

Organizadores

CLÁUDIO LAKS EIZIRIK, FLÁVIO KAPCZINSKI
ANA MARGARETH SIQUEIRA BASSOLS

O CICLO DA VIDA HUMANA: UMA PERSPECTIVA PSICODINÂMICA

Reimpressão 2007



2001

Apresentação

O CICLO VITAL E SUAS VICISSITUDES!

Eis um texto que se debruça sobre nosso maior patrimônio: a Vida. E sobre como a vivemos. Os organizadores deste livro e os demais autores a dissecam. Capítulo após capítulo. O produto deste trabalho é o de uma dissecção, mas também de síntese. Penso que será fácil aos leitores perceber que cada capítulo reúne em algumas páginas o resultado de anos de estudo e de experiência. Seus autores são, em sua grande maioria, professores do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul ou colaboradores destes. Médicos de outras especialidades também escrevem, destacando as características biológicas de cada uma das fases da vida. Também especialistas de outras profissões se somaram, ampliando a visão multi e interdisciplinar do tema.

O Departamento de Psiquiatria ministra a formação em psiquiatria mais antiga em atividade contínua do País. Após anos de reconhecida excelência na segura formação de especialistas para o exercício profissional, também está assumindo uma nova dimensão, a da pós-graduação *strictu sensu*, com o início do Mestrado e do Doutorado em Psiquiatria. Sua orientação tradicional, fortemente alicerçada na vertente psicanalítica, vem assimilando progressivamente os novos conhecimentos oriundos da neurociência, em convivência cotidiana com diferentes orientações de seus docentes. As atividades de pesquisa, de ensino e de assistência ocorrem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o que promove sua integração com as demais áreas médicas através da interconsultoria, tanto em ambiente intra como extra-hospitalar. Também recentemente, esses professores passaram a ampliar suas ativida-

des através do Centro de Atenção Psicossocial, coordenado pelo Serviço de Psiquiatria e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, acompanhando a tendência contemporânea da atenção à saúde mental.

Ligado ao Departamento, o Centro de Estudos Luís Guedes reúne alunos e ex-alunos, além dos professores, em torno de sua rica biblioteca e de suas atividades científicas, que contam também com a ampla participação de seu corpo associativo.

É importante ressaltar o cenário em que estão inseridos os autores deste livro, em especial seus organizadores. Isso explica sua orientação psicodinâmica, ao mesmo tempo interdisciplinar, não-reducionista. Também explica a aproximação psicodinâmica do modelo da medicina baseada em evidências, valorizando a experiência e a impressão clínica, mas buscando na pesquisa a confirmação e o alicerce de sua orientação.

A compreensão das demandas de cada faixa etária e das capacidades de se lidar com ela enriquece extraordinariamente o trabalho clínico. Além da correta identificação de sintomas, o clínico deve estudar a pessoa como um todo. Em que contexto social ela está? Como se constitui sua família? Quais projetos de vida sofrem a interferência de uma enfermidade? Quais mudanças ocorreram em sua vida que poderiam ter contribuído para o desencadeamento de alguma doença? Que suporte tem para lidar com suas limitações? Quais as fantasias que poderá desenvolver a partir de um sintoma? Essa e outras perguntas poderão ser formuladas para melhor entender nosso paciente e seus familiares. Parece complicado estar atento a tudo isso? Em alguns casos, talvez seja, mas, em muitos deles, certamente é mais complicado não perguntar, não reservar um pouco de tempo para conversar e observar a pessoa que temos a nossa frente. Quanto atalho poderia ser descoberto a partir de uma boa conversa!

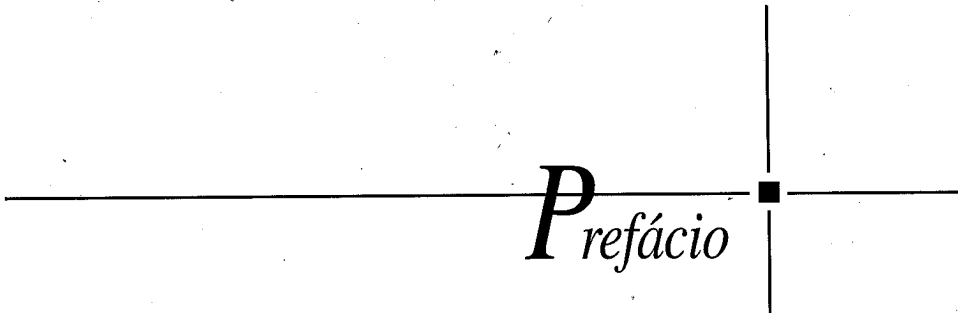
Cláudio Eizirik também é vice-presidente da Associação Psicanalítica Internacional (IPA), interessado especialmente em estabelecer os vínculos da psicanálise com a medicina, a cultura e a vida acadêmica, além de coordenador do Pós-Graduação em Psiquiatria.

Ana Margareth Bassols especializou-se em crianças e adolescentes.

Flávio Kapczynski, após passar pelo Instituto de Psiquiatria de Londres e pela Universidade McGill em Montreal, onde concluiu sua pós-graduação, voltou ao Hospital e ao Departamento, onde iniciou sua especialização em psiquiatria como professor e pesquisador.

Para mim, é um grande prazer apresentar este livro aos leitores, pois o vejo como mais um produto do amadurecimento e da seriedade com que se deve trabalhar em psiquiatria e em saúde mental. Seus coordenadores representam três gerações de professores, todos com currículo respeitável em suas áreas de ação.

Rogério Wolf de Aguiar
*Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e
Medicina Legal da UFRGS.
Chefe do Serviço de Psiquiatria do HCPA.
Ex-Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria.*



Prefácio

Em 1972, o Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, então sob a liderança do Professor David Zimmermann, começou a ministrar a série de disciplinas denominadas de Introdução à Psiquiatria, visando a familiarizar os alunos com os aspectos emocionais do ciclo da vida humana e com a relação médico-paciente. Posteriormente, essas disciplinas passaram a denominar-se, de acordo com sua especificidade, de Desenvolvimento da Criança e do Adolescente, Desenvolvimento do Adulto e do Idoso e Relação Médico-Paciente.

Com o objetivo de proporcionar aos alunos um livro-texto que lhes permitisse acompanhar os conteúdos teóricos, um grupo de professores do Departamento realizou a revisão da tradução do livro *A pessoa*, de Theodore Lidz, lançado pela Editora Artes Médicas Sul em 1983 e que serviu como guia para os seminários e as discussões das entrevistas, nessas disciplinas, por muito anos. Outros livros e textos foram sendo utilizados, mas uma crescente insatisfação de alunos e professores levou o corpo docente do Departamento à conclusão de que se impunha um novo livro, escrito por autores brasileiros, contemplando os dados de nossa realidade e voltado para os programas das duas disciplinas, a que trata da infância e da adolescência e a que examina o desenvolvimento dos adultos e dos idosos.

Com esse objetivo, organizamos a presente obra. Seus autores são professores ou colaboradores do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS e, em sua maioria, trabalham nessas disciplinas há muitos anos como professores – alguns tendo, inclusive, sido alunos das mesmas –, motivo pelo qual estão familiarizados com suas necessidades e características. Ao longo

destes quase 30 anos, o convívio com sucessivas gerações de alunos evidenciou a utilidade e a necessidade deste espaço para refletir e discutir sobre as características evolutivas do ciclo vital e entrevistar pessoas não-doentes, preparando, assim, os futuros médicos para sua mais difícil tarefa: estabelecer uma relação emocional com seu paciente que permita seguir o caminho do diagnóstico, do tratamento e da prevenção. Sem ela, correrão o risco de se constituírem técnicos, talvez eficientes, mas sem a indispensável empatia que proporciona a base para o adequado e realmente eficiente ato médico.

Pensamos que este livro será útil a todos os estudantes e profissionais da saúde que lidam com o ser humano sadio ou doente e que necessitam estar atentos às especificidades e às características de cada etapa do ciclo vital, para, dessa forma, reconhecer e lidar com situações pessoais, familiares e sociais complexas. Da adequada identificação e compreensão dessas situações dependerá a adoção de ações preventivas e de tratamento bem-sucedidas.

Procuramos, assim, retratar nossa experiência, utilizar dados de pesquisas recentes e, sempre que possível, trazer informações sobre o que se observa na realidade brasileira, ilustrando as situações com exemplos clínicos ou referências a obras significativas do cinema e da literatura para o tema em estudo. Cada capítulo, abordando uma etapa, não pretende ser exaustivo nem completo, mas cobrir as principais áreas que necessitam de atenção neste período, sugerir questões para discussão e fornecer bibliografia complementar atual e relevante.

Embora tenhamos tido o cuidado editorial de buscar uma certa uniformidade na apresentação dos vários capítulos, respeitamos o estilo, a experiência e a abordagem de cada autor ou grupo de autores. Afinal, essa diversidade também reflete as discontinuidades, as especificidades e as cambiantes ênfases com que cada pessoa vive e experimenta as etapas de seu ciclo vital.

Esperamos contribuir para a melhor compreensão do ciclo vital, no seu conjunto e em suas várias etapas e, com isso, auxiliar os estudantes e os profissionais da área da saúde e das ciências humanas a aproximarem-se da pessoa com quem convivem, trabalham ou de quem cuidam com a atitude receptiva de quem já sabe algo, mas que está de olhos, ouvidos e mente abertos para aprender mais, nesta fascinante experiência que o poeta Carlos Drummond de Andrade descreveu como a difícil, dancerosíssima viagem de si a si mesmo, para poder experimentar a indizível alegria de con-viver.

Cláudio Laks Eizirik

Flávio Kapczinski

Ana Margareth Siqueira Bassols

Sumário

	Apresentação	ix
	<i>Rogério Wolf de Aguiar</i>	
	Prefácio	xi
	<i>Cláudio Laks Eizirik</i> <i>Flávio Kapczinski</i> <i>Ana Margareth Siqueira Bassols</i>	
1	Noções Básicas sobre o Funcionamento Psíquico	15
	<i>Cláudio Laks Eizirik</i> <i>Flávio Kapczinski</i> <i>Ana Margareth Siqueira Bassols</i>	
2	Gestação, Parto e Puerpério	29
	<i>Aida Zimmermann</i> <i>Heloisa Zimmermann</i> <i>Jacques Zimmermann</i> <i>Fernando Tatsch</i> <i>Cristina Santos</i>	
3	O Bebê e os Pais	41
	<i>Maria Lucrecia Scherer Zavaschi</i> <i>Flavia Costa</i> <i>Carla Brunstein</i>	

4	O Ciclo Vital da Família	59
	<i>Olga Garcia Falceto</i> <i>José Ovídio Copstein Waldemar</i>	
5	A Criança de 0 a 3 Anos	73
	<i>Gisele Gus Manfro</i> <i>Sandra Maltz</i> <i>Luciano Isolan</i>	
6	A Criança Pré-Escolar	91
	<i>Ana Margareth Siqueira Bassols</i> <i>Ana Lúcia Dieder</i> <i>Michele Dorneles Valenti</i>	
7	A Idade Escolar: Latência (6 a 12 anos)	105
	<i>Maria Helena Mariante Ferreira</i> <i>Marlene Silveira Araújo</i>	
8	A Puberdade	117
	<i>Lúcia Helena Freitas Ceitlin</i> <i>Akemi Scarlet Shiba</i> <i>Michele Dorneles Valenti</i> <i>Patricia Sanchez</i>	
9	O Adolescente	127
	<i>Ruggero Levy</i>	
10	Adultos Jovens, seus <i>Scripts</i> e Cenários	141
	<i>Cláudio Maria da Silva Osório</i>	
11	Idade Adulta: Meia-Idade	159
	<i>Regina Margis</i> <i>Aristides Volpato Cordioli</i>	
12	A Velhice	169
	<i>Cláudio Laks Eizirik</i> <i>Rafael Henriques Candiago</i> <i>Daniela Zippin Knijnik</i>	
13	A Morte: Última Etapa do Ciclo Vital	191
	<i>Cláudio Laks Eizirik</i> <i>Guilherme Vanoni Polanczyk</i> <i>Mariana Eizirik</i>	

Noções Básicas sobre o Funcionamento Psíquico

*Cláudio Laks Eizirik, Flávio Kapezinski,
Ana Margareth Siqueira Bassols*

O funcionamento psíquico baseia-se numa complexa interação de elementos biológicos, psicológicos e sociais. Quando se avaliam o estado psicológico e o comportamento de uma pessoa, dois fenômenos devem ser considerados. O primeiro é que os tipos de comportamento ou estado emocional, caracterizados como normais, ou anormais, variam enormemente com a idade: o que se considera normal num estágio do desenvolvimento pode ser considerado decisivamente como anormal em outro. O segundo fenômeno é que o desenvolvimento psicológico não prossegue uniformemente. Ocorre em estágios descontínuos, separados por períodos de mudanças bruscas ou de transição de um estágio para outro.

A identificação e a descrição dos estágios do desenvolvimento são importantes para todos os profissionais da área da saúde e para os estudantes dessas disciplinas. O conhecimento profundo desses estágios possibilita uma melhor percepção a respeito da estrutura dos padrões normais e dos conflitos psíquicos esperados, assim como dos limites entre saúde e transtornos emocionais. Desse modo, é importante conhecer que certas crises do desenvolvimento, acompanhadas por ansiedade, incerteza e estresse, estão dentro de uma expectativa normal e não são, necessariamente, sinais de séria instabilidade ou doença mental.

Ao longo dos capítulos que descreverão as etapas do desenvolvimento humano, vários conceitos básicos serão utilizados. O objetivo deste capítulo é descrever tais conceitos de forma sintética e fornecer uma visão geral do funcionamento psíquico ao longo do ciclo vital. Por sua própria natureza introdutória, o que segue é uma formulação necessariamente resumida, que deve ser complementada pela lei-

tura dos trabalhos dos autores aqui citados, para fazer justiça à complexidade e à criatividade de suas contribuições.

NORMALIDADE

O conceito de normalidade é ambíguo, tem uma multiplicidade de significados e usos e pode ser definido como um juízo de valor. Também depende das normas culturais, dos valores e da época dentro do contexto social. As quatro principais perspectivas pelas quais pode ser compreendido são:

- a) Normalidade como saúde, em que um comportamento é considerado normal quando não há nenhuma psicopatologia presente.
- b) Normalidade como utopia, em que ocorre um equilíbrio harmônico de diversos elementos do aparelho mental que culmina com um ótimo funcionamento.
- c) Normalidade como média, isto é, baseada no princípio matemático da curva de Gauss, sendo considerada a média como normal e as extremidades da curva como desviantes.
- d) Normalidade como um sistema de transações, resultante de sistemas que interagem ao longo do tempo, englobando variáveis de origem biológica, psicológica e social.

A integração dessas perspectivas e o uso de uma ou outra vai favorecer a compreensão da pessoa como um todo, seja num corte transversal ou longitudinal de seu desenvolvimento. É importante que não se utilize o conceito de normalidade como juízo de valor, o que só colaboraria para uma simplificação e um conseqüente empobrecimento da compreensão do desenvolvimento humano.

O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO

Durante os nove meses da gestação, o cérebro do embrião humano adquire neurônios ao ritmo de 250.000 por minuto. Inicialmente, esses neurônios desenvolvem-se de uma maneira que parece caótica e então migram para destinações predeterminadas. Os principais circuitos neuronais são basicamente os mesmos em todos os mamíferos. O desenvolvimento do organismo tem origem em um único ovo fertilizado e culmina no indivíduo adulto. Nesse processo, a arquitetura dos circuitos neuronais é determinada pelos genes e por suas interações com o ambiente celular.

Entre o 40º e 50º dias de gestação, o cérebro humano assemelha-se ao cérebro de um peixe. Por volta do 100º dia, passa a assumir todas as características do cérebro de um mamífero. A partir do quinto mês de gestação, o cérebro humano

adquire as características típicas de um primata. A partir desse ponto, a grande elaboração do prosencéfalo, do córtex cerebral e do cerebelo caracteriza exclusivamente o gênero humano. O fato de que os estágios iniciais do desenvolvimento do cérebro e do embrião humano como um todo guardam alguma semelhança com o curso da evolução de formas mais simples até as mais sofisticadas de vida levou à antiga noção de que a ontogênese reproduz a filogênese.

Há três teorias que procuram explicar o modo pelo qual as mesmas vias e padrões específicos de conexões neuronais são reproduzidos em cada cérebro humano: 1) teoria do crescimento trófico; 2) teoria da competição das células; 3) teoria do movimento dirigido pelas fibras.

1. **Teoria do crescimento trófico:** postula que terminais nervosos em crescimento juntam-se a neurônios ou células específicos, porque gradientes químicos de certas substâncias estimulariam o crescimento do axônio numa dada direção e no sentido de um determinado grupo de células-alvo. A pesquisadora Rita Levi-Montalcini foi agraciada com o prêmio Nobel por ter identificado, em 1951, o primeiro membro de uma família de substâncias denominadas fatores de crescimento. Nas suas pesquisas, Montalcini (*apud* Kapczinski, 2000) verificou que a injeção de fatores de crescimento em ratos promove o crescimento de axônios simpáticos em direção ao local da injeção. Dessa forma, o desenvolvimento neuronal seria mediado por gradientes de fatores de crescimento neuronal.
2. **Teoria da competição das células:** propõe que, no curso do desenvolvimento do embrião, certas conexões axonais acabam por se desenvolver à custa de outras, que se retraem e desaparecem. Certos núcleos do sistema auditivo, por exemplo, contêm muito mais neurônios antes do que depois do nascimento. Desse modo, são formados mais neurônios e sinapses do que seria necessário, os axônios competem, e o número de sinapses e neurônios acaba sendo reduzido. Dentro dessa perspectiva, esse seria o processo que levaria à modelagem fina da organização anatômica do cérebro do embrião, chegando posteriormente à organização precisa e detalhada das conexões sinápticas do cérebro adulto.
3. **Teoria do movimento dirigido pelas fibras:** segundo esse modelo, cada neurônio em desenvolvimento emitiria prolongamentos que, ao alcançarem obstáculos (superfície cerebral, por exemplo), já não podem crescer mais. O corpo celular passaria a migrar ao longo de seu prolongamento até chegar ao obstáculo. Um exemplo desse processo são as células de Purkinje, no cerebelo, cujo corpo celular se encontra no córtex cerebelar e cujos axônios se projetam para núcleos profundos bem abaixo do córtex.

É provável que esses três modelos sejam válidos em diferentes situações do desenvolvimento, em diversos grupos neuronais.

O NEURÔNIO

O neurônio é a unidade funcional do cérebro. Ele recebe informações em seus dendritos e corpo celular e as envia para outros neurônios e células ao longo de seu axônio. O axônio típico divide-se em várias fibras menores que acabam em terminais, cada qual formando uma sinapse em outra célula. A sinapse representa a conexão funcional entre o terminal axonal e o neurônio seguinte, sendo o ponto onde a informação é transmitida de um neurônio ao outro. A fenda sináptica é o pequeno espaço que separa o terminal axonal, o corpo celular ou o dendrito de uma outra célula, com a qual ele faz contato sináptico.

