...] *O G. não precisa de atendimento de psicólogo porque ele é bem inteligente. Mas só que ele é muito agitado! E eu achei que precisava, sabe, de uma ajuda. Daí foi quando eu pedi (encaminhamento para a psicóloga)*” (Participante B). Quando o próprio poder mágico das mães falha, a psicologia deverá preencher a lacuna do narcisismo materno ferido: já que falhei, por favor, doutora psicóloga, faça meu filho me representar bem!

O psicólogo é visto como o profissional capaz de descobrir o que a criança tem de “anormal” e, através de algum mecanismo desconhecido pelas mães: “- *Agora o que que ela tem [...] (risos) ela tem algum mecanismo com ele [...] porque ele mudou, mudou [...]*” (Participante Y) - fazer os filhos mudarem, principalmente no que diz respeito a comportamentos “inadequados”. As mães não demonstram maior curiosidade em saber a técnica ou as técnicas utilizadas com a criança, ficando satisfeitas apenas com o resultado da terapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos dados obtidos nos grupos focais com as mães, percebe-se a importância de momentos de escuta para a família no tratamento psicológico da criança. Muitas vezes, é na dinâmica familiar que o sintoma é produzido, tornando-se a criança o paciente identificado.

Os pais e outros cuidadores têm algo a dizer e necessitam fazerem-se ouvir. É necessário, portanto, a abertura de espaços e formas de escuta diferenciados, em que mães e pais sejam acolhidos em seus pedidos de ajuda, compreendendo suas percepções em relação ao tratamento dos filhos. Assim, é de suma importância a participação dos pais no tratamento dos filhos, sem perder o foco na criança.

Portanto, o profissional psicólogo que trabalha com clínica infantil necessita conscientizar-se que os momentos de encontro com as mães, foco deste estudo, prestam-se para que as mesmas tenham

oportunidade de refletirem sobre o lugar que ocupam na geração do sintoma da criança, reconstruindo o sentido da maternagem. Dessa forma, a atuação do profissional não ficará restrita a um momento de ensino-aprendizagem em que as mães esperam orientações sobre a forma correta de lidarem com as crianças, delegando ao saber especializado o “saber fazer” materno.

Diante do exposto acima, a criação de grupos direcionados às mães de pacientes crianças vem como possibilidade de uma escuta diferenciada das angústias, temores, percepções e sentimentos destas mesmas mães em relação ao tratamento de seus filhos. O atendimento em grupo pode ser visto como uma possível alternativa para o envolvimento dos pais no processo terapêutico. Outro fator importante é a conveniência do trabalho em grupo diante da grande demanda do atendimento público. No grupo é possível a percepção e a reflexão sobre a importância da cooperação da mãe na psicoterapia das crianças, favorecendo a compreensão por parte de mães e terapeuta sobre o lugar da mãe, do pai e da família na psicoterapia dos filhos. No grupo também é possível identificar as mães que necessitam de tratamento e encaminhá-las quando necessário.

Neste espaço é possível a troca de experiências entre as mães, favorecendo o esclarecimento sobre a forma de realização e objetivos da terapia de crianças, permitindo que as mães saiam do senso comum e construam uma compreensão maior sobre a psicoterapia de crianças. Evita-se assim, uma “pedagogização” da atuação do psicólogo infantil.

O desenvolvimento de um grupo de mães pode ocorrer paralelamente ao atendimento dos filhos, mas não como um espaço de tratamento para as mães. O único obstáculo, neste sentido, é o fato de que, em algumas instituições de nosso município, como no caso da instituição onde se realizou a pesquisa, há somente um profissional da área de psicologia, inviabilizando a manutenção de um grupo paralelo de mães com outro psicólogo.

As mães são pesquisadas com maior ênfase, mas em suas reflexões nos grupos focais realizados trouxeram diversas vezes a questão do pai, tanto na relação em família, como na participação na terapia da criança. Este dado impulsiona a realização de pesquisas sobre o lugar do pai no atendimento dos filhos, investigando suas percepções e expectativas frente às intervenções em psicologia infantil.

O exposto acima também possibilitou uma reflexão sobre qual e que tipo de espaço os psicólogos estão oferecendo ao pai, na terapia da criança, servindo de alerta para a prática clínica, tanto em espaço público como privado. Quantas vezes desistimos de chamar o pai para entrevista diante da fala da mãe, e até mesmo da criança, que enfatiza a ausência de desejo do pai de ser chamado e comparecer aos encontros? Acabamos por não chamá-lo, ou quando fizemos o convite, desistimos logo nas primeiras tentativas frustradas.

Dessa forma, estamos reproduzindo o lugar e o espaço dado ao pai dentro da própria família da criança quando, em um movimento de via dupla, as mães excluem os pais da participação na educação dos filhos e os pais, por sua vez, retiram-se, muitas vezes acomodados culturalmente diante das responsabilidades no cuidado com as crianças.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. **Psicanálise da Criança** - Teoria e Técnica. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- ANDRADE, M. L., MISHIMA-GOMES, F. K. T; BARBIERI, V. Vínculos familiares e atendimento psicológico: a escuta dos pais sobre a alta da criança. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2012.
- BERNARDI, R. et al. O Mundo Representacional da Mãe ante as Ações Espontâneas do Filho. In: OUTEIRAL, J. (Org.). **Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes** - Desenvolvimento, Psicopatologia e Tratamento. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 1998.
- BADINTER, E. **Um Amor Conquistado** - O Mito do amor Materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEDRAN, P. M. O Pai não Veio. **Caderno de Psicologia**. Belo Horizonte, v. 5, n. 7, p. 12-17, 1998.
- BRAZELTON, T. B. **O Desenvolvimento do Apego**: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- FRANÇA, E. A.; RADINO, G. Da orientação à escuta de pais no atendimento infantil. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 69-73, 2002.
- FINKEL, L.A. O Lugar da Mãe na Psicoterapia da Criança - uma Experiência de Atendimento Psicológico na Saúde Pública. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 1, p. 190-203, 2009.
- FREUD, A. **Psicoanálisis del Nino**. Buenos Aires: Imán, 1951.
- FREUD, S. **Feminilidade**. In: Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Originalmente publicado em 1933.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
- KUPFER, M. C. Pais: melhor não tê-los? In: ROSEMBERG, A. M. S. (Org.). **O Lugar dos Pais na Psicanálise de Crianças**. São Paulo: Editora Escuta, 2002.
- MINAYO, M. C. S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOREIRA, L. E.; NARDI, H. C. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 569-594, 2009.

OLIVEIRA, P. B. **A Mulher Atual e a Representação da Maternidade**. Dissertação de Mestrado. 2007. 100 p. Programa de Pós-graduação em Psicologia Universidade Católica de Pernambuco, 2007.

PATIAS, N. D.; BUAES, C. S. “Tem que ser uma escolha da mulher”! Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 300-306, 2012.

ROSEMBERG, A. M. S. A Constituição do Sujeito e o Lugar dos Pais na Análise de Crianças. In: ROSEMBERG, A. M. S. (Org.). **O Lugar dos Pais na Psicanálise de Crianças**. São Paulo: Editora Escuta, 2002.

SALLE, E. et al. Abordagens Terapêuticas do Autismo Infantil. In: OUTEIRAL, J. (Org.). **Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes - Desenvolvimento, Psicopatologia e Tratamento**. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 1998.