A transmissão sináptica depende de agentes neuroativos classificados em três grupos: neurotransmissores, neuromoduladores e neuro-hormônios. Para que seja classificada como neurotransmissor, uma dada substância deve ser sintetizada e liberada pelo neurônio pré-sináptico. Os neuromoduladores não apresentam atividade sináptica intrínseca e atingem o nível pré ou pós-sináptico somente quando há transmissão sináptica em curso. A modulação geralmente ocorre por meio de segundos mensageiros envolvidos na transmissão. Os neuro-hormônios podem ser liberados por neurônios e por células não-neuronais. Sua principal característica é de que trafegam na circulação para exercerem sua ação em um ponto distante de onde foram liberados. O número de substâncias identificadas como neurotransmissores, neuromoduladores ou neuro-hormônios é próximo de cem. Esses agentes atuam em receptores de vários tipos, por meio dos quais podem produzir efeitos diferentes. Assim como é provável que nem todos os neurotransmissores sejam conhecidos, tampouco pode-se considerar que o mapeamento dos receptores tenha sido completado.

Um neurônio pode receber milhares de conexões sinápticas de outros neurônios, uma vez que o cérebro humano apresenta, aproximadamente, 10^{11} neurônios. Esses neurônios realizam aproximadamente 10^{14} (ou vários trilhões) de sinapses. O número possível de combinações de conexões sinápticas entre neurônios em um único cérebro humano é maior do que o número estimado de partículas atômicas que compõem o universo conhecido. As vias e os sistemas de conexões sinápticas que se desenvolvem no cérebro estão sob controle genético e são formados antes do nascimento. Contudo, hoje se admite que muitas conexões sinápticas são formadas e modificadas ao longo da vida. Essas conexões podem ser alteradas e moldadas pela experiência e podem constituir uma das bases para a formação de determinados tipos de memória.

Calcula-se que o número total de genes do DNA humano chegue a 100.000. Desses, talvez 50.000 sejam funcionais exclusivamente no cérebro, o que sugere a enorme complexidade do controle genético sobre o cérebro e seu desenvolvimento. Contudo, a hipótese de que os genes determinam exatamente as diversas conexões entre os neurônios pode ser descartada por simples aritmética. O número de sinapses do cérebro humano – na ordem de trilhões – ultrapassa em muito o número de conexões que poderiam estar especificadas em detalhe pelos genes. Dessa forma, não só os fatores do desenvolvimento mas também a experiência do indivíduo –

desde antes do nascimento até a morte – dão forma e reorganizam continuamente a estrutura e a função de cada cérebro individual. Embora a arquitetura geral seja a mesma no gênero humano, os detalhes da organização cerebral diferem amplamente de uma pessoa para outra devido tanto a fatores genéticos e do desenvolvimento, quanto às experiências individuais de cada pessoa ao longo da vida. A interação destes fatores – quais sejam, herança genética, fatores ligados ao desenvolvimento e experiências ao longo da vida – determina o que tem sido descrito como equação etiológica das disfunções psíquicas.

As pesquisas recentes têm contribuído para esclarecer a correlação entre experiências estressantes e o surgimento de quadros psíquicos disfuncionais. O termo estresse surgiu para designar as forças envolvidas em uma situação de ameaça à homeostase. O organismo reage ao estresse ativando um complexo repertório de respostas comportamentais e fisiológicas, conhecidas como reações de “luta-fuga”, já descritas no início do século XX por Walter Cannon (*apud* Kapczinski, 2000). Genericamente, o estresse é referido como qualquer mudança física ou psicológica que rompe o equilíbrio do organismo, ou seja, altera a homeostase. Essa alteração é freqüentemente apontada como um fator para o surgimento ou manutenção de quadros psiquiátricos, como depressão, transtornos de ansiedade e esquizofrenia.

A resposta clássica ao estresse caracteriza-se por mudanças físicas e comportamentais, envolvendo o sistema nervoso simpático e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). A ativação do HHA causa a liberação de catecolaminas nas terminações nervosas e pela medula da adrenal, além da secreção de adrenocorticotrofina pela adeno-hipófise, estimulando a secreção de cortisol no córtex da adrenal. Os níveis elevados de cortisol podem favorecer a atrofia de dendritos da zona CA-3 do hipocampo. Mesmo sem ser diretamente tóxico, o cortisol em níveis elevados pode favorecer a suscetibilidade de neurônios à morte, tornando-os menos resistentes a adversidades como hipoglicemia, hipoxia e níveis elevados de aminoácidos excitatórios. De fato, indivíduos submetidos a situações de estresse muito intensas apresentam diminuição de estruturas hipocampais. Da mesma forma, crianças que sofrem traumas importantes, como abuso sexual, apresentam níveis elevados de cortisol, mesmo na idade adulta. Essas crianças estão mais propensas a desenvolverem problemas psiquiátricos, como depressão, quando adultas.

É provável que essa maior vulnerabilidade seja mediada pela disfunção do HHA. Dessa forma, fatores biológicos podem predispor e perpetuar quadros psiquiátricos. Esses fatores biológicos podem originar-se da herança genética ou de fatores ambientais como o estresse.

NOÇÕES PSICANALÍTICAS BÁSICAS

A mais completa e sofisticada formulação dos aspectos psicológicos do funcionamento mental é fornecida pela psicanálise, disciplina estabelecida por Sigmund Freud (1856-1939) e desenvolvida por uma série de pesquisadores da mente, dentre os quais se destacam as contribuições de Anna Freud, Melanie Klein, Karl Abraham,

Sandor Ferenczi, W. R. Bion, D. Winnicott, J. Lacan, Margareth Mahler, Erik Erikson e, na atualidade, Otto Kernberg, André Green, Jean Laplanche, Hanna Segal, Janine Chasseguet Smirgel, Betty Joseph. A contribuição latino-americana para o desenvolvimento da psicanálise baseia-se principalmente nas contribuições de Angel Garmá, Heinrich Racker, Willy e Madeleine Baranger, Arminda Aberastury, Leon Grinberg e David Liberman.

A palavra *psicanálise* designa uma teoria do funcionamento mental, um método de investigação dos processos mentais inconscientes e um método de tratamento para transtornos emocionais.

Como teoria do funcionamento mental, a psicanálise baseia-se em dois postulados fundamentais: o *determinismo psíquico* ou *princípio da causalidade* e a existência do *inconsciente*. O primeiro sustenta que todos os acontecimentos da vida mental são determinados, produzidos ou, ao menos, influenciados por eventos anteriores do desenvolvimento, tanto os que ocorreram imediatamente antes quanto os que foram vividos no início do desenvolvimento. Além dos dados clínicos que permitem comprovar o princípio da causalidade, há crescentes evidências de pesquisas recentes que sustentam estarem as doenças mentais da idade adulta relacionadas com situações traumáticas da infância. Ao longo deste livro se verá que o autor que estabeleceu de forma mais abrangente a seqüência de fases e suas tarefas evolutivas específicas foi Erikson, seguindo as formulações iniciais de Freud e ampliando-as.

O segundo postulado estabelece que nossa vida mental é predominantemente inconsciente, ou seja, o estado mental consciente corresponde ao que Freud sugeriu ser apenas a ponta de um *iceberg*, de reduzidas proporções face à imensa massa submersa. Não temos acesso direto ao inconsciente, mas apenas aos seus derivados, como os sonhos, os atos falhos, os sintomas e as várias manifestações emocionais e comportamentais que se expressam na transferência, conceito que caracterizaremos adiante.

Ao longo do desenvolvimento teórico da psicanálise, foram propostos vários modelos para tentar descrever o desenvolvimento da personalidade e o funcionamento mental. Os mais relevantes para a perspectiva de desenvolvimento adotada neste livro serão agora resumidamente descritos. As contribuições de outros autores serão descritas ao longo dos capítulos seguintes.

FREUD

Freud, em 1905, propôs a primeira teoria psicanalítica do desenvolvimento, apresentando estágios seqüenciais do desenvolvimento sexual, em que postula não apenas uma teoria sobre o desenvolvimento sexual infantil, mas também uma teoria de interação entre constituição (seqüências maturacionais inatas) e experiência. As principais etapas do desenvolvimento infantil estudadas por Freud foram a fase oral, a anal e a fálica, em que ocorre o que considerava o principal evento organizador

do funcionamento mental e cujas formas possíveis de resolução determinariam um maior ou menor grau de saúde ou doença mental: o complexo de Édipo.

Freud descreveu dois modelos principais de organização da mente. O primeiro, conhecido como primeira tópica ou teoria topográfica, divide a mente em consciente, pré-consciente e inconsciente. O consciente é formado pelas idéias e sentimentos que estão em nossa mente a cada dado momento. O pré-consciente inclui conteúdos mentais que podem ser facilmente trazidos à consciência pelo simples aumento da atenção ou esforço de memória. Já o inconsciente apresenta conteúdos mentais censurados por serem inaceitáveis, sendo reprimidos e não podendo emergir tão facilmente à consciência. As evidências clínicas que Freud utilizou para comprovar a existência do inconsciente foram os sonhos e as parapraxias, lapsos ou atos falhos.

A segunda tópica, ou modelo estrutural (1923), passa a considerar a existência de três instâncias ou estruturas psíquicas na mente: ego, id e superego. Nesse modelo, o *ego* era entendido como separado das demandas pulsionais, possuindo aspectos conscientes e inconscientes. O aspecto consciente era o órgão executivo da mente, responsável pela tomada de decisões e pela integração perceptiva. O aspecto inconsciente continha os mecanismos de defesa, como a repressão, necessários para defender o ego das pulsões poderosas da sexualidade (libido) e da agressividade, oriundas do id. O id é uma instância psíquica totalmente inconsciente que inclui as pulsões – de vida e de morte ou amorosas e agressivas –, tendo como objetivo descarregar a tensão provocada pela operação dessas forças. É controlado pelos aspectos inconscientes do ego e pelo superego, que incorpora a consciência moral e o ideal de ego. O *superego* é formado a partir das identificações inconscientes com as figuras dos pais e de outras pessoas significativas, ou seja, é o herdeiro do complexo de Édipo.

Um conceito central daí decorrente é o de conflito psíquico, resultante essencialmente da luta entre poderosas forças inconscientes que buscam expressão e forças opostas que impedem seu surgimento. Ocorre, então, principalmente entre o *id* e o *ego*, embora também possa envolver outras estruturas e a realidade externa. O conflito produz uma ansiedade de alarme ou ansiedade-sinal, inconsciente, que põe em ação os mecanismos de defesa. Assim, o conflito produz ansiedade, que resulta em defesa, levando a um compromisso entre o *id* e o *ego*. A partir do conflito, surge o sintoma, constituindo uma formação de compromisso que, ao mesmo tempo, defende contra o surgimento do desejo proveniente do *id* e o gratifica de uma forma simbólica.

Os mecanismos de defesa contra a ansiedade são de grande importância para a compreensão do funcionamento psíquico normal e patológico. Os principais mecanismos de defesa e sua caracterização serão descritos adiante.

MELANIE KLEIN

Em contraste com a teoria freudiana, porém complementando-a, Melanie Klein e colaboradores (*apud* Segal, 1975) descreveram um modelo que privilegia as relações de objeto primitivas e duas posições evolutivas – esquizoparanóide e depres-

siva -, bem como postula que o conflito psíquico ocorre desde o início do desenvolvimento, considerando que o sadismo atua como um fator determinante no conflito mental. A posição esquizoparanóide ocorre nos primeiros meses e é caracterizada por intensa ansiedade persecutória, provocada pela sensação de que a mãe ou partes dela estão cindidas por ação da agressividade inconsciente do bebê e podem tornar-se perseguidores, percebidos como vindo de dentro de si ou de fora. Na posição depressiva, o bebê percebe a mãe como mais integrada, reconhece-a como um objeto total (em contraste com os objetos parciais, ou partes dela, da fase anterior) e é capaz de relacionar-se com mais tranqüilidade e menos temor persecutório.

Klein sugeriu que a presença de excessiva ansiedade na infância e predomínio de um superego primitivo e severo conduz a distúrbios no desenvolvimento do ego e a psicoses. Descreveu um novo mecanismo de defesa, a identificação projetiva, pelo qual partes do *self* ou eu de uma pessoa são projetadas na mente de outra, que passa a ser acionada a funcionar de acordo com essa projeção, assim identificando-se com a parte projetada e passando a comportar-se ou sentir conforme esse aspecto do outro colocado dentro de si. O reconhecimento e a descrição desse mecanismo foram possivelmente o fator que modificou a compreensão das relações analista-paciente e médico-paciente, como veremos a seguir.

BION

Seguindo a teorização kleiniana, Bion (*apud* Hinshelwood, 1989) descreveu com maior sofisticação a estrutura de mente, sugerindo que todo o desenvolvimento psíquico ocorre a partir das experiências emocionais vividas nos vínculos humanos. Esse desenvolvimento se iniciaria na primitiva relação mãe/bebê, em que a mãe "emprestaria" sua mente, sua capacidade de pensar, para compreender e transformar as emoções brutas do bebê em elementos psíquicos com significado. A mãe seria, então, continente para as emoções do bebê, estabelecendo uma primeira relação transformadora continente/contido. Com o passar do tempo, o bebê identifica-se com esta função continente e transformadora da mãe e, assim, adquire uma função essencial que o tornará capaz não só de conter suas próprias emoções, como também transformá-las em elementos psíquicos capazes de serem memorizados, sonhados, armazenados. Em suma, Bion concebe que assim se constrói a mente humana. A esses elementos frutos da transformação, Bion denomina elementos α , e a função transformadora é chamada por ele de função α .

Além disso, concebe que a mente oscila permanentemente entre dois estados básicos, Ps e D, ou seja, esquizoparanóide e depressivo, conforme descritos por Klein. Esta oscilação é que dá flexibilidade à mente e permite que novas experiências sejam assimiladas. Ou seja, conceitua que, quando somos expostos a uma nova experiência emocional, entramos numa certa desorganização psíquica (Ps) e que, se pudermos tolerá-la, a seguir chegaremos a um novo estado, mais organizado (D), tendo aprendido algo novo.

ERIKSON

Erik H. Erikson, um dos mais influentes psicanalistas americanos, ampliou a teoria psicanalítica do desenvolvimento para fora dos laços da família nuclear, focalizando seu interesse além das questões da importância das primeiras experiências do bebê e do romance familiar edípico para o mundo mais amplo, a sociedade, onde a criança interage com amigos, professores, dentro do contexto da cultura onde vive. Ele foi além de Freud ao descrever o desenvolvimento após a puberdade, contestando a noção de que a experiência infantil é o único determinante de padrões de personalidade ao longo da vida. Considera que a pessoa evolui durante toda a vida, interagindo constantemente com o meio ambiente. Sua teoria é voltada para o desenvolvimento do ego ao longo do ciclo vital, sendo o ego a ferramenta utilizada pelo indivíduo para organizar informações externas, testar percepções, selecionar memórias, realizar ações adaptativas e integrar capacidades de orientação e planejamento. Descreve oito estágios do desenvolvimento do ego, que abrangem desde o nascimento até a morte. Cada estágio apresenta aspectos positivos e negativos, é marcado por crises emocionais e é afetado pela cultura particular do indivíduo e pela sua interação com a sociedade da qual faz parte. Define como básico o princípio epigenético, no qual cada estágio psicossocial serve como base para o subsequente. O mais importante é que considera que a personalidade continua a ser moldada no decorrer dos oito estágios seguintes:

Estágio

- I. Sensório-Oral (Infância)
- II. Anal-Muscular
- III. Genital-Locomotor
- IV. Latência (Idade escolar)
- V. Puberdade e Adolescência
- VI. Adulto Jovem
- VII. Adulto
- VIII. Maturidade

Crise Psicossocial

- Confiança Básica X Desconfiança
 Autonomia X Vergonha, Dúvida
 Iniciativa X Culpa
 Atividade X Inferioridade
 Identidade X Confusão de Identidade
 Intimidade X Isolamento
 Generatividade X Estagnação
 Integridade de Ego X Desespero

PSICOLOGIA DO EGO

Hartmann (*apud* Kaplan e Sadock, 1999) e seus colegas da psicologia do ego descreveram um modelo em que há matrizes inatas desde o início do desenvolvimento, áreas livres de conflito e uma busca de adaptação face ao meio ambiente expectante. Dentro dessa tradição teórica, M. Mahler (*apud* Kaplan e Sadock, 1999) propôs uma seqüência de etapas que vai dos estados de simbiose para o de separação-individuação, a partir da observação empírica de crianças em desenvolvimento. Para ela, a criança evolui de um estado autístico para um simbiótico, período em que o bebê ainda está ligado psicologicamente à mãe como se fossem um só. O

processo inclui um número de subestágios ao longo dos quais a criança adquire capacidades que a auxiliam a desenvolver forças de ego necessárias para a adaptação. O objetivo final do processo é atingido em torno dos 36 meses de idade, quando a criança adquire a “constância objetal”, apresentando uma relativa independência da mãe, e pode manter uma imagem mental estável da mesma. Outro autor importante dessa escola é René Spitz (*apud* Káplan e Sadok, 1999), com seu conceito de “organizador”. Para ele, o primeiro organizador é a resposta do sorriso, em torno das primeiras seis semanas de vida, quando o bebê reage de forma consistente e repetida em resposta a uma face humana, o que sugere que essa face representa o primeiro objeto “não-eu” para o bebê, com a função de ligar eventos externos e internos. O organizador seguinte é a “resposta ao estranho”, que ocorre em torno dos sete meses de idade. A criança reage evitando, com apreensão, uma pessoa estranha ao seu ambiente, sinalizando o vínculo a alguém específico (mãe ou cuidador). O terceiro organizador de Spitz é o desenvolvimento do “não”, que sinaliza a presença de um ser separado, que pode recusar algo utilizando o não, mostrando-se um centro de desejos separado da mãe.

MECANISMOS DE DEFESA

O conhecimento dos principais mecanismos de defesa é de grande utilidade para a compreensão do funcionamento da mente, tanto dos processos mentais normais como dos patológicos. Seu estudo foi iniciado por Freud e seguido por sua filha Anna Freud, que ampliou e detalhou alguns mecanismos específicos como: repressão, formação reativa, anulação, introjeção, identificação, projeção e sublimação, entre outros.

O repertório de defesas utilizado por uma pessoa para lidar com a ansiedade em situações de estresse fornece uma contribuição decisiva para a formação de sua personalidade.

Os mecanismos de defesa podem ser classificados de várias maneiras, tal como levando em consideração a fase libidinal em que surgem, de acordo com uma forma particular de psicopatologia, como simples ou complexos, etc.

Consideramos aqui a classificação em defesas narcísicas, imaturas, neuróticas e maduras, seguindo a sistematização e a descrição propostas por Gabbard (1999) e adaptando-a aos propósitos deste capítulo. Note-se que o mesmo mecanismo pode ser utilizado em níveis diferentes de funcionamento mental, o que explica estarem citados em mais de uma categoria classificatória.

I. Defesas Narcísicas:

- **Negação:** evitar a percepção de algum aspecto doloroso da realidade, negando dados sensoriais Afeta mais a percepção da realidade externa do que da realidade interna. Não é necessariamente psicótica, podendo estar a serviço de objetivos adaptativos ou neuróticos.

- **Projeção:** perceber e reagir a estímulos internos inaceitáveis e seus derivados como se estivessem fora do *self* (eu). Pode levar a delírios francos sobre a realidade externa, usualmente de cunho persecutório; inclui tanto a percepção de seus próprios sentimentos em outros como agir em função dessa percepção.
- **Distorção:** reformular grosseiramente a realidade externa no sentido de enquadrá-la aos desejos internos, podendo incluir crença irreal megalomaniaca, alucinações e delírios, utilizando sentimentos delirantes de superioridade ou autoridade.

II. Defesas Imaturas

- **Atuação (*acting-out*):** expressão direta de um desejo ou pulsão inconsciente para evitar a consciência do afeto associado a eles. A fantasia inconsciente é vivida de modo impulsivo, gratificando mais o impulso do que a sua proibição. Inclui agir para evitar a tensão que resultaria se o impulso fosse postergado.
- **Bloqueio:** inibição usualmente temporária dos afetos, pensamentos ou impulsos.
- **Hipocondria:** transformação da censura alheia em autocensura e queixas de dor e enfermidade somática, como consequência de privação, solidão ou pulsões agressivas inaceitáveis.
- **Introjeção:** internalização das características de um objeto amado, visando a aproximar-se deste e manter sua presença. A introjeção de um objeto temido, pela internalização das suas características agressivas, leva a um controle da agressão.
- **Comportamento passivo-agressivo:** agressão para com o objeto, manifestada de forma indireta e ineficaz por meio de passividade, masoquismo e voltando-se contra si mesmo.
- **Projeção:** atribuição aos outros dos próprios sentimentos inaceitáveis. Inclui preconceitos, rejeição, suspeita, excessiva cautela contra perigos externos, etc.
- **Regressão:** retorno a um estágio anterior do desenvolvimento devido à dificuldade de enfrentar as ansiedades e desafios atuais. Inclui um retorno a pontos de fixação primitivos e incorporação de comportamentos já abandonados.
- **Somatização:** conversão defensiva de derivados psíquicos em sintomas corporais.

III. Defesas Neuróticas

- **Controle:** tentativa exagerada de manejar ou regular os acontecimentos ou o ambiente externo com o objetivo de minimizar a ansiedade e resolver conflitos internos.

- **Deslocamento:** sentimentos vinculados a um objeto são redirecionados a outro (p. ex., fobias).
- **Dissociação:** modificação do caráter de uma pessoa ou de seu sentimento de identidade a fim de evitar angústia. Separa ativamente sentimentos, representações do *self* ou do objeto contraditórias como bem-mal, prazer-desprazer, etc.
- **Intelectualização:** controle dos afetos e dos impulsos pensando sobre eles, mas não os experimentando.
- **Isolamento:** divisão intrapsíquica ou separação entre o afeto e seu conteúdo, levando à repressão da idéia ou afeto ou ao deslocamento do afeto para um conteúdo diferente ou substituto.
- **Racionalização:** aplicação de justificativas incorretas ou uso de sofismas convincentes para explicar atitudes, crenças ou comportamentos inaceitáveis de outra forma.
- **Formação reativa:** expressão de sentimentos inaceitáveis de uma forma antitética ou oposta.
- **Repressão ou recalque:** expulsão de uma idéia ou sentimento da percepção consciente para o inconsciente.

IV. Defesas Maduras :

- **Altruísmo:** satisfação vicária construtiva e gratificante das pulsões por serviços prestados aos outros.
- **Ascetismo:** gratificação derivada da renúncia do prazer atribuída a uma experiência em favor de valores morais.
- **Humor:** capacidade de fazer graça de si mesmo sem incômodo pessoal e sem causar desprazer nos demais. Permite que se tolere o que parece ser terrível de ser suportado.
- **Sublimação:** gratificação de uma pulsão cuja finalidade é preservada, mas cujo alvo ou objeto é convertido de socialmente objetável em socialmente valorizado. Permite que as pulsões sejam canalizadas em vez de reprimidas ou desviadas.
- **Supressão:** decisão consciente ou semiconsciente de adiar a atenção para um impulso ou conflito consciente.

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Os vários modelos psicanalíticos da mente e do funcionamento psíquico têm como decorrência prática a concepção de uma relação terapêutica que se baseia num interjogo inconsciente entre terapeuta e paciente e médico e paciente. Dois conceitos básicos nesse sentido são os de transferência e de contratransferência. A transferência é a reedição de sentimentos, idéias, fantasias ou experiências infantis na relação atual com o terapeuta. Assim, as experiências infantis com os pais ou outras figuras significativas são revividas na relação terapêutica atual, em que o terapeuta pode

ser visto como uma figura idealizada ou persecutória, alternada ou sucessivamente. A compreensão dos fenômenos transferenciais é central para se entender a atitude e as expectativas do paciente em relação ao médico e à equipe de saúde.

Em resposta à transferência, o terapeuta reage com idéias, sentimentos e fantasias inconscientes que constituem a contratransferência. Considerada inicialmente como um obstáculo para o tratamento analítico e para a compreensão da relação médico-paciente, a maioria das escolas contemporâneas aceitam-na como essencial, pois possibilita entender o que está se passando na relação bipessoal, assim como o nível de desenvolvimento emocional apresentado pelo paciente tanto naquele momento como ao longo de sua evolução.

Assim, na medida em que se espera que um estudante das áreas da saúde aprenda a relacionar-se com as pessoas que observa, espera-se também que esteja, dessa forma, preparando-se para estabelecer relações adequadas e éticas com seus pacientes, respeitando, reconhecendo e identificando tanto as suas reações emocionais como as de seu paciente, em qualquer fase do ciclo vital, pois isso terá decisiva importância para o diagnóstico e o tratamento das várias situações encontradas na sua atividade clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ERIKSON, E.H. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- FENICHEL, O. (1945) *Teoria psicoanalítica de las neuroses*. Buenos Aires: Paidós, 1946.
- FREUD, A. (1946) *O ego e os mecanismos de defesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.
- FREUD, S. (1915) O inconsciente. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v.14.
- _____. (1923) O ego e o id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.19.
- HINSHELWOOD, R.D. *A dictionary of Kleinian thought*. London: Free Association Books, 1989.
- GABBARD, G. Psicanálise. In: KAPLAN & SADOCK. *Tratado de psiquiatria*. 6.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.
- KAPCZINSKI, F. et al. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
- KAPLAN, H.J.; SADOCK, B. J. *Tratado de psiquiatria*. 6.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.
- SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- TYSON, P. *Teorias psicanalíticas do desenvolvimento: uma integração*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1993.
- ZIMMERMAN, D.E. *Fundamentos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.

Gestação, Parto e Puerpério

*Aida Zimmermann, Heloisa Zimmermann,
Jacques Zimmermann, Fernando Tatsch, Cristina Santos*

É muito importante o conhecimento dos aspectos emocionais relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério, uma vez que essas fases são cruciais para a saúde do bebê e para o desenvolvimento das relações familiares. Nesse contexto, a equipe de saúde pode realizar um bom atendimento orientando adequadamente a gestante e seu companheiro. Neste capítulo, serão abordados a gravidez, o parto e o puerpério, salientando-se os aspectos emocionais sadios mais relevantes.

A GESTAÇÃO

Há um consenso de que a gestação protege a mulher das doenças mentais, exceto na adolescência, quando pode aumentar o risco de várias atuações, inclusive o risco de suicídio, pelas dificuldades em lidar com as exigências conseqüentes. Entretanto, esse quadro melhorou muito depois do advento da contracepção e dos suportes sociais disponíveis.

A gravidez é um evento único, no qual alterações metabólicas e hormonais causam mudanças estruturais que influenciam o comportamento. Qualquer pessoa identifica uma gestante pela barriga desproporcionalmente grande; porém, um observador um pouco mais atento também verificará uma forma diferente de pensar e agir.

O instinto de ser mãe está presente em todas as fases da vida da mulher, contribuindo no seu modo de ser, pensar e agir, fazendo parte da psicologia feminina. É difícil determinar até que ponto esse modo é inato e até onde é estimulado social-

mente. Ao brincar com bonecas, as crianças demonstram a precocidade com que ele se manifesta, sendo notável a espontaneidade com que elas, já aos dois ou três anos, abraçam, repletas de afeto, seus filhos imaginários.

A mulher que teve um desenvolvimento infantil e uma adolescência saudáveis, guardando lembranças afetivas dos pais como modelos, provavelmente formará uma família bem-estruturada e poderá contar com o apoio e o amor do companheiro. Assim, as dificuldades desse evento vital serão minimizadas. Entretanto, não se pode afirmar que gestantes saudáveis sejam apenas as oriundas de famílias bem-estruturadas, pois esse não é o único fator responsável por um desenvolvimento adequado. Gestantes vindas de famílias funcionais podem vivenciar experiências desagradáveis durante a gestação, sendo o inverso também verdadeiro.

No início da gestação surge o sentimento de ter-se tornado finalmente "mulher". A gestante está inebriada com a percepção de algo semelhante a poder, capacidade, realização; já não é mais uma menina mas uma mulher. Assim, no primeiro trimestre, apesar de todos os temores, sente-se plena e orgulhosa. A gravidez representa, para a maioria das mulheres, uma questão fundamental, que dá significado e equilíbrio a suas vidas. A maternidade e a fertilidade são muito valorizadas em nossa cultura, de forma que, muitas vezes, a importância da pessoa fica ligada à sua capacidade de procriar.

Muitas mulheres nunca se sentem sexualmente satisfeitas enquanto usam métodos anticoncepcionais. A fertilidade eleva sua auto-estima e aumenta o respeito e a atenção que recebem do companheiro, da família e da sociedade. A grávida sente-se "com o rei na barriga". O bebê pode vir a ser o Messias, o presidente da república, um ídolo, etc.

Espera-se das mães um relacionamento próximo e afetivo com seus recém-nascidos, o que ocorre em mulheres psicologicamente saudáveis, que atravessaram a gestação superando adequadamente as ansiedades e as fantasias. Torna-se necessária, então, uma revisão sobre os eventos ansiogênicos, os mecanismos por meio dos quais as fantasias são elaboradas e a sua relevância no relacionamento materno-infantil. As principais elaborações psíquicas giram em torno de:

1. representações da gestante como mulher e mãe;
2. fantasias a respeito do filho e da sua identidade futura;
3. antecipações de dificuldades profissionais e no relacionamento com o marido;
4. medo da própria morte e/ou do bebê no parto, bem como de malformações.

Durante a gestação, podem-se identificar períodos em que prevalecem determinados sentimentos. Fica clara a associação entre a percepção da gravidez e o início de um período atribulado, no qual temores, ansiedades e alegrias estarão constantemente presentes e refletidos na conduta da gestante.

A confirmação da gravidez sempre desperta ansiedade, mesmo em gestações planejadas. Para compreender melhor esse sentimento, é necessário ter-se em men-

te a importância do relacionamento precoce entre pais e filhos e a infância da futura gestante.

As elaborações psíquicas não são necessariamente entendidas de modo racional. Pelo contrário, são percebidas apenas como um desconforto, um certo nervosismo. Os temores presentes durante toda a gestação mobilizam defesas importantes, como negações, somatizações e reações maníacas. É necessário enfatizar que as manifestações psicossomáticas costumam ser reduzidas se a gestante for devidamente esclarecida a respeito dos eventos aos quais está sujeita em decorrência da gravidez, de modo que um apoio psicológico e afetivo pode trazer ganhos significativos.

A gestação é marcada pela ambivalência dos futuros pais, que tendem a sentir-se vigorosos por serem férteis, mas angustiados pelas perspectivas de profundas alterações em suas vidas, já que a gravidez é o prenúncio de uma nova fase da vida de ambos. As fantasias de prazeres idílicos desencadeados pela maternidade e paternidade são contrabalançadas pela realidade das dificuldades surgidas pela chegada de um bebê, centradas nas restrições da independência dos futuros pais. Considera-se uma importante tarefa do profissional da saúde fazer com que eles percebam que tal ambivalência é natural para que a ansiedade e os sentimentos de culpa desnecessários não aumentem ainda mais.

Assim como se verificam alterações na gestante, seu companheiro também as apresenta, principalmente as psicológicas, originadas em fantasias. Para que se possa compreender tais fantasias, é necessário retornar às etapas mais precoces do desenvolvimento do homem, período em que ele se identificava e competia com seu pai no objetivo de ganhar o amor e o carinho da mãe. Esse sentimento de triunfo, associado à perda da forma física da companheira e aos temores de lesão ao feto, leva-o a afastar-se sexualmente da mulher, sendo que alguns homens, nesse momento, procuram relacionamentos extraconjugais. Espera-se que o homem consiga entender e diferenciar as relações edípicas do relacionamento matrimonial e que possa manter-se próximo e afetivo durante toda a gestação. No entanto, muitas vezes isso não ocorre, e o marido apresenta desde uma discreta diminuição do interesse sexual até uma completa indiferença em relação à gestante. Somando-se aos problemas do relacionamento recém-descritos, existe quase sempre um distanciamento amoroso da gestante em relação a seu companheiro, pois seu afeto está direcionado ao bebê e não mais apenas ao marido. O resultado é uma sensação de frustração e abandono experimentada pelo homem, que deverá aprender a tolerá-la. Nesses casos também são comuns as manifestações psicossomáticas, representadas por gripes, crises de asma, úlcera, etc.

A mãe sempre teve uma unidade natural com o bebê, mas o pai, nos tempos atuais, está cada vez mais envolvido com o desenvolvimento do seu filho. Os médicos incentivam e valorizam muito que o pai acompanhe o pré-natal, preparando-o para participar do parto. O futuro pai fantasia e vivencia as experiências que sua companheira está passando, observa a sua barriga aumentando, encanta-se com os primeiros sinais de vida do seu filho, sonha com o que fará com a "sua"

criança. Contudo, a gravidez e o posterior nascimento de um primeiro filho provocam mudanças fundamentais no relacionamento do casal, gerando profundas redefinições nos papéis familiares. Muitos casais não estão maduros para as modificações necessárias ao cuidado de um filho e precisam de assistência.

A gestante que já tem filhos pode verificar a animosidade dos mesmos, pois, com frequência, eles percebem a gravidez antes da mãe e sentem seu espaço ameaçado. O manejo dessa situação nem sempre é simples e sugere-se que, logo que possível, a gravidez seja comunicada para os outros filhos, a fim de que eles a compreendam. Ainda assim, podem ocorrer manifestações de intolerância e um comportamento regressivo, expresso por agressões à barriga da mãe ou por atitudes infantis para a idade. Além disso, cabe enfatizar a importância de deixar que eles saibam aquilo que é óbvio: o futuro irmão está na barriga da mãe e não no bico de uma cegonha.

Em geral, entre a 16^a e a 20^a semanas de gestação, são notados os primeiros movimentos fetais. Esses causam sobressalto e sentimentos de prazer e temor por algo estranho e insólito. Os movimentos fetais causam temores por representarem a dissociação entre mãe e feto. O feto não é mais apenas parte do corpo da mãe, mas um ser com movimentos próprios, cada vez mais independente. A gestante, até então deslumbrada com a sua condição de mulher completa e cumpridora de seu papel na sociedade, vê-se agora exposta ao ônus de ser mãe. Percebe que a euforia do início da gestação não é eterna, pois em breve dará à luz uma criança. Isso permite a elaboração de fantasias cada vez mais reais a respeito de seu papel na educação e no cuidado do filho, o que implica responsabilidades imensas.

Ao mesmo tempo em que os movimentos fetais impõem um limite entre a mãe e o feto, a mulher tem um sentimento de que o descendente representa a continuidade de seus genes, dando-lhe a idéia de perpetuação. A aproximação do parto aumenta os medos devido às fantasias de morte. O obstetra tem um papel decisivo ao tranquilizar a gestante, explicando os procedimentos realizados durante o parto e informando sobre as chances de eventuais complicações, relativamente raras.

Já nos primeiros meses, verificam-se alterações no corpo da gestante. Durante a gravidez, sua aparência ficará temporariamente alterada, pois aparecerão edema dos membros inferiores, varizes, seios aumentados e uma barriga incômoda que parece ter um crescimento sem limites. O que de fato gera preocupação é a possibilidade de ser rejeitada pelo companheiro, de não se sentir querida, desejada, uma vez que percebe que seu corpo não está mais tão atraente. O temor será maior se o número de relações sexuais diminuir após o início da gestação, o que frequentemente ocorre. Mais uma vez, torna-se essencial a atenção do médico assistente para identificar os problemas e orientar a gestante e seu companheiro. A manutenção das relações sexuais é, na medida do possível, recomendada, inclusive no último mês da gestação, pois, além de promover um alívio das ansiedades do casal, pelas sensações orgásticas, confirma seu sentimento de que se amam.

O crescimento da barriga provoca uma modificação no ponto de equilíbrio; logo, é necessária uma readaptação no modo de caminhar, de sentar e para a realização de qualquer movimento. Contudo, tal readaptação é prontamente aceita pela gestante.

Nos meses que precedem o parto, as dificuldades físicas acentuam-se, e, do ponto de vista psicológico, a mulher encontra-se em meio a um turbilhão de emoções. Por um lado, há a alegria associada ao nascimento do filho com a conseqüente satisfação do instinto materno e o alívio que o parto proporcionará. Por outro lado, as preocupações são cada vez mais intensas pela proximidade do parto e por reavivar os medos da gestante de ser mutilada ou morrer. Além disso, estão presentes sensações físicas desagradáveis, como peso no períneo, micções frequentes, compressão do estômago, diminuição da capacidade pulmonar, hemorróidas, etc.

Nessa época, a maioria das gestantes adquire a consciência da responsabilidade implicada em ser mãe. Junto a isso, imagens da aparência e do temperamento da criança invadem a mente da futura mãe, trazendo consigo temores de defeitos físicos. Em alguns casos, ocorre a parada dos movimentos fetais, sendo rapidamente associada a complicações e gerando verdadeiras crises de ansiedade. Porém, se a gestante perceber e aceitar os motivos que desencadeiam essas ansiedades, elas diminuirão. Mais uma vez, torna-se evidente a importância de um relacionamento franco e próximo do obstetra com a paciente, o que apenas é atingido se aquele estiver disponível e puder transmitir à gestante segurança e firmeza. O médico deve saber detectar os sinais de ansiedade da paciente para poder tranquilizá-la.

O período da gestação é crítico para a saúde do feto e do futuro bebê. É fundamental o acompanhamento pré-natal para que se possam evitar problemas permanentes futuros, tanto de origem materna quanto fetal.

É interessante que se faça uma consideração sobre uma situação especial. Quando a gestante é médica, está ciente das eventuais complicações que podem advir da gravidez e do parto. Isso determina uma carga extra de preocupações quando comparada às gestantes não-médicas; porém, o conhecimento paralelo dos manejos de tais complicações pode produzir um alívio parcial, se não total, das preocupações geradas.

O psicologista inglês Donald Winnicott acreditava que um ambiente que não é suficientemente bom poderia prejudicar o desenvolvimento do bebê. Winnicott (1956) descreveu um estado a que chamou de Preocupação Materna Primária, ponderando que, se não fosse pela gravidez, esse estado seria considerado uma doença, algo como um episódio esquizóide. Ele argumentava que uma mãe precisaria ser saudável tanto para desenvolver esse estado de Preocupação Materna Primária quanto para se recuperar dele. Winnicott o descreveu como um estado de sensibilidade aumentada da mãe, que iniciaria durante a gestação e continuaria por algumas semanas depois do nascimento da criança, deixando a puérpera mais identificada com o bebê e, assim, assistindo-o melhor.

Seria como se, durante toda a gestação, a mãe gradativamente fosse se identificando com o bebê para entendê-lo e saber o que ele está sentindo. Essa identificação torna-se ainda mais importante no período pós-natal, quando o filho não pode expressar suas necessidades. A mãe, então, "entenderia": "Ele está com frio, com fome, molhado". Nesse período, a mãe estaria muito regressiva, muito vulnerável, necessitando da proteção e do cuidado do companheiro, fundamental para a dupla mãe-bebê.

A gestação a termo representa o triunfo do instinto materno sobre todos os obstáculos que se ergueram durante os nove meses, e o bebê que nasce vem para corresponder às expectativas dos pais.

PARTO

Nas últimas semanas da gestação, há uma antecipação das fases do estresse que ocorrem durante o trabalho de parto. A primeira é representada pelo iminente afastamento do feto, que faz com que a mãe reviva ansiedades de separação, tema pessoas estranhas e o hospital. A segunda, que chega a um pico durante o trabalho de parto, é precedida pelos temores de ser ferida pelos movimentos do bebê. A terceira, também mais evidente durante o parto, refere-se à fantasia com relação à perda dos genitais, que seriam retirados junto com a criança.

Chegada a hora do parto, em meio à incerteza, surgem crises de ansiedade e reaparece o temor à dor, à morte, ao parto traumático, ao fórceps, à cesariana, ao filho disforme e à morte dele. Geralmente essas crises marcam o processo de apagamento ou preparação do colo do útero e o progresso das contrações efetivas para a descida da cabeça do bebê em busca da exteriorização.

Em condições normais, a culminância do processo de dilatação traz consigo uma modificação nas sensações corporais. O apoio da cabeça do feto no assoalho perineal e a conseqüente compressão do reto produzem um reflexo evacuativo que, além de surpreender e assustar, é doloroso. De acordo com a capacidade da mulher de reconhecer e situar o estímulo, o parto prosseguirá naturalmente até a expulsão, ou produzir-se-ão intensas dores motivadas pela contração dos músculos perineais.

Diante da decisão de internação hospitalar, o parto aparece como um fato concreto, irreversível. Há situações que exacerbam a ansiedade: o toque vaginal, a tricotomia, o enema. O toque torna-se especialmente ansiogênico porque é por meio dele que se verifica se há ou não uma dilatação adequada. Ele é sentido como se seu resultado fosse um prêmio ou um castigo: o prêmio é a internação; o castigo, ser mandada de volta para casa. O enema e a tricotomia são vividos como a penitência merecida pela prática da sexualidade e pela pretensão de ser mãe.

A futura mãe necessita de apoio e tranquilização desde a preparação para o parto e durante este, por parte de seu companheiro, de sua própria mãe, da parteira, da enfermeira ou do médico. É imprescindível que a paciente confie na equipe que a está atendendo. Com base nesse aspecto, afirma-se que o parto ideal é aquele assistido pela equipe médica que atendeu a gestante durante o pré-natal, situação difícil nos atendimentos da rede hospitalar pública.

A chegada à sala de parto provoca, em geral, outra crise de ansiedade com manifestações variáveis: psíquicas, físicas, no comportamento social, etc. Algumas pacientes se tornam agressivas com a equipe, como reflexo dos temores e das fantasias em relação ao parto. A fantasia da castração, sempre presente, manifes-

ta-se no temor à episiotomia, que costuma provocar um estado de alerta em relação a tudo que transcorre no recinto.

É crucial que, durante o trabalho de parto, a paciente não seja deixada sozinha. Ela deve ser acompanhada e incentivada a participar e cooperar o máximo possível. Essa participação é muito importante, pois dará à futura mãe uma sensação de competência. O uso de medicação tranqüilizante deve ser evitado ao máximo, tanto para manter a mãe consciente e cooperativa para o momento único do nascimento do seu filho, como para que este nasça alerta e em condições de formar os primeiros vínculos com sua mãe ainda na sala de parto. É importante salientar que os efeitos depressores sobre o sistema nervoso central do recém-nascido causados por essas drogas podem afetar o seu comportamento por até sete dias depois do nascimento.

Após o parto, os pais não demonstram qualquer decepção diante da constatação de que o seu bebê não corresponde ao modelo de perfeição, idealizado por todos os casais. Antes, os sentimentos predominantes são de alívio por terem obtido êxito, gratidão pelo fato de o filho ter nascido, êxtase por ele ser normal e uma sensação gloriosa de querer criar e abraçar aquela criatura pequenina e dependente.

Todos os pais esperam um parto normal e gratificante. Se participaram de cursos pré-natais, estarão ainda mais determinados em suas expectativas. Assim, o choque provocado pela necessidade de uma cesariana é seguido por uma importante decepção, encarada como um fracasso. De forma semelhante, os pais de bebês prematuros enfrentam uma espécie de reação de luto, sentindo-se incompetentes e culpados. É necessário que a equipe interfira e os ajude a entender e a aceitar o que realmente está acontecendo.

A partir do parto, a criança adquire vida própria, sendo expulsa do organismo materno e assumindo suas funções fisiológicas vitais. Por sua vez, a mãe começa a passar por um processo de readaptação ao estado de não-gravidez. Essas modificações bruscas podem ser complicadas, difíceis e dolorosas, o que torna o puerpério um momento muito delicado e importante.

Até aqui, apenas descrevemos a gestação a termo e os partos por via baixa. Entretanto, existem problemas de saúde materna ou fetal que podem acarretar a interrupção da gestação e alterar ainda mais o comportamento e o equilíbrio emocional da futura mãe e de sua família. As inseguranças e os temores quanto à anestesia, ao ato cirúrgico, às condições de saúde do bebê e da gestante angustiam toda a família e a equipe médica. É muito importante que a equipe fique tranqüila e explique de modo claro para a paciente, seu companheiro e familiares o que está ocorrendo, o que pretende realizar e o prognóstico, bem como que os mantenha informados sobre o que está ocorrendo no bloco obstétrico e a previsão do que está sendo esperado tanto para a mãe quanto para o bebê. Da mesma forma, assim que seja possível, deve-se deixar o pai ver a mãe e o bebê, informando sobre o que ocorreu e o que se pode esperar na evolução de ambos.

PUERPÉRIO

O puerpério inicia-se com a dequitação da placenta e tem duração variável conforme o enfoque: o puerpério legal dura 40 dias; o orgânico pode levar até 90 dias; o social, até 120 dias e o psicológico não tem um término preciso.

Essa é uma fase de grandes transformações, tanto orgânicas, pela involução das modificações que ocorrem durante a gestação, como emocionais, uma vez que a gestante se transforma em mãe e o feto "torna-se" real como filho. Soifer (1984) considera o puerpério uma situação de delimitação entre o perdido, que seria a gravidez, e o adquirido, representado pelo filho, e também uma delimitação entre os períodos caracterizados pela fantasia inconsciente e, após, pela realidade. De forma semelhante, Deutsch (1951) e Langer (1981) consideram o puerpério um período intermediário entre a gravidez e a vida normal, durante o qual o trauma da separação vivido pela mãe é diminuído pelo início da relação maternal com o filho.

A puérpera, como a gestante, apresenta fantasias a respeito da saúde de seu filho, sobre o futuro dele e medos (geralmente provocados por sentimentos de culpa inconscientes) de que alguma "mulher perversa" ou "bruxa" venha fazê-lo mal ou roubá-lo. Além disso, as dúvidas sobre a capacidade de cuidá-lo são muito predominantes. Por isso, toda mãe deve ser orientada quanto ao modo de segurar o bebê, de como olhá-lo e amamentá-lo, quanto às trocas de fraldas, etc. Esse apoio é essencial para a relação da mãe com seu filho e com ela mesma, uma vez que a insegurança pode afetar todos os processos envolvidos no puerpério.

O período de internação obstétrica é encarado diferentemente pelas mulheres: para algumas, significa agradáveis férias de responsabilidades, enquanto para outras representa uma prisão onde devem refrear seus desejos e impulsos maternos. Nessa confusão emocional observada logo após o parto, é freqüente a resolução das ansiedades por meio de defesas maníacas, caracterizadas pela diminuição do sono, da fome ou mesmo pela agitação das visitas no quarto da nova mãe. No entanto, isso não é de todo indesejado, já que muitas vezes, quando não ocorre esta situação de carinho e festejo, pode haver sintomas de depressão puerperal.

Nos casos em que a mãe tem alta hospitalar, e o bebê necessita permanecer internado, as ansiedades da mãe e dos familiares são muito grandes. A vontade de estar sempre com o bebê, amamentá-lo e o desconforto de ficar longe do lar um tempo considerável do dia desorganizam ainda mais a vida emocional da nova mãe. Atualmente, há serviços que valorizam a relação mãe-bebê, criando programas de auxílio para a amamentação e do tipo "mãe-canguru". Este auxilia mãe e pai a ficarem com o bebê em contato com sua pele, durante parte do dia, enquanto o bebê está hospitalizado.

No retorno para casa, ressurgem as dúvidas em relação à capacidade de tomar conta do bebê, dos (eventuais) outros filhos (que nessa fase apresentam manifestações de ciúme, agressividade ou depressão), do marido, da casa e dos demais afazeres ao mesmo tempo, o que também provoca ansiedade e depressão. Agora que não há mais a mesma quantidade de visitas como no hospital, a puérpera não consegue negar a depressão. Ela deve encarar sua casa e tarefas sozinha, no

máximo com a ajuda da sua mãe e/ou sogra. Nesse momento, é importante o apoio dos familiares e das amigas, pois a depressão é extremamente comum e ocorre nos mais variados graus.

Durante o puerpério, a mãe começa a cuidar de seu filho. Quando o bebê nasce, a puérpera já apresenta o desejo de alimentar, cuidar e ficar próxima dele. Ao identificar-se com o filho, a mãe pode regredir e repetir, em seu comportamento materno, suas experiências infantis. Essa regressão também serve para uma adequada compreensão do recém-nascido e um melhor estabelecimento dos vínculos com ele. Como dito anteriormente, a atitude da mulher como mãe depende de vários fatores: seu desenvolvimento, a identificação com a própria mãe, a aceitação do seu papel feminino e de mãe e suas experiências pessoais.

Ser uma boa mãe envolve um certo grau de maturidade psicossocial, e implica muito mais do que simplesmente nutrir o bebê. O recém-nascido, só pelo fato de sua existência, representa o preenchimento das necessidades receptivas da mãe, fazendo com que ela se sinta inteira e completa. À medida que a simbiose emocional pós-parto evolui, a mãe começa a individualizar-se novamente, tornando-se cada vez mais segura quanto à sua habilidade de amar e tomar conta de seu bebê.

Cuidar de seu filho envolve muitas tarefas que serão realizadas conforme a personalidade e experiência das mães. Muitas pedem ajuda e instruções, enquanto outras desejam resolver sozinhas as dificuldades, julgando assim construir fundamentos mais sólidos da sua competência como mães. Escalona observou, durante as primeiras seis semanas pós-parto, uma tendência nas puérperas a minimizarem seu desejo e necessidade de ajuda e explicou que isso ocorre em "obediência" a pressões culturais de auto-suficiência das mães. Além disso, interpretou esse fato como sendo uma negação dos desejos das mulheres de serem cuidadas por uma mãe. A mesma autora sugeriu que o entendimento dessa negação pode esclarecer e melhorar a capacidade das puérperas de lidarem com seus problemas de infância e, conseqüentemente, com seus filhos.

A amamentação é muito importante para a saúde do bebê. No entanto, podem ocorrer problemas que dificultam esse ato. A maioria é de origem psicogênica, gerada por ansiedade. Deutsch (1951) acredita que durante a lactação um cordão umbilical psíquico liga o seio da mãe à boca do bebê, e aí se implanta o conflito entre as tendências egoístas e altruístas da maternidade. O resultado desse conflito determina se a amamentação poderá ou não ser realizada. Observa-se que as mulheres com capacidade de amar os filhos sem temores, que não apresentam conflitos entre o "eu" e a tendência maternal e que não temem as sensações sexuais provocadas pela lactação geralmente amamentam com sucesso por tanto tempo quanto acharem necessário. As mães que amamentam sem experimentar essa função como um dever secundário referem que se sentem particularmente felizes durante esse período, não se preocupando tanto consigo mesmas, pois sua satisfação está completamente ligada ao bem-estar do bebê. Outro aspecto importante é o fato de a amamentação amenizar o trauma do nascimento, já que com ela a díade mãe-bebê permanece unida por mais tempo, tendo assim uma separação, por meio do desmame, mais lenta e menos traumática.

Todas as mães têm desejos e aspirações independentemente da sua função reprodutora. Hoje em dia, em nossa cultura, as mulheres costumam apresentar um modelo "masculino" de ideal de ego, ou seja, têm objetivos e oportunidades de trabalhar fora de casa, de ter atividade profissional, de ter independência econômica, etc. Tal situação lhes permite, por um lado, proteger mais os interesses de seu "eu", mas, por outro, dificulta o processo de amamentação e de cuidados com o bebê. É interessante observar o conflito nessa área, em que cada vez mais se dá oportunidades e estímulos às mulheres para que se desenvolvam em sua função reprodutora tanto quanto nas outras áreas, enquanto se exalta a ideologia da tendência maternal ativa, inclusive pelo regime de livre demanda de amamentação. Nota-se, então, que a sociedade aumenta o conflito interno: pede-se que a mulher renuncie parcialmente, ora em uma direção, ora em outra. Assim, compreende-se a insegurança que algumas mulheres sentem de serem mães e, ao mesmo tempo, continuarem a realizar seu trabalho fora de casa. Porém, esse feito pode ser realizado com sucesso por meio de manobras relativamente fáceis, desde que a mulher tenha disponibilidade emocional para dedicar-se à criança durante o seu tempo livre. Sem dúvida, um filho gera infindáveis mudanças na vida da mãe e do pai, mas com uma boa estrutura e com amor todas as dificuldades são superadas, e ocorre uma boa adaptação à nova vida, principalmente se o pai colaborar.

As visitas de felicitação são um costume muito antigo e difundido e constituem uma ocasião adequada para a puérpera mostrar sua casa, seus adornos e seu filho (sempre bem arrumado) para as amigas, parentes e vizinhas. E freqüentemente as mães fazem isso com o objetivo de despertar não apenas a admiração das visitantes femininas como também sua inveja. Essa é uma manifestação do elemento narcisista da mulher, que ainda não foi absorvido no seu amor pelo filho. Menos incisivamente, Danusa Leão (1992) refere em seu livro sobre regras de etiqueta que as pessoas que desejam visitar mulheres que tiveram filhos recentemente devem preparar-se para ouvir e falar apenas da criança (com quantos quilos e centímetros nasceu, como é esperto, rosado, tranqüilo, etc.), e aquele que não tiver tal disposição é preferível que não faça a visita, pois magoará a puérpera se "ousar" preferir falar sobre outro assunto. Dessa forma, o jogo entre o amor a si mesma e a preocupação com o filho é evidente e inconfundível durante os dias felizes, porém ansiosos, do puerpério.

A atividade sexual sempre deve ser considerada e, no caso da puérpera, merece uma importância ainda maior devido à falta de conhecimento geral, tanto em relação à duração da fase de abstinência (de cerca de duas semanas) quanto à anticoncepção durante a amamentação. Algumas mulheres se queixam de diminuição de desejo e satisfação sexual, o que pode ser explicado pelos altos níveis de prolactina necessários para a amamentação; no entanto, isso não traz consequências importantes, uma vez que, em geral, por volta da terceira semana tanto o marido quanto a esposa já sentem desejo sexual. Com freqüência, ambos têm medo de que a mulher se machuque durante a relação, o que, contudo, raramente ocorre.

O puerpério é uma fase difícil para o marido pela quantidade de frustrações e pelo profundo sentimento de abandono que gera. Isso é ainda mais marcante naquele que já se mostrava enciumado e regressivo durante a gestação, pois agora o seu

“concorrente” tornou-se real e consome a maior parte do tempo e da atenção da esposa. Como se isso não bastasse, ela está bem mais feia do que antes, não pode ter relações sexuais com ele e, freqüentemente, nem o quer. Por isso, são comuns as brigas e as relações extraconjugais nesse período, o que, por sua vez, fará com que o marido tenha dificuldades para voltar a ter relações sexuais com a mulher, pois estará sentindo-se culpado. Independentemente de como tenha evoluído o puerpério, o reatamento das relações sexuais geralmente é insatisfatório e frustrante. Tanto o homem como a mulher buscam resgatarem-se da regressão, porém esta ainda é muito profunda nos primeiros contatos e, portanto, geradora de muita ansiedade.

Problemas psicológicos são comuns nessa fase de vida tão importante e tão freqüentemente vista como uma crise. As mudanças repentinas que ocorrem no corpo da mulher podem ser vivenciadas por algumas como uma “castração”. Além das grandes expectativas em relação à produção de leite, à saúde e ao temperamento da criança e à sua capacidade de cuidá-la, sempre existem outros fatores que, geralmente, aumentam o estresse dessa fase. Para algumas mulheres, a cesariana é uma derrota para a sua auto-estima, como se elas tivessem falhado no seu dever de mulher por não terem tido parto normal. No caso das mães adolescentes, a internação obstétrica pode ser a primeira vez que elas se encontram afastadas da família, o que se soma à ansiedade de ter tido um filho tão jovem. Por toda esta “pressão” emocional, é muito comum que pessoas previamente sadias desenvolvam quadros psiquiátricos pós-parto, como a depressão (situação importante e predominante), e que pacientes em remissão de doenças psiquiátricas tenham uma recaída.

COMENTÁRIOS FINAIS

Em vista do que foi exposto, parece-nos que fica clara a importância da atenção da equipe de saúde para com esses aspectos da gestação, do parto e do puerpério, pois medidas simples podem representar a diferença entre uma gravidez bem-sucedida e um evento traumático na vida familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMMANITI, M. Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, v.3, n.12, p.246-255, 1991.
- AMMANITI, M.; BAUMGARTNER, E.; CANDELORI, C.; PERUCCHINI, P.; POLA, M.; TAMBELLI, R.; ZAMPINO, F. Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, v.2, n.13, p.167-192, 1991.
- BENEDECK, T. Motherhood and nurturing. In: ANTHONY, E.J.; BENEDECK, T. *Parent-hood: its psychology and psychopathology*. London: Little, Brown and Co; 1970. p. 53-166.
- BENEDECK, T. Fatherhood and providing. In: ANTHONY, E.J.; BENEDECK, T. *Parent-hood: its psychology and psychopathology*. London: Little, Brown and Co; 1970. p. 167-84.

- BENEDECK, T. The psychobiology of pregnancy. In: ANTHONY, E.J.; BENEDECK, T. *Parenthood: its psychology and psychopathology*. London: Little, Brown and Co, 1970. p. 137-152.
- BLUM, H. *Psicologia feminina*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1982.
- BRAZELTON, T.B. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1988.
- BRODY, S. *Patterns of mothering: a study of maternal influence during infancy*. USA, International Universities Press Inc., 1956.
- CULPEPPER, L.; SHIELDS, S.G.; LOAFMAN, M. Maternal and child health. In: MENGEL, M.B.; HOLLEMAN, W.L. *Fundamentals of clinical practice*. New York: Plenum Publishing Corporation, 1997. p. 444-446.
- DEUTSCH, H. *La psicología de la mujer: maternidad*. Buenos Aires: Losada, 1951.
- HENTSCHEL, H. Puerpério e lactação. In: FREITAS, F.; MARTINS COSTA, S.; RAMOS, J.G.; PASSOS, E. *Rotinas em obstetrícia*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1993.
- JESSNER, L.; WEIGERT, E.; FOY, J.L. The development of parental attitudes during pregnancy. In: ANTHONY, E.J.; BENEDECK, T. *Parenthood: its psychology and psychopathology*. London: Little, Brown and Co. 1970. p. 209-244.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry*. 6th ed., New York: Williams and Wilkins, 1991.
- KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais-bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1993.
- KORIN, E.C.; WATSON, M.F.; MCGOLDRICK, M. Individual and family cycle. In: MENGEL, M.B.; HOLLEMAN, W.L. *Fundamentals of clinical practice*. New York: Plenum Publishing Corporation, 1997. p. 32-34.
- LANGER, M. *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1981.
- LEÃO, D. *Na sala com Danusa*. São Paulo: Siciliano, 1992. p. 50.
- LIDZ, T. *A pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1983.
- SALMELA-ARO, K.; NURMI, J.E.; SAISTO, T.; HALMESMAKI, E. Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. *J. Fam. Psychol.*, v.14, n.2, p.171-186, jun. 2000.
- SOIFER, R. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1984.
- WIKMAN, M.; JACOBSSON, L.; JOELSSON, I.; VON SCHOULTZ, B.; Ambivalence towards parenthood among pregnant women and their men. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v.72, n.8, p.619-626, nov. 1993.
- WINNICOTT, D. Preocupação materna primária. In: *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1978.

O Bebê e os Pais

Maria Lucrecia Scherer Zavaschi,
Flavia Costa, Carla Brunstein

Um bebê saudável tem o dom de capturar a atenção de seus pais e cuidadores com suas manifestações de vida e necessidade de proteção. Os bebês vêm ao mundo cheios de aptidões e energia para fazerem face a um longo e elaborado *continuum* de aquisições e crescentes patamares evolutivos que compõem o processo do desenvolvimento. Esse processo ocorre exatamente a partir desses imperativos sinais do bebê, que entram em consonância com o fascínio que provocam em seus pais, que, dessa forma, são impelidos a protegê-los e cuidá-los. Uma mãe e um pai não podem deixar de sorrir para o filho que lhes sorri.

Embora o grande universo que encerra o bebê e seus pais esteja ainda longe de ser decifrado em sua totalidade, é o próprio desenvolvimento do bebê, no seio de sua família, que dá o norte para a compreensão de tais fenômenos. A observação da reciprocidade de manifestações pré-verbais e verbais entre pais e bebês, somada a inferências do observador e ao estudo de pesquisas e teorias herdadas tanto da psicanálise quanto de outras disciplinas, permite-nos hoje melhor compreensão dos fenômenos que ocorrem entre um bebê normal e seus pais.

Com os avanços da tecnologia, sobretudo com a ecografia, foi possível vislumbrar alguns aspectos das experiências do bebê ainda dentro do útero de sua mãe, e observou-se que o comportamento do feto durante sua vida pré-natal tem continuidade após o nascimento. A interação entre o inato e o adquirido sugere que certas experiências pré-natais podem ter profundo efeito emocional sobre a criança, especialmente se forem reforçadas pelas experiências pós-natais.

O desenvolvimento de cada indivíduo está intimamente condicionado às interações com seus pais. É condição vital que o bebê tenha um pai e uma mãe ou

outra pessoa que os substitua, caso contrário, não sobreviverá. As relações entre o bebê e seus pais são pautadas por um grande número de sistemas reguladores que atuam em diferentes níveis de organização. Ressaltam-se aqui os três sistemas reguladores mais importantes do desenvolvimento: o Biológico, o Social e o Afetivo.

As interações com o biológico são preponderantes durante a embriogênese, quando mudanças no estado do fenótipo do organismo funcionam como gatilhos para o genótipo, desencadeando novas séries de fenômenos bioquímicos. Essas experiências são reguladas pelo ligar e desligar de várias atividades genéticas dirigidas à construção de um bebê humano viável. Esse processo continua depois do nascimento, e as interações com o sistema social dominam a maior parte do período que vai da infância até a idade adulta.

Assim como há uma organização biológica – o genótipo – que regula a emergência das características físicas e temperamentais de cada indivíduo – o fenótipo –, há uma organização social que regula a forma como os seres humanos se adaptam em sua sociedade. Essa organização opera por meio dos laços afetivos da família e dos padrões da organização cultural.

A adaptação do bebê em desenvolvimento, portanto, constitui-se de uma seqüência de transações entre o genótipo, o fenótipo e o ambiente que originalmente é o útero da mãe, depois o rosto, o corpo, o colo, o cheiro, o olhar somados à segurança e à alegria transmitidas pelo pai, sempre presente desde o início. Sabe-se que a expressão do rosto da mãe, a tensão ou a flexibilidade do seu corpo, a forma como ela sustenta o filho em seu colo, são todas expressões de seu afeto perceptíveis pelo bebê.

Como o objetivo deste capítulo é a abordagem do bebê normal, criado em um ambiente suficientemente bom, sensível e responsivo, pressupõe-se que tanto sua bagagem genotípica como sua expressão fenotípica sejam predominantemente íntegras e saudáveis, salvaguardadas as inúmeras características pessoais que fazem desse bebê um ser único.

Do ponto de vista do psiquiatra e do psicanalista, é no ambiente que se encontram os vestígios reguladores mais perceptíveis. (Por ambiente aqui se compreende desde as condições físicas do meio intra-uterino até as condições emocionais e socioculturais nas quais a família do bebê está inserida.) Assim, são fatores preditivos de uma boa interação do bebê com seus pais e conseqüentemente de um desenvolvimento saudável: a motivação altruística do casal parental para ter o bebê, a história pessoal de cada um, o amor que os une, sua maturidade, a tradição de suas famílias de origem, várias gerações anteriores de saúde, solidariedade, capacidade de suportar frustrações, postergar prazeres imediatos e capacidade construtiva.

O amor que os une se expressa por meio da compreensão mútua, da preservação da sensualidade, do companheirismo cuidadoso durante a gestação, da realização do pré-natal, da privação de drogas e de tantas outras medidas já conhecidas, mas que, tomadas nesse momento, serão de profunda importância para a construção deste universo que é um novo bebê saudável.

Nós, humanos, vivemos experimentando alegrias e tristezas que pontuam nossa vida. As alegrias e tristezas são principalmente motivadas por encontros e despedidas. Empregamos grande parte de nossa vida na expectativa de encontros

e realizações, preparando-nos para as separações, fracassos e ajustamentos que visam a novas adaptações para o crescimento e também adaptação às perdas e às separações que iniciam com o nascimento e culminam com a morte dos pais e a continuidade da vida por meio do nascimento dos filhos.

Implícita à chegada do bebê está sua inexorável separação do corpo da mãe, a primeira e necessária separação. A absoluta dependência que ele tem de seus cuidadores vai deixando lugar a um longo processo de desprendimento e desenvolvimento que se constituirá em um exercício constante de encontros e separações progressivas que culminará em sua independência como indivíduo. O desenvolvimento pleno de um bebê só poderá ocorrer se contar com o amor de seus pais, que vai-se expressar como uma íntima relação que os estudiosos denominam de apego.

OS PAIS

Tornar-se pai ou mãe é um dos acontecimentos mais marcantes do ciclo vital de qualquer indivíduo e imprime profundas mudanças em sua vida e personalidade. Já nas brincadeiras com bonecos e bichinhos podemos observar nas crianças o projeto da parentalidade futura. De fato, a parentalidade decorre de motivações humanas de ordem biológica instintiva que, integradas a fatores evolutivos, sofrem também influências de ordem social e cultural.

Com o nascimento do primeiro filho é que tem início a família. Mas a relação pais-bebê não inicia aí. Ela é preconditionada pelo desenvolvimento psicológico do pai e da mãe e pela qualidade de sua união. Quando um casal se une, dá início a um novo campo psicológico, onde cada um exercerá influência sobre o outro. A concepção e o nascimento de um filho produzem mudanças nesse campo, pela necessidade de abrir-se um espaço emocional para o novo ser. Além disso, os novos pais deparam-se com as tarefas psicológicas de renunciar à sua própria condição de filho ou filha e de mobilizar identificações com seus próprios pais, a fim de assumir o papel de pai ou de mãe perante seu filho.

Cada filho que nasce encontrará um tipo de campo psicológico com o qual irá interagir e alterar com sua presença e características individuais. Pai e mãe reviverão suas próprias experiências infantis de forma diferente com cada filho. Disso resultará uma influência recíproca de processos evolutivos individuais com repercussão sobre as estruturas intrapsíquicas ao longo de gerações que se sucedem. Os estudos derivados das teorias de John Bowlby vêm ampliando o entendimento da transmissão transgeracional de padrões de relacionamento mostrando a tendência à repetição de padrões de interação e de resposta afetiva nos relacionamentos familiares. À medida que esses padrões são internalizados, formam o que Bowlby denominou "representações internas" dos relacionamentos – uma montagem de muitas formas específicas de interações. Tais representações, uma vez estabelecidas, tendem à estabilidade e à repetição inconsciente, se nenhum outro fator influenciá-las no sentido de mudança. Observa-se como, muitas vezes, um bebê pode tornar-se, de forma inconsciente, o representante de figuras internas do passado dos pais ou mesmo de

algum aspecto repudiado ou negado deles próprios, com prejuízo para a relação e para o desenvolvimento do bebê. Essa compreensão é central no trabalho de Selma Fraiberg (1980), psicanalista americana que desenvolveu técnicas psicoterápicas de auxílio aos pais e seus bebês. Em linguagem metafórica, Fraiberg refere-se a essas situações como “a intrusão de fantasmas do passado dos pais no quarto do bebê”. Diz ela: “Todo quarto de criança abriga fantasmas. São visitantes que surgem do passado esquecido dos pais. E, mesmo nas famílias que mantêm laços amorosos estáveis e fortes, esses intrusos podem romper o círculo mágico... e um dos pais e seu bebê podem ser surpreendidos repetindo um momento ou uma cena originários de outras épocas com outros personagens”.

No momento do nascimento de um filho, especialmente o primeiro, os pais invariavelmente se deparam com a tarefa de integrar fantasia e realidade. Existe um bebê imaginário que povoou seus sonhos e fantasias, um outro não visível mas real (o feto que já vem por meses mostrando-se com seus ritmos e características próprias) e, finalmente, o bebê real, que pode agora ser visto, ouvido e finalmente tomado nos braços.

Pai e mãe terão inúmeras tarefas de ajustamento psicológico a cumprir. Da parte da mãe sobressaem: a sensação brusca do rompimento de uma fusão com o feto e das fantasias de completude e onipotência proporcionadas pela gravidez; a adaptação a um novo ser que lhe provoca sentimentos de estranheza; a elaboração do luto pela perda do bebê que foi idealizado como perfeito e a adaptação às características reais de seu próprio filho; ser capaz de enfrentar e manejar seus medos de causar dano ao bebê frágil e aprender a tolerar e obter satisfação das enormes exigências advindas da total dependência do bebê.

Sob condições favoráveis, a mãe, gratificada por sua habilidade de cuidar de forma adequada de seu filho, estabelece maior autoconfiança e um novo nível de integração da personalidade. Ao introjetar um “bebê bom”, que progride, assegura uma parte de seu ideal de ego e pode, de alguma forma, sentir-se mais competente para enfrentar as ansiedades, medos e frustrações que são inevitáveis quando se cuida de um bebê. Suas próprias experiências e carências infantis podem ser revividas e corrigidas.

O pai, atualmente sob influência das mudanças sociais nos papéis masculinos e femininos, muito mais autorizado a participar da criação dos filhos, tem igualmente ajustes importantes a enfrentar. Uma de suas primeiras reações poderá ser um sentimento de exclusão frente à íntima relação mãe-bebê, podendo reviver sentimentos de rivalidade e ciúme que possa ter experimentado com seu pai ou irmãos na infância com relação a seu desejo de atenção exclusiva da mãe. Na infância, o menino identifica-se primeiro com a mãe e suas capacidades de gerar e cuidar filhos. Só um pouco mais tarde irá identificar-se com o pai. E é neste interjogo de identificações que sua identidade de gênero se forma. Uma resolução equilibrada permite ao menino aceitar no futuro seu papel de pai cuidador e ao mesmo tempo identificar-se com a gravidez de sua mulher não se sentindo excluído e invejoso de suas capacidades criadoras. Muitos homens conseguem sublimar esses desejos e sentem-se então mais criativos e produtivos durante a gravidez da

mulher. Freud apontou, na história do Pequeno Hans, como um menino de cinco anos acreditava poder gerar também uma criança. Assim como sua mulher, o homem deseja renovar seus velhos relacionamentos com figuras importantes do passado e tem a expectativa de que seus filhos lhe propiciem isso. Seu desejo por um filho sofre também a influência da rivalidade edípica: ter um filho para igualar-se a seu pai e criá-lo melhor para suplantar o próprio pai.

O exercício da função de pai ou mãe, sendo uma fase do desenvolvimento e momento importante do ciclo vital, contém em si o potencial para tornar-se uma oportunidade de renovação e enriquecimento da personalidade.

O DESENVOLVIMENTO DO PSIQUISMO DO BEBÊ

Recentes pesquisas sobre o psiquismo humano evidenciam a importância das relações dos pais com seus bebês para um desenvolvimento saudável do indivíduo. Assim, relações de apoio, cuidados e afetos no início da vida favorecem o desabrochar das qualidades inatas do indivíduo. Porém, se as relações primitivas forem escassas ou não corresponderem às necessidades do bebê, poderão acarretar sérios prejuízos à sua saúde. Winnicott divide o universo de pessoas em duas classes: "Aqueles que jamais se desapontaram enquanto bebês e, na mesma medida, são candidatas a viver alegremente e a aproveitar a vida. E aquelas que sofreram experiências traumáticas, provenientes de decepções com o ambiente, e que necessitam carregar consigo perpetuamente as lembranças (ou o material para as lembranças) do estado em que se encontravam no momento do desastre. Estas são candidatas a levar vidas tempestuosas e tensas e talvez candidatas a doença".

Embora a necessidade de mais pesquisas sistemáticas nesse âmbito, observou-se que os pais, representantes maiores do meio ambiente no início da vida, submetidos à violência crônica, à pobreza e à falta de emprego, sentem-se frustrados e desesperançados, podendo tornar-se incapazes de cuidar bem de seus filhos. As instituições que poderiam prestar um serviço preventivo para essas crianças e seus pais, que são o sistema de saúde e de educação, precisam ser eficazes. Por essa razão, é necessário que os técnicos de saúde, e sobretudo os que se dedicam à medicina, estejam sensíveis e atentos às carências e aos sofrimentos dos pais, procurando instrumentá-los com o conhecimento acerca de suas próprias capacidades e das capacidades de seus bebês, para que esse conhecimento possa favorecer o vital intercâmbio entre eles, contribuindo também, dessa forma, para a promoção da saúde mental da população.

Para dar conta dos múltiplos fatores associados à saúde ou à doença mental, inúmeros teóricos, clínicos e pesquisadores lançaram-se à tarefa de buscar os fatores etiológicos da doença mental. Ainda estamos a caminho de decifrar tal enigma, mas há aproximações importantes que estão ao nosso alcance.

O mais proeminente dos médicos que se ocupou dessa tarefa foi Sigmund Freud, que, com a criação da psicanálise, inaugurou uma sofisticada teoria sobre o desenvolvimento do psiquismo humano. Ele partiu da observação de pacientes adul-

tos que, ao relatarem seus sintomas, remetiam-se a lembranças infantis traumáticas que faziam nexos com os sintomas e o conflito do presente. Suas teorias revolucionaram o entendimento da doença mental. A maioria de suas idéias ainda é aceita após um século de vigência. A atualidade de seu trabalho pode ser apreciada por meio da sua concepção de doença, que seria influenciada por múltiplos fatores resultantes de um indissolúvel inter-relacionamento entre o psíquico e o neuroquímico. Freud concebeu a doença como resultante de uma combinação de fatores constitucionais e ambientais, sendo que as “vivências infantis”, ou as experiências resultantes da interação entre o bebê e seus pais, representariam a parcela significativa da contribuição ambiental. Observou que as agressões ambientais – entendidas como desde as provocadas por um vírus sobre o embrião até a violência de um pai sobre o bebê, a morte prematura de um dos pais ou o abuso sexual – podem danificar, em variados graus de intensidade, tanto o aparelho psicológico como, conseqüentemente, o genético, dada a plasticidade do sistema nervoso central.

Freud formulou a hipótese da mente constituída por três instâncias psíquicas, às quais chamou de *id*, *ego* e *superego*, cada uma com tarefas determinadas. No *id*, encontra-se um reservatório de energia psíquica, geneticamente determinada, que se expressa por meio de impulsos de vida e de morte. Ora, a fome e o desejo de saciedade correspondem ao impulso de vida que move o bebê a manifestar-se com um choro tão veemente que mobiliza imediatamente a mãe a atendê-lo em sua necessidade mais primária, que tem por objetivo a manutenção da vida. A fome e a saciedade põem em marcha o desenvolvimento do pensamento.

Imediatamente após o nascimento, o bebê não percebe a diferença entre ele próprio e seus pais. Porém, as frustrações – a fome, por exemplo – fazem com que gradativamente vá percebendo o desconforto e, decorrente disso, vá também identificando a fonte de onde provém o alívio – no caso, a saciedade. Aos poucos, a criança vai percebendo o seio da mãe, o rosto desta e, por fim, a mãe vai sendo percebida como uma pessoa distinta, como a fonte de alimento, de prazer e de vida, convertendo-se no primeiro objeto de amor do bebê. Essa relação entre a mãe e seu bebê foi descrita por Freud como uma relação sem paralelo, estabelecida de forma inalterável para toda a vida, sendo o protótipo de todas as relações posteriores. Pois essa relação primordial vai fundando o *ego*, que corresponde à instância à qual temos acesso consciente e que vai-se construindo ao longo do desenvolvimento.

A teoria freudiana acerca do desenvolvimento do psiquismo aproxima-se do modelo fisiológico no qual as forças instintivas – como a fome, no caso do exemplo citado – geram uma tensão que impele o bebê a uma atividade que visa a buscar o alívio. Por meio da saciedade e da sucção, obtém também um grande prazer *oral*.

Há uma segunda etapa do desenvolvimento, por volta dos dois anos de idade, na qual a primazia das funções passa a ser a do controle esfinteriano. Essa fase denomina-se de fase anal, na qual a outra extremidade do aparelho digestivo constitui-se no lugar mais importante de tensões e gratificações. As características de retenção, controle e expulsão marcam essa fase.

A concepção do desenvolvimento em etapas sucessivas é aceita pela maioria dos autores. Para que o bebê o faça de forma harmônica, cada etapa supõe a resolução da anterior, de acordo com o princípio epigenético. Seguidores de Freud continuaram sua investigação, modificaram-na e ampliaram-na, porém estão de acordo quanto à direção do desenvolvimento. O bebê parte de uma etapa mais indiferenciada e evolui para uma mais diferenciada; parte de uma situação de extrema dependência para uma situação de independência; de uma visão idealizada do mundo para uma visão mais realista. Essas idéias convergem quanto aos conceitos de maturidade e de saúde mental. Dessa forma, o momento do nascimento culmina uma etapa de amadurecimento, e o corte do cordão umbilical é, além da separação física, o símbolo de uma autonomia que começa e que se manifesta no primeiro choro. Com efeito, desse momento em diante, tanto a situação de desamparo e dependência como a exigência de autonomia e independência coexistem como que dialeticamente na vida da criança.

É óbvia a importância que têm os pais nesse delicado equilíbrio de forças. Embora nem tudo possa ser feito por eles, nada se fará sem eles. Isso significa que, fora do alcance da ação dos pais, há toda uma área inerente à economia interna da criança, à sua constituição genética e às características próprias do bebê como a voracidade excessiva, a agressividade incontrolável e a incapacidade de reparação que também podem dificultar o crescimento harmônico. Se a essas características das crianças se somarem pais imaturos, frustrados ou que não tenham resolvido seus próprios problemas constitucionais ou patologias mentais – incluindo sobretudo a depressão, o uso de drogas ou graves desvios caracterológicos –, certamente o desenvolvimento do bebê estará em risco.

Pode-se observar outro ângulo da relação pais-bebê de forma hipotética. O bebê inicialmente percebe a mãe como objeto de amor quando esta o sacia, o acalenta e o cuida. Porém, quando de novo a fome, a frustração e o mal-estar invadem a criança, essa mesma mãe passa a ser objeto de frustração e ódio. Finalmente, quando a criança puder discernir que a mãe é uma pessoa separada, e que essa separação lhe provoca uma enorme falta, tem início o processo de pensamento. É a percepção da falta, da necessidade vinculada à pessoa amada, no caso a mãe, o pai e os demais cuidadores conhecidos, que leva o bebê a desenvolver o pensamento.

A criança percebe que a pessoa que a satisfazia era a mesma que a frustrava; tratava-se, portanto, da mesma pessoa. Dessa forma, passa a perceber sua vital necessidade dessa mãe. Nessa situação, o bebê sente culpa, depressão e sofrimento por haver odiado a mesma pessoa que o conforta. O estado de espírito do bebê e de todo ser humano, ao longo da vida, vai oscilar entre o sentimento de amor e ódio e o sentimento de culpa pelo ódio ao próprio objeto de amor. Assim, desde o início da vida já se manifesta outra característica psíquica própria dos humanos – a ambivalência.

As tarefas paternas vão evoluindo juntamente com o filho. Assim, no início, o amor dos pais se manifesta pela absoluta doação, pelo oferecimento de tudo que a criança necessita, permitindo-lhe a ilusão de que tudo será assim por toda a

vida. Aos poucos, à medida que a criança se desenvolve, cabe também aos pais desiludi-la, propiciando um gradativo confronto com a realidade.

No início, a mãe fica tão sensível e preocupada de maneira tão integral com seu bebê, que se desliga do mundo exterior. Comporta-se como um "ego auxiliar". Segurando o bebê, confortando-o em suas necessidades e sustentando-o em seus braços de forma segura, permite ao bebê perceber e integrar suas sensações corporais, os estímulos ambientais, suas capacidades motoras crescentes e construir, dessa forma, uma representação mental de si mesmo e dos demais.

A experiência psíquica em evolução também pode ser vista da perspectiva hipotética de Winnicott, que identificou três áreas distintas: a interna, a externa e a intermediária ou área de ilusão ou transicional. Assim, quando o bebê tem fome e deseja satisfazê-la, se a mãe lhe dá o seio, a criança fica com a ilusão de que "criou" o seio. Nesse caso, o seio não é uma alucinação e sim o resultado da criatividade do bebê. O seio também não é um objeto externo do ponto de vista do bebê. Seria algo intermediário entre a alucinação e o objeto externo – "me pertence, mas não sou eu" –, uma ilusão. Entre os 4 e os 12 meses, a criança passa a chupar uma fralda, se agarra a um pedaço de cobertor ou a um bichinho de pano, põe os dedos na boca, produz sons, se apega aferradamente a esses objetos. Winnicott chamou tais fatos de fenômenos ou objetos transicionais. São uma defesa contra a ansiedade de separação da mãe ou contra as ansiedades depressivas.

Esses objetos, sons ou sensações representam a mãe, objeto vivenciado como bom, ao qual a criança se apega intensamente. A criança pode mimá-lo ou mutilá-lo. A criança terá a impressão de que o objeto a protege, se move, lhe dá calor, possui mais qualidades do que as que tem de fato. Para o observador, o objeto pertence ao mundo exterior, mas para a criança isso não é tão claro; para ela também não pertence ao mundo interior, não é uma alucinação. É importante que o objeto sobreviva à sua agressão. Como o objeto transicional não fica destruído irreversivelmente pelos ataques agressivos da criança, o objeto interno que está construindo – ou seja, a imagem de si e de seus pais em sua mente – torna-se mais forte, aumentando a sua capacidade de neutralizar a agressão provinda das frustrações que sente pela ausência da mãe.

O passo seguinte é o de afastar-se do objeto transicional, que por sua vez deixa uma marca: fica na mente da criança um espaço, que, assim como o objeto transicional, é intermediário entre o interno e o externo no qual se desenvolvem muitas atividades criativas.

Vimos como o processo de desenvolvimento é construído no campo das relações entre o bebê e seus pais, permeado de percepções fortes, como a fome e o desconforto ou a saciedade e o prazer, de sentimentos de frustração e ódio e de amor e gratidão, de sentimentos de abandono e desamparo alternados com o conforto e a sensação de segurança. Esse intercâmbio de percepções só é possível se houver uma mãe ou um pai presentes e ativos junto a um bebê capaz de interagir.

Nesse campo existente entre o bebê e seus pais, constitui-se a nova família que está sendo construída. É complexo o estudo da interação entre seus membros, pois a nova família está composta de indivíduos que, por sua vez, representam

universos específicos e complexos. Além disso, a família é composta de relações em todas as direções que precisam também ser apreendidas. São relações firmes e duradouras, prolongando-se por gerações.

TROCAS AFETIVAS ENTRE O BEBÊ E SEUS PAIS

Há algumas décadas se consolidou a idéia de que as condutas do próprio bebê são as responsáveis desde o nascimento pelo desencadear das interações afetivas com o mundo, incluindo os estímulos e as respostas de seus cuidadores. Uma tendência clara para procurar e manter a proximidade e o contáto direto com seu cuidador pode ser observada independentemente de qualquer aprendizagem anterior. Essas condutas funcionam como sinais emitidos que provocam cuidados por parte dos adultos à sua volta e os mantêm próximos. O choro e o sorriso, por exemplo, fazem com que os pais cheguem perto do bebê, procurando compreender o que tenta comunicar e assegurando, assim, os cuidados necessários para sua sobrevivência. Gradativamente são estabelecidos *comportamentos de apego* característicos de cada bebê que, inicialmente, desenvolve o *apego* por sua mãe, garantindo, dessa maneira, a segurança psicológica, tão essencial para o desenvolvimento pleno.

O apego emocional pela mãe ou por quem a substitua nessa relação inicial é de tamanha intensidade, que esta figura de apego é mais capaz do que qualquer outra pessoa para perceber e satisfazer o bebê e ser sensível aos seus sinais mais sutis de desconforto e de bem-estar. Ao mesmo tempo, esta será a pessoa a quem o bebê recorrerá mais adiante para aplacar sua necessidade de consolo ou de brincadeira interativa espontânea. Medos comuns também podem ser menores na presença de uma figura de apego do que quando essa pessoa está ausente. Sentimentos desagradáveis podem ser minimizados por meio da interação com tal pessoa significativa, em quem a criança confia, já que, comumente, tais sentimentos são desencadeados por sensações de perigo ou desconforto e contidos pela percepção de segurança frente ao aconchego do adulto. Em situações de cansaço, ansiedade, fome ou aflição de qualquer natureza podem ser observados no bebê os mais diversos movimentos em direção ao pai ou à mãe ou para permanecer próximo a eles.

Assim, os modos como tais movimentos manifestam-se variam não só em função da idade do bebê, como também devido às suas características individuais e às respostas dadas pelos adultos. Logo após o nascimento, o *choro* parece ser o sinal mais evidente de que algo precisa ser comunicado à mãe e de que alguma coisa precisa ser modificada para que cesse determinado desconforto. Os primeiros choros do bebê, aparentemente indefinidos quanto ao seu significado, gradativamente, tomam forma e, não raras vezes, um choro absolutamente indecifrável para um estranho é facilmente decodificado pela mãe, que passa a conhecer as diferenças mais sutis entre um choro e outro. Uma relação íntima entre a criança e o cuidador começa efetivamente a se criar, agora, fora do útero materno. Uma aprendizagem mútua delicada, mas, ao mesmo tempo, de mudanças rápidas, permite experiências que podem garantir ao bebê a confiança na mãe

(ou no adulto que o cuida) e, portanto, em si próprio, pois é capaz de provocar reações em alguém e esse alguém responde ao que tenta comunicar, atendendo-o em suas necessidades.

Pouco tempo passa e, repentinamente, por volta de dois a três meses, o bebê começa a sorrir, especialmente para a mãe, para o pai ou para quem também for um cuidador próximo. O *sorriso* já não aparece somente durante o sono ou como uma resposta reflexa a um estímulo qualquer. Agora, ele tem uma função bem específica, ou seja, a de facilitar uma interação de trocas afetivas. O encantamento do adulto, em geral, toma conta e, irresistivelmente, mantém-se perto daquele pequeno que busca seu contato. O sorriso inicialmente indiferenciado e dirigido para qualquer pessoa é freqüentemente nominado pelos pais como direcionado a eles especialmente. Nenhum mal há nisso pois, muitas vezes, esse sorriso é realmente mais dirigido a alguém. Com o passar do tempo, o foco da resposta de sorriso adquire valor comunicativo ainda maior e configura uma das mais visíveis expressões de prazer e trocas mútuas entre o bebê e a mãe ou outros adultos.

Na medida em que se desenvolve, o bebê encontra formas de provocar reações nos adultos de acordo com suas características pessoais e com sua etapa evolutiva. O apego à mãe (ou ao cuidador) fica cada vez mais evidente e tanto os momentos de aflição como os de alegria são preferencialmente compartilhados com ela. Surge, então, depois do choro e do sorriso, um terceiro marco psíquico e comportamental: a *reação ao estranho*. Esta ocorre por volta de seis a oito meses. Não substitui os marcos anteriores, antes soma-se a eles, manifestando-se como uma maneira mais específica ainda de demonstração de apego por alguém. Além disso, ao "estranhar", o bebê mostra claramente que já é capaz de distinguir o familiar do não-familiar, o que é fundamental para o seu desenvolvimento cognitivo e social e para sua organização emocional posterior.

Entretanto, a reação do bebê ao estranho adquire sentido, na medida em que mobiliza, também, diferentes emoções e respostas nos pais. Desde as manifestações mais sutis de estranhamento, como não sorrir ou não olhar para o estranho até as mais intensas, como o choro intermitente acompanhado de agarramento desesperado ao corpo do adulto de referência, podem ser percebidas pelos pais de formas distintas. Suas reações têm influência determinante sobre a maneira como a criança vai enfrentar uma situação estranha ou nova, permitindo-se a diferenciação entre o novo e o familiar paralela à aproximação e exploração de novos estímulos ou, num outro extremo, evitando qualquer contato e sentindo-se impedida de explorar o ambiente que a rodeia. Alguns pais, em sintonia com seu bebê, reagem à sua expressão de seriedade diante de um desconhecido compreendendo sua sensação de estranheza, mas encorajando-o ao novo contato, garantindo-lhe a segurança e o respeito ao seu próprio tempo e à sua necessidade de aproximação. Outros pais podem terminantemente definir essa mesma reação do bebê como completa recusa de aproximação, confirmando assim, inconscientemente, o perigo de tal contato para a criança. E, há pais, ainda, que podem nem perceber tal manifestação como estranhamento e, portanto, não decodificar um sinal importante de necessidade de reassseguramento de seu bebê, oferecendo-lhe poucas condições para

discernir seus próprios sentimentos. Da mesma forma, as manifestações de extrema estranheza podem ser tomadas como simples "bobagens" ou como completo impedimento de contato interpessoal fora da relação diádica entre a mãe e o bebê. Entretanto, quando adequadamente manejada, pode passar de situação de ansiedade intensa para situações de prazer a serem vividas em outras trocas afetivas.

O padrão de relacionamento que se estabelece nessa etapa evolutiva é de fundamental importância. Serve como modelo para interações posteriores que se desenvolvem sobre bases psíquicas saudáveis ou comprometidas em diferentes níveis. Porém, independentemente da qualidade das vivências interativas iniciais, existe uma tendência para que se repitam em relações posteriores, fazendo com que o indivíduo mantenha tais padrões relacionais ao longo de sua vida.

Esse momento do desenvolvimento do bebê, ocasião em que se incrementam os processos interativos, constitui época de transição em que o *apego* e os *comportamentos de apego* começam a ser francamente exibidos e quando se pode observar a intersecção entre características individuais e influência ambiental como formadoras do psiquismo e da conduta.

Em etapa subsequente, o bebê é capaz de *caminhar*, aparecendo um outro desenvolvimento. Novas experiências emocionais surgem, uma vez que já pode-se movimentar com maior independência, mas, ao mesmo tempo, a mãe e os demais cuidadores precisam propor-lhe alguns limites físicos. O referenciamento social e o uso de comunicações a uma maior distância física são características desse período. Não raras vezes, o adulto assusta-se mais do que a própria criança frente à possibilidade de distanciamento independente que se cria e de exposição a perigos. Isso é real e a necessidade de cuidado é ainda maior. Contudo, o bebê também precisa do suporte emocional e da atenção contínua de um adulto que possa promover seus movimentos exploratórios. Novas regras são instituídas no entremeio das comunicações afetivas que se estabelecem e são essenciais não somente para o reassuramento emocional mas também para a manutenção da saúde física do bebê. Muitos pais, exauridos com a "energia" de seus bebês nessa época, por vezes, questionam seus movimentos de independência e de retorno a eles, quase que instantâneos, numa seqüência cíclica que parece não ter fim. As descobertas do bebê são tantas, que alguns pais confundem-se entre o cansaço físico, a sensação de perda de controle e a satisfação diante da evolução do filho que, nessa ocasião, entre 10 e 13 meses aproximadamente, passa por mudanças rápidas a cada dia.

O início da *linguagem* ocorre, assim, como o que podemos considerar o quinto marco desenvolvimental do bebê, quando, por volta dos 18 aos 22 meses, a consciência reflexiva é acompanhada pela capacidade de pronúncia e uso adequado de um número cada vez maior de palavras. Paralelamente, aparecem as primeiras manifestações de consciência moral e a capacidade de empatizar com sentimentos alheios, não apenas percebendo-os mas, também, procurando oferecer consolo a um adulto aflito, por exemplo. Nessa época, o bebê consegue, ainda, manifestar claramente suas vivências em relação aos cuidados recebidos dos pais ou de outros cuidadores. Isso aparece tanto em relação a outras pessoas como no brinquedo simbólico, já mais elaborado. A criança passa a dramatizar e a exer-

citar sua parentalidade quando brinca com bonecos, sendo capaz de demonstrar por meio deles diferentes emoções próprias, bem como as emoções percebidas nos demais. Os brinquedos ganham vida, e a participação do adulto é frequentemente solicitada em diversas brincadeiras.

Sendo capaz de verbalizar, o bebê descobre que pode mostrar a sua vontade e que pode provocar outras reações nos pais, assinalando-lhes que é um ser diferente deles. O "não" eclode como definitivo nas mais variadas situações. A atitude negativista do bebê, nessa época, e suas mudanças repentinas do humor exigem modificações na organização do ambiente para que progressivamente se adapte às rotinas familiares e sua socialização se incremente. Em geral, dependendo do temperamento da criança e da forma como os pais lidam com tal situação, pode-se criar um clima de tolerância e de limites adequados ou, ao contrário, um ambiente onde se estabelece uma verdadeira guerra de forças.

Este momento é fundamental: ao mesmo tempo em que tenta impor o seu desejo, o bebê necessita da presença acolhedora dos pais, sem que deixem de lhe fornecer a noção dos limites da realidade. A coerência dos pais entre o que dizem e o que fazem é essencial para que essa noção seja adquirida e permita a construção de outras capacidades mentais. A partir disso, a tolerância à frustração, aparentemente inexistente nessa ocasião, paulatinamente toma forma, e o exercício para a consolidação dessa capacidade psíquica contribui significativamente para a sua socialização.

Aos 36 meses, aproximadamente, o bebê já possui dentro de si a base para seus relacionamentos futuros. Concomitantemente, consegue expressar-se verbalmente com maior clareza e pode narrar fatos que acontecem na presença ou na ausência da mãe. Dessa forma, a *narrativa*, juntamente com todo o mecanismo psíquico e cognitivo que a acompanha, parece ser o sexto marco do desenvolvimento do bebê, que vale salientar, ao final de seus primeiros três anos de vida. O conteúdo afetivo que acompanha a narrativa de um pequeno narrador, apresenta histórias de intensas emoções que, reais ou fantasiadas, clamam pela atenção dos adultos. A capacidade simbólica da criança, em pleno a florescimento, não dispensa o olhar parental. Os pais precisam, também agora, poder movimentar-se em direção à sua criança interna, resgatando em suas próprias vivências a possibilidade de brincar e de, portanto, oferecer ao filho momentos interativos que lhe permitam experimentar alternativas de enfrentamento de eventos futuros.

Todos esses movimentos evolutivos, conduzindo a um desenvolvimento saudável, parecem estar ligados ao tipo de apego que se estabelece desde o início da relação entre a mãe e o bebê. Não é possível definir exatamente os motivos que levam aos diferentes tipos de apego que podem ser identificados por volta dos 18 meses. Entretanto, podem ser constatadas formas distintas de reações de bebês frente à aproximação e ao distanciamento da mãe, como preditoras de formas de relacionamentos futuros com raízes bastante precoces. Na presença de uma pessoa estranha, diante do afastamento e do retorno da mãe, algumas crianças manifestam um padrão de *apego seguro*, procurando-a em seu

retorno e sendo facilmente confortadas por ela, mesmo tendo protestado à sua saída. A manutenção desse padrão de apego, em geral, favorece a adequação de relacionamentos posteriores tanto na infância como na vida adulta. Por outro lado, alguns bebês demonstram um *apego inseguro* que pode ser observado com diferentes manifestações. As crianças que não reclamam o afastamento da mãe, evitando-a ao seu retorno e continuando a brincar como se nada de incomum tivesse acontecido, são identificadas como tendo um *apego evitativo* à figura de referência. O *apego resistente*, por sua vez, é manifestado pelos bebês que, quando a mãe sai, ficam muito aflitos e, quando volta, aproximam-se e afastam-se dela alternadamente. Tanto o apego evitativo como o apego resistente, quando persistentes, tendem a consolidar a busca de relacionamentos inseguros e instáveis, nos quais o indivíduo dificilmente alcança um padrão satisfatório de trocas afetivas baseadas em relações de confiança mútua. Um quarto tipo de apego pode ser identificado entre crianças que parecem confusas e com medo diante do afastamento e da aproximação de suas mães. Esse padrão é chamado *desorganizado* e parece freqüente entre crianças maltratadas, filhos de mães deprimidas e crianças cujas mães sofreram perdas precoces de suas próprias figuras de apego. Mães que tiveram apego inseguro com suas próprias mães tendem a repetir esse padrão com seus filhos. O prejuízo emocional dessas crianças, geralmente, é bastante evidente, sendo comum entre elas o desequilíbrio entre as diversas áreas do desenvolvimento.

VINHETAS CLÍNICAS

Caso 1

Roberta, 32 anos, primeira gravidez, possuía inúmeros fatores de risco para a interação com seu bebê. A pobreza, o uso de drogas e os maus-tratos físicos e emocionais faziam parte de sua história pregressa. A tendência à repetição dessas vivências em sua vida conjugal era clara. Entretanto, uma motivação psíquica saudável permitiu-lhe buscar auxílio terapêutico no ambulatório Pais-Bebê do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no intuito de oferecer ao seu bebê algo diferente daquilo que tivera em sua infância. O nascimento do bebê, que chamou de Ana, fez com que Roberta colocasse a prova a sua capacidade de ser mãe. Tranqüila inicialmente, Ana só chorava quando tinha fome. Mesmo orientada a utilizar fórmula na mamadeira para alimentar o bebê entre as mamadas ao peito, Roberta tinha certeza de que Ana preferia o seu leite, diretamente do peito, ao outro na mamadeira. Com poucos parâmetros familiares para cuidar bem de seu bebê, Roberta procurava informar-se com o terapeuta, com amigos, com as enfermeiras do hospital onde deu à luz e com livros sobre cuidados adequados. O bebê mantinha-se visivelmente bem atendido. Olhava fixamente para o rosto da mãe, que correspondia constantemente durante as mamadas, acariciando-a com

delicadeza e tentando decodificar de forma adequada os pequenos gemidos que emitia. Aos dois meses e meio, aproximadamente, Ana já sorria especialmente para sua mãe e procurava corresponder quando Roberta conversava com ela, emitindo sons guturais e movimentando o corpo. Caso a mãe falasse com outra pessoa enquanto a alimentava, Ana interrompia a sucção e choramingava. Cessava imediatamente essa manifestação de desconforto quando Roberta se voltava novamente para ela, compreendendo o seu desejo de contato.

Uma das questões que chama a atenção nesse caso recai sobre os riscos inegáveis presentes na história da mãe. No entanto, mesmo diante de tantas condições adversas, Roberta fica absorta por seu bebê. Seu desejo de ser uma boa mãe, acionado por uma criança que exerce um tropismo ativo em direção a ela, parece permitir, ao menos nesse momento, o estabelecimento dos primórdios de um apego sustentado por uma comunicação de trocas afetivas, mútuas e sadias.

Caso 2

Paula, preocupada com sua pouca disposição para cuidar do filho e as repercussões disso sobre o desenvolvimento do bebê, busca auxílio terapêutico no HCPA para ambos. Em uma das sessões iniciais de acompanhamento, Gabriel, com seis meses, do colo da mãe observa o ambiente. Inicia um leve sorriso para uma das pessoas à sua frente e o apaga em seguida do rosto, virando-se para o peito da mãe, que conta de sua desmotivação para cuidar da casa e da família. Gabriel procura novamente o olhar do adulto que ouve e conversa com a mãe, sorri e, ao ser correspondido, olha para a mãe, insistentemente, até que ela também o olhe e fale sobre sua atitude. Gabriel parece pedir-lhe autorização para interagir com a outra pessoa. Repetindo esses movimentos algumas vezes, parece sentir-se mais seguro para a exploração do que está à sua volta. Então, sorri muito, vocaliza, balança braços e pernas e volta a aconchegar-se no peito da mãe, após longos momentos de trocas de olhares e "conversa" com o adulto que os atende.

Apesar das preocupações e manifestações depressivas maternas, Gabriel parece, nesse momento, conseguir resgatar na mãe o preenchimento de suas necessidades de reassuramento para que possa explorar o seu entorno. Mesmo sentindo-se incapacitada para ser uma boa mãe, Paula consegue dar a Gabriel a oportunidade de utilizar meios próprios para mobilizar a sua atenção, e certamente Gabriel possui importantes recursos pessoais para isso. Contudo, o atendimento de Paula parece fundamental para que tal processo interativo tenha continuidade.

Caso 3

Nina, dois anos e oito meses, desesperava-se quando um desejo seu não era atendido, tentando controlar o ambiente com ordens contínuas a todos os adultos à sua volta. Não conseguia brincar como uma criança de sua idade e mantinha-se constantemente muito agitada, falando e caminhando quase sem qualquer pausa. A

mãe não sabia mais o que fazer e procurou o auxílio terapêutico no HCPA, sugerido pela escola. Durante os atendimentos, mãe e filha tiveram a oportunidade de observar e vivenciar um novo modelo de interação. Sentindo que não havia qualquer perigo quando Nina recebia um limite, ambas puderam tranquilizar-se, e Nina pôde começar a manter-se por algum tempo concentrada em uma atividade, pois a mãe também conseguiu brincar com ela.

Certamente, um longo trabalho precisará ser feito no sentido de compreender a dinâmica familiar e o papel que a agitação de Nina tem nesse contexto. Entretanto, a partir de resultados terapêuticos ainda incipientes, pode-se supor um potencial de reorganização do padrão de apego que se estabelecera precocemente, de maneira que Nina tenha condições de desenvolver relações afetivas saudáveis posteriores a partir de novas experiências de interação com sua mãe.

Os três casos clínicos, aparentemente diversos, têm em comum o risco que a relação inicial frágil com a mãe pode representar para o desenvolvimento do bebê. As situações apresentadas envolvem bebês em diferentes etapas evolutivas, cada uma delas com suas peculiaridades e necessidades específicas. Um bebê inicia a sua vida de relação, o outro procura ampliar as suas relações a partir da autorização materna, e o último tenta independizar-se, mas ainda precisa do respaldo da mãe para conseguir isso de forma sadia. As potencialidades dos bebês para sinalizar e para interagir manifestam-se em todas as vinhetas descritas, ao mesmo tempo em que a relação com suas mães permite o estabelecimento do apego entre ambos. As condutas de apego estão permeadas por significados atribuídos por cada pai e/ou mãe a cada bebê, pois essas mães, como tantas, possuem histórias de relacionamentos anteriores difíceis revividas com seus filhos. Entretanto, os três bebês, em distintos momentos de seu desenvolvimento, alcançam a possível comunicação com seus cuidadores mantendo-os atentos às suas necessidades. Se já pudessem falar, estariam possivelmente dizendo "Estou aqui, não desanime! Ajude-me a continuar crescendo", pois é a relação com as pessoas mais próximas que dará ao bebê condições para que utilize o potencial que traz consigo.

Não se pode prever o futuro desses bebês e de seus pais. Sabemos que, no primeiro caso, temos uma relação que, mesmo sendo bastante inicial, já revela grande potencial, mas que precisa ser cultivada para que tenha continuidade. Na segunda vinheta, temos uma mãe sensível, mas que sente não conseguir utilizar toda a sua sensibilidade, e um bebê que tenta reanimá-la. Na terceira situação, por fim, há uma bebê que claramente expressa, a seu modo: "Algo ficou faltando, preciso preencher esse espaço, mas preciso de ajuda. Podemos conseguir juntos".

O interessante é que situações como as que foram brevemente relatadas passam diariamente pelos olhos de inúmeros profissionais. Essas que foram discutidas neste texto chegaram ao atendimento, buscaram os recursos da comunidade e estão sendo ajudadas. E aquelas que passam despercebidas? É nosso papel estarmos alertas a todos os sinais, não apenas aos do bebê como parte de seu desenvolvimento, mas à relação que estabelece com seus pais e, especialmente, à relação

que os pais estabelecem com ele. Em que momento, como e por que veio esse bebê? O que cada bebê representa para cada pai e para cada mãe e o que representa para cada profissional que faz contato com eles?

Em situações diversas como essas, pode-se supor que tais padrões de relacionamento tenham influência marcante sobre as relações interpessoais futuras. A expectativa, no momento, gira em torno da possibilidade de intervenção precoce sempre que seja detectado sofrimento revelado pela interação da dupla bebê-cuidador principal, de maneira que se possa prevenir prejuízos psíquicos importantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AINSWORTH, M.D. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum, 1978.
- BENEDECK, T.; ANTHONY, J. (1970) *Parentalidad*. Buenos Aires: ASSAPIA, AMORRURTU E., 1983.
- BOWLBY, J. *Apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- BRAZELTON, T.; CRAMER, B.G. *The earliest relationship: parents, infants and the drama of early attachment*. USA, Addison-Wesley Publishing Company Inc, 1989.
- BRONFENBRENNER, U. Ecology of the family as a context of human development: research perspective. *Developmental Psychology*, n.22, p.723-742, 1986.
- EMDE, R.N. Moving ahead: integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, v.80, n.2, p.317-339, 1999.
- FRAIBERG, S. H. *Clinical studies in infant mental health*. London e New York: Tavistock Publications, 1980.
- FREUD, S. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v.4.
- _____. (1917 [1916/1917]). Teoria geral das neuroses. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.16.
- KLEIN, M. (1952). Observando a conduta de bebês. In: *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós-Hormé, 1974. v.3.
- LEBOVICI, S., *Le nourrisson, la mère et le psychoanalyste: les interactions precoces*. Paris: Editions du Centurion, 1983.
- NEWCOMBE, N. *Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen*. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.
- OSOFSKY, J. The effects of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, v.50, n.9, p.782-788, 1995.
- PIONTELLI, A. (1992) *De feto à criança: um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

SAMEROFF, A. J., EMDE, R.N. *Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach*. New York: Basic Books, 1989.

SPITZ, R. A. *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

WINNICOTT, D. W. (1986). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

O Ciclo Vital da Família

Olga Garcia Falceto, José Ovídio Copstein Waldemar

Neste capítulo, estudaremos as fases do ciclo vital da família, enfatizando a interação dos fatores familiares com os socioeconômicos. Em outros capítulos do livro, abordam-se os aspectos mais conhecidos das relações do desenvolvimento do indivíduo com o grupo familiar. Nossa escolha de dar mais atenção às questões socioeconômicas e culturais deve-se ao fato de estarmos vivendo em uma época em que os temas sociais estão particularmente marcados por paradoxos e contradições e tais assuntos têm sido relativamente pouco abordados na literatura psicológica.

Sabemos que a família e suas transformações ocorrem em condições históricas determinadas, que têm fundamental importância para a compreensão profunda dos fenômenos estudados.

Este capítulo refere-se principalmente à classe média, mas procura também orientar quem precisa entender o que se passa com famílias em outras situações de vida. Além das fases da família tradicional, foram incluídos dois outros temas que, por sua relevância na atualidade, não poderiam deixar de figurar: o divórcio e o recasamento.

A FAMÍLIA ATUAL

Na própria cerimônia do casamento, já se revelam potencialmente a maioria das características, dos conflitos e das complexidades da vida familiar ao longo do tempo. Quando dois adultos planejam seu casamento, não são apenas indivíduos,

mas duas famílias, com suas histórias, tradições, expectativas e rede sociais. Por exemplo, já nos preparativos do casamento é comum surgirem impasses e busca de soluções criativas: em famílias divorciadas nas quais o pai se afastou, quem entrará com a noiva?

Os rituais de passagem, e o casamento é um excelente exemplo, historicamente são utilizados para que a família assuma e elabore suas crises de transição de um para outro estágio da vida (Imber-Black, 1998). Na atualidade, muitos desses rituais transformaram-se, principalmente a partir dos anos 60, pois eram muito rígidos e ajudavam a manter o *status quo*. Por exemplo, o noivado, que era uma cerimônia que dava mais liberdade aos jovens ao preço de um compromisso público formal geralmente exigido pela família, hoje ressurgiu de forma mais criativa e espontânea, com muitos casais montando suas próprias cerimônias tanto de noivado como de casamento.

Nos pontos de transição da vida familiar, que coincidem com as crises de desenvolvimento do indivíduo (ver os outros capítulos do livro), surgem frequentemente impasses e bloqueios, desencadeando sintomas emocionais ou mesmo quadros psiquiátricos. Nesses momentos críticos de transição, o indivíduo e a família podem perder a noção do fluxo do tempo e passam a enxergar a situação presente como eterna. Portanto, quando se auxilia a família a perceber a relação entre os sintomas dos indivíduos e a atual crise vital, introduzindo a noção de transitoriedade e impermanência, vive-se uma experiência que ajuda a grande maioria a retomar o caminho natural do desenvolvimento.

Por isso, é fundamental aos clínicos e a todos os interessados no comportamento humano o estudo do impacto do desenrolar do tempo na vida da família e de seus membros, que denominamos o ciclo vital da família (McGoldrick, 1994).

Por exemplo, os acontecimentos na vida de um casal com problemas são determinados não só pelos cônjuges, mas também pela concomitante doença de um avô muito importante na constelação familiar. Por razões como essa, é necessário incluir pelo menos três gerações no estudo de casos e agora, com o aumento da longevidade, frequentemente quatro.

Hoje, portanto, é necessário compreender que as mudanças que se manifestam na vida dos indivíduos são fortemente influenciadas pela história trigeracional e também pelo meio social, cultural e econômico em que vive a família.

Historicamente, o processo de emancipação feminista na segunda metade do século XX, por exemplo, com a luta por mais igualdade das mulheres, trouxe simultaneamente para dentro dos lares novas dificuldades matrimoniais, especialmente na área de distribuição do poder (Rampage, 1998). Mesmo com os homens ajudando mais nas lides domésticas, as mulheres continuam defrontando-se com a dupla jornada de trabalho e lutando por creches onde as crianças possam ser apropriadamente cuidadas. Ainda são raras as sociedades que já se organizaram adequadamente para resolver tais problemas.

Observamos atualmente uma diversidade muito grande de constelações familiares: pais com seus filhos biológicos, crianças com padrastos e madrastas, avós morando junto com outras gerações, filhos adotivos, pais que nunca casaram

e assim por diante. Sabe-se, por exemplo, que uma mãe pode, sozinha, criar uma filha perfeitamente ajustada, mas é desejável que exista uma outra pessoa disponível, emocionalmente significativa, que facilite a superação da simbiose entre ambas, que faz parte da evolução normal da relação. Por tudo isso, evita-se falar atualmente em “família normal” e presta-se atenção especialmente às singularidades e recursos próprios de cada situação.

Essa diversidade deve-se, principalmente, ao fato de que, em muitos países, 30% dos casais separam-se ao longo da vida, sendo que nos Estados Unidos, para os que se casaram após 1995, esse índice chega a 50% (Seibt, 1996). A maioria dos que se separam volta a casar, principalmente os homens, mas o percentual de separações no segundo casamento é de 60%. “Não esperava tantos problemas com os filhos do primeiro casamento”, é o que comumente se escuta. Em uma pesquisa americana, a família nuclear tradicional, isto é, o casal e seus filhos biológicos, não ultrapassou 30% dos domicílios, enquanto em quase 20% dos lares havia crianças de casamentos anteriores. Em Porto Alegre (RS), um estudo semelhante mostrou que só 50% dos adolescentes viviam exclusivamente com ambos os pais em casa (Abreu, 1991).

As pessoas estão separando-se mais, mas continuam casando e recasando. Portanto, a família está ficando mais complexa, pois o ser humano, buscando intimidade emocional e segurança afetiva, ainda não encontrou uma melhor forma de conviver e de criar filhos.

INFLUÊNCIAS HISTÓRICAS, CULTURAIS E ECONÔMICAS

A família mudou ao longo dos séculos e, mesmo hoje, encontramos realidades completamente distintas, por exemplo, na China, na Arábia Saudita e na Nigéria. Enquanto, como parte da globalização econômica e cultural, a classe média alta americana e a brasileira partilham diversos valores comuns, dentro de cada país temos muitas diferenças, dependendo da geografia, da etnia, da localização urbana ou rural e da classe social.

A família de classe pobre que vive em favela tem suas características próprias, porém também apresenta diversidade. As mães solteiras chefes de família são comuns, mas os moradores também constituem uma extensa rede social, consanguínea ou não, que em um sistema de auto-ajuda forma uma verdadeira minicomunidade solidária. Muitos jovens constroem cômodos e vivem nos pátios da casa dos pais ou parentes, criando uma extensa rede familiar.

O contexto socioeconômico do agravamento da crise social nacional e mundial é outro parâmetro indispensável para a compreensão mais profunda do que se passa com a família na atualidade. O desemprego, o subemprego, a corrupção e a violência que atingem todos os setores da sociedade, apesar de fenômenos complexos, já são vistos principalmente como reflexo da subcultura de extrema desigualdade social. Toda a população, nas vilas e nos bairros afluentes, convive com a ameaça à integridade física e também com a insegurança econômica, já que a

instabilidade social retira qualquer fator de previsibilidade quanto ao futuro não imediato. As chacinas de fim de semana, os pedintes em todos os semáforos, as crianças nas ruas, os guardadores de carro em cada quadra, criam um constante e pesado clima psicológico. Essa luta desenfreada pela sobrevivência tem sido equiparada a uma disfarçada mas verdadeira guerra civil. Tal realidade não está apenas nas ruas, mas também instalada dentro das casas, pois hoje é rara a família que ainda não se deparou com o desemprego ou a violência no seu cotidiano. Tudo isso agravado pela mídia e pela intensa propaganda comercial, estimulando nas pessoas a expectativa de que a felicidade está sempre em um nível de consumo acima do seu, enquanto na realidade a grande maioria precisa suportar a frustração de que está piorando de vida ou de que mal consegue manter o que tem.

Por outro lado, como fator positivo, tal clima faz com que comece a prevalecer a compreensão sistêmica de que é impossível mudar a qualidade de vida de um setor isolado, sem de fato melhorar a do conjunto da sociedade, levando muitos cidadãos à participação em associações profissionais, de bairro, em sindicatos, em organizações não-governamentais (ONGS) ou mesmo em partidos políticos. Concomitantemente, no âmbito empresarial, muitas firmas começam a realizar trabalhos sociais interna e externamente.

Como parte também dessas influências e reações globais, as preocupações ecológicas começam a fazer parte do cotidiano das pessoas, como no exemplo bem-sucedido da coleta seletiva do lixo. Amplos setores da sociedade cada vez mais se convencem da impossibilidade de uma melhor qualidade de vida para todos se não forem tomadas medidas radicais e urgentes para combater a gradativa degradação ecológica do planeta.

Todos esses fatores complexos contribuem para o ambiente atual onde, além da presença e da esperança nos grandes benefícios do progresso tecnológico, a ansiedade e a incerteza já fazem parte intrínseca do contexto da família, que encontra cada vez menos verdades prontas e cada vez mais valores que em grande medida têm de ser construídos colaborativamente por todos.

UNIDADE E DIVERSIDADE

Se, por um lado, precisamos ser sensíveis às singularidades de cada família, também temos alguns dados bem-estabelecidos sobre o que é essencial para um bom desenvolvimento psicológico. O principal são adultos que se responsabilizem pelas demandas básicas dos filhos de cuidados, amor e limites, sem deixar de lado suas próprias necessidades. O relacionamento emocional deve ser consistente e flexível, conforme as etapas do ciclo vital e as peculiaridades da família. Nos conflitos, evita-se o autoritarismo e buscam-se soluções negociadas. No casal que está relacionando-se bem, a comunicação é franca e o poder é partilhado com ambos os cônjuges valorizados, mesmo que exerçam tarefas diferentes (Beavers, 1990).

As mulheres estão conseguindo cada vez mais igualdade com os homens, mas, apesar da revolução feminista, elas ainda ficam com o fardo principal da educação

dos filhos, dos cuidados dos idosos e das lides domésticas. Os homens, por sua vez, continuam, em grande número, a assumir a principal responsabilidade pelo lado econômico, o que faz com que para eles o desemprego seja moralmente bem mais catastrófico. Nas classes urbanas pobres, por ser mais fácil que as mulheres consigam emprego como domésticas, isso até introduz um desequilíbrio estrutural importante nas relações de gênero nessas famílias (Falceto, 1994).

Uma pesquisa de Dunn e colaboradores (2000) em artigo recente afirma: "... das pesquisas sobre a associação das transições familiares com mudanças no comportamento das crianças, uma lição geral sobressai: existe cada vez mais evidência para a hipótese de que muitos efeitos das transições familiares, pobreza, problemas sociais e outros fatores de risco para as crianças são provavelmente mediados pelos processos mais íntimos das relações emocionais dentro das famílias, principalmente entre pais e filhos". Enquanto todas as famílias passam por situações de estresse como doenças, divórcio, crises econômicas e acidentais, algumas delas saem relativamente ilesas, ao passo que outras desorganizam-se gravemente. Quando as questões básicas de sobrevivência não estão garantidas, como mostrou um estudo clássico no Havai (Walsh, 1996) que acompanhou ao longo de 20 anos a evolução de todas as crianças de um bairro extremamente pobre, constata-se que apenas 25% delas não repetiram o ciclo tradicional da pobreza caracterizado por delinquência, marginalidade, gravidez precoce, alcoolismo e doença mental. Para entender isso, tem-se utilizado o conceito de resiliência familiar, que é um termo emprestado da Física e que significa a capacidade de um material voltar ao estado inicial depois de sofrer pressões ou deformações (por exemplo, uma mola tem alta resiliência; a argila, pouca). Parece que as famílias com mais resiliência, que enfrentam melhor as dificuldades da vida, conseguem manter um equilíbrio dinâmico entre dois grupos de características psicológicas complementares. O primeiro é formado por valores auto-afirmativos que incluem iniciativa, independência, criatividade, humor e flexibilidade. O segundo engloba as necessidades integradoras tais como visão de mundo compartilhada, cooperação, altruísmo e espiritualidade. Além disso, os indivíduos que escaparam do ciclo da pobreza atribuíam sempre seu destino a uma mão amiga estendida por alguém (Walsh, 1996).

Uma revisão recente (Wamboldt, 2000) das pesquisas dos últimos dez anos sobre famílias traz evidências de como a organização e a dinâmica familiar são fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo. Os estudos mostram que os cuidados parentais, incluindo aqui a disciplina doméstica, são importantes no surgimento de transtornos do comportamento e que tratar os irmãos diferentemente está associado a transtornos de internalização (antes denominados neuroses). Esses estudos mostram também que atitudes críticas exageradas dentro da família estão relacionadas ao mau prognóstico de muitas doenças físicas e psiquiátricas na infância e adolescência. Um outro dado importante é que, mesmo contando com recursos, a doença crônica de um filho afeta a dinâmica familiar, tornando o grupo menos carinhoso e comunicativo. Quando a família não possui amparo social, pode-se imaginar o impacto ainda mais devastador da doença crônica.

FASES DO CICLO VITAL DA FAMÍLIA

A estrutura e o funcionamento familiar modificam-se ao longo do ciclo vital para adequar-se às mudanças em seus membros e às vicissitudes da vida (McGoldrick, 1994).

Existem momentos em que predominam as forças centrípetas, como no nascimento das crianças, com as famílias tendendo a aglutinar-se, enquanto em outros prevalecem as centrífugas, como na adolescência dos filhos, quando as famílias abrem-se para o exterior, facilitando entradas e saídas do sistema familiar (Combrinck-Graham, 1985). As fases da família que mencionamos a seguir devem ser vistas como modelos (Minuchin, 1982), já que, na prática, geralmente encontramos situações mistas, como, por exemplo, os pais de adolescentes sendo os mesmos pais do bebê temporão, que devem simultaneamente responder às necessidades de duas fases diferentes do desenvolvimento.

O Casal sem Filhos

Na classe média, os jovens estão permanecendo mais tempo na casa dos pais e casando mais tarde. Isso se deve a vários fatores. Em primeiro lugar, temos a necessidade de completar mais anos de pós-graduação para o competitivo mercado de trabalho. Depois, precisa-se ainda de tempo para conseguir um emprego que dê condições de manter uma independência econômica. Por último, as mudanças morais já não obrigam mais os jovens a casar para começar a manter relações sexuais.

Nessa fase, espera-se que as pessoas já tenham uma relativa separação emocional da família de origem, até então o lugar onde se encontravam as pessoas mais importantes afetivamente. Isso facilitaria o processo básico pelo qual o cônjuge, ao longo do casamento, torna-se a pessoa emocionalmente mais significativa. Como muitos jovens só conseguem começar sua vida matrimonial com o apoio financeiro dos pais, o que é uma ajuda acaba também se tornando um problema, já que como um dos desafios principais dessa fase é a necessidade de se conseguir uma autonomia ampla da família de origem, a continuação da dependência econômica interfere nesse processo (Severino, 1996).

Outro aspecto fundamental dessa etapa é o aprofundamento do conhecimento mútuo, com o estabelecimento de regras e rotinas para o funcionamento do casal. Muitos casais descobrem que morar juntos é bem diferente dos fins de semana e das férias que haviam partilhado. Precisam encaminhar, entre outras questões, como, por exemplo, se há espaço para amizades individuais, o manejo das finanças, a frequência sexual, as visitas aos sogros e a divisão das tarefas domésticas. Se o casamento foi baseado em uma idealização excessiva um do outro, as decepções podem ser brutais, e o divórcio é muito provável. É nessa fase justamente que se dá a maior proporção de separações em relação à totalidade dos divórcios, pois a ausência de filhos favorece uma ruptura menos traumática.

O Casal com Filhos Pequenos

O elemento organizador da vida familiar e seus ciclos é o cuidado dos filhos. A chegada do primogênito traz novas identidades: transforma o casal em família, o marido em pai, a esposa em mãe e os pais em avós. De um lado, a celebração familiar, do outro, as dificuldades e os medos comuns sobre como lidar com o bebê recém-chegado (Brazelton, 1988). As novas responsabilidades amadurecem o caráter, e a auto-estima fortalece-se com o orgulho muito especial da condição de pais.

Quando a situação vai bem, o pai dá o suporte essencial para que a dupla mãe-filho se fortaleça (Prado, 1996). As condições para isso constroem-se desde a decisão de engravidar até o acompanhamento do pré-natal e do parto. O profissional dentro do sistema de saúde deve incentivar a participação do pai em todas essas etapas, o que facilita a formação do vínculo mãe-bebê. As grandes demandas físicas e emocionais geradas pela presença do bebê podem desestabilizar o casal. Quando isso acontece, é nos novos papéis de pai e mãe que os problemas mal-resolvidos podem manifestar-se, repetindo os padrões disfuncionais aprendidos na família de origem de cada um. A mãe passa por um período de grande vulnerabilidade, pois precisa adaptar-se às mudanças relacionais e biológicas em um momento em que, geralmente, também está investindo profissionalmente. Conciliar todas essas necessidades requer muita maturidade, e só se constrói harmonia conjugal com muitas renúncias pessoais, para o que nossa sociedade individualista não prepara adequadamente. Essa é uma das principais razões do divórcio precoce.

À medida que o bebê cresce, as demandas modificam-se, mas continuam intensas na idade pré-escolar. Todas as atividades da criança precisam ser acompanhadas, orientadas e supervisionadas com afeto e adequada colocação de limites. É uma etapa de rápido desenvolvimento, com a criança apresentando comportamentos que freqüentemente são novos desafios para os pais.

É difícil conciliar esses cuidados com a exigência de ambos trabalharem fora e, muitas vezes, terem de continuar estudando para desenvolver as respectivas carreiras. Esse é um período em que a definição das tarefas de mãe e pai e a capacidade de colaboração do casal são maximamente testadas. Quando há problemas, é comum na nossa cultura que a mãe queixe-se de que o pai é ausente ou autoritário, enquanto este reclama que ela é superprotetora e inconsistente na disciplina.

Os avós, nessa etapa, tornam-se especialmente importantes, pois podem auxiliar os pais a cuidar dos netos, assumindo algumas tarefas. Para muitos aposentados, essa atividade passa a ser a mais significativa em suas vidas, já que têm bastante tempo livre. O perigo é que os avós infantilizem os pais, assumindo exageradamente espaços que devem ser dos mesmos, ou então o contrário, sintam-se sobrecarregados com os netos. Um bom diálogo entre as gerações supera esses problemas.

Os pais envolvidos com o trabalho, com os filhos e com as lides domésticas precisam ter muito cuidado para manter o romance aceso no casamento e não hipertrofiar os novos papéis. Freqüentemente, o início do desgaste do casal começa quando pai e mãe esquecem-se de continuar sendo marido e mulher. O pêndulo não

deve também oscilar no sentido oposto, com pais tão dedicados um ao outro que deixam os filhos relativamente negligenciados.

À medida que os filhos crescem, a família gradativamente abre-se para o mundo externo, representado principalmente pela escola. Os cuidados de filhos em idade escolar exigem da família grande coesão e organização. A escola funciona como uma verdadeira vitrina da família, mostrando o que está indo bem e o que está indo mal. Por isso, é natural que seja a escola quem tome freqüentemente a iniciativa de encaminhar a criança para atendimento (Fichtner, 1996).

A Família com Filhos Adolescentes

A adolescência é a fase de transição da infância para o mundo adulto. O adolescente reivindica os privilégios do adulto, que vêm junto com as responsabilidades. Para isso, o adolescente necessita sentir que controla aspectos importantes da sua vida: aparência física, escolha de amigos, horários, dinheiro. Esses são temas típicos de conflito com os pais, que precisam de muita flexibilidade e bom senso para responder ao adolescente. Ele os confunde, pois ora porta-se como criança, ora como adulto. Os pais, em geral, sentem-se sem parâmetros sobre como agir. Os piores problemas ocorrem nas famílias rígidas, quando o adolescente quer só os privilégios, e a família insiste principalmente nas responsabilidades. Apesar da tensão do conflito normal das gerações, o adolescente que está bem tem bom desempenho escolar e convive com a família em relativa harmonia. O adolescente que nessa fase apresenta graves sintomas já vem com uma longa história de problemas psiquiátricos (Waldemar, 1983).

O movimento das gerações faz com que seja freqüente que, na adolescência dos filhos, o casal enfrente a crise da meia-idade, e os avós aposentados comecem a apresentar problemas de saúde (Falceto, 1996). Para os pais, a crise da meia-idade é um momento de pausa e reflexão em que se avaliam os rumos que a vida tomou. "Estou satisfeito na profissão?", "Quero continuar com o meu casamento deste jeito?", "Estou contribuindo para a melhoria da sociedade?" Nesse momento as pessoas sentem-se ainda suficientemente jovens para mudar, mas receiam que, se deixarem a oportunidade passar, pode ser tarde demais. Por isso, há um novo pico de divórcio nessa etapa, daqueles casais que vinham mal e estavam deixando os filhos crescerem para tomar uma decisão.

Quando encaminha bem a situação, o casal renova a relação conjugal com mais atividades criativas, espirituais ou de lazer, ficando emocionalmente em contato próximo com os avós, ajudando-os em caso de necessidade. Isso libera os jovens para encontrarem seu espaço de liberdade e experimentação. Um dos mais instigantes desafios atuais às famílias com adolescentes é a questão da nova sexualidade dos jovens, que trazem seus namorados para dormir em seus quartos na casa dos pais, os quais, mesmo sendo da geração que iniciou a revolução sexual, precisam junto com seus filhos criar suas próprias regras para responder a essa nova realidade cultural.

A Saída dos Filhos de Casa e o “Ninho Vazio”

Como resultado do prolongamento da estadia dos filhos na casa dos pais, essa fase pode começar quando o casal já está além dos 60 anos. Mesmo assim, com a idade média da vida subindo, essa tornou-se a fase mais longa do ciclo vital da família.

A aposentadoria, além de perdas financeiras, traz comumente uma diminuição do prestígio pessoal. Idealmente, ela não deveria ser compulsória, mas levar em conta a saúde da pessoa e a disposição para o trabalho, pois a maioria dos aposentados prefere continuar com algum tipo de atividade produtiva. Nas empresas familiares, é freqüente que ocorra um período prolongado de transição, com a velha guarda passando com dificuldade o comando para a nova geração. Nesse processo, problemas entre os irmãos são comuns.

Essa fase tende a ser aquela em que mais “se colhe o que se plantou”, pois o tempo para novos investimentos emocionais está escasseando. O casal precisa reacostumar-se a viver apenas um com o outro, cuidar de sua saúde e procurar novas formas de socialização. A universidade da terceira idade é uma idéia criativa, por exemplo. Muitos têm prazer em continuar ajudando os filhos, enquanto outros sentem isso como sobrecarga. Uma situação delicada para todos os envolvidos é a dos idosos, saudáveis ou não, que precisam de muita ajuda financeira da família.

A FAMÍLIA E O DIVÓRCIO

O ciclo vital da família não foi sempre igual. Ele hoje está aumentado e tornando-se complexo por vários fatores: o aumento da longevidade, as mudanças no papel da mulher, a diminuição da natalidade. Existe também a aceitação de diferentes padrões de normalidade, as famílias homossexuais, os casais que não querem filhos e as famílias binucleares pós-divórcio.

Historicamente, a infância como se conhece hoje foi construída ao longo do século XVIII, entre outras razões, com a criação da escola; a adolescência é um produto do século XIX, enquanto a mulher independente e valorizada surgiu plenamente na segunda metade do século XX.

É possível que o século XXI presencie o surgimento de novas configurações familiares e sociais com o aumento das interconexões criadas pelos casamentos monogâmicos seriais, consequência do alto índice de divórcios.

Por que tantos divórcios? (Waldemar, 1996) Incompatibilidades entre marido e mulher sempre existiram, mas hoje as pressões sociais para se continuar casado são bem menores. As mulheres estão mais independentes e tomando também a iniciativa do divórcio. A sociedade moderna educa as pessoas para exigir o “máximo” da vida, não aceitando os limites de uma relação emocional desvitalizada ou beligerante. No entanto, numa separação, os sentimentos de perda são muito grandes e, quando há filhos, é muito comum o casal viver mal por um longo tempo até que o desenlace final ocorra. No processo de divórcio, são comuns os sentimentos fortes de fracasso, frustração, raiva e desejos de vingança. Se, por um lado, a carga

maior fica com a mulher, que assume a principal responsabilidade com os filhos – nos Estados Unidos atualmente só um em cada dez pais fica com a guarda – o homem está mais predisposto à depressão, especialmente se o seu contato com os filhos é pequeno. Em 10% dos casos o pai desaparece da vida dos filhos com o tempo, especialmente os que param de dar ajuda financeira. Por isso, o primeiro objetivo pós-separação é manter o contato estreito dos filhos com o pai.

Quando a separação é boa, o que ocorre em aproximadamente 25% dos casos (Ahrns, 1995), as conseqüências para os filhos são menores. Por separação boa entende-se aquela em que, principalmente, protege-se a saúde mental dos filhos, com os ex-cônjuges colaborando cordialmente e deixando os filhos de fora dos muitos conflitos do casal. Os pais separados têm cuidado cada vez mais dos filhos tanto quanto as mães. Levam-nos para suas casas, dão banho, limpam, cozinham e realizam todas as tarefas necessárias. Muitos, se conseguissem, assumiriam a guarda deles. Essas mesmas características têm muitos pais que nunca moraram com as mães de seus filhos, mas que sentem prazer em participar plenamente da educação deles.

Nas separações mais difíceis, principalmente nos casamentos de pessoas muito dependentes e regressivas, a perda do cônjuge desperta grandes temores infantis de insegurança e desamparo. É comum, no auge do processo de divórcio, que as pessoas se desequilibrem e se acusem mutuamente de ter enlouquecido, agindo de forma muito imprevisível. Com o tempo, isso felizmente é atenuado.

As reações da criança ao divórcio dependem da idade, do temperamento e da capacidade de lidar com a tensão. Se havia violência familiar, a sensação poderá ser até de alívio. A maioria das crianças apresenta alguns sintomas nos dois primeiros anos após o divórcio, principalmente na escola. Após esse tempo, existem divergências na literatura sobre as conseqüências do divórcio para os filhos. Wallerstein (2000) enfatiza os danos a longo prazo, mas outros autores discordam, assinalando a sua amostragem limitada. Seibt (1996), por exemplo, cita um estudo que mostra que após dois anos 80% dos filhos estão bem e que só 20% continuam com problemas. Segundo Kelly (2000), o argumento dos pais de ficarem casados pelos filhos contradiz os estudos que mostram que as crianças que vivem em um ambiente de conflito marital crônico são mais problemáticas do que aquelas cujos pais se separam relativamente bem.

Durante o processo do divórcio, observam-se minicrises previsíveis para as quais os adultos devem estar preparados (Seibt, 1996):

1. no momento da decisão de separar-se;
2. quando a decisão é comunicada à família e aos amigos;
3. quando se discutem dinheiro e visitas;
4. quando a separação física acontece;
5. quando o divórcio legal é assinado;
6. quando assuntos precisam ser renegociados, como, por exemplo, dinheiro e visitas e quando um dos pais começa a namorar;
7. quando se comemoram aniversários, formaturas e outros acontecimentos importantes (um dos dois casa novamente, por exemplo).

RECASAMENTO

No primeiro casamento, existe um importante período inicial durante o qual o casal sem filhos passa por um processo intenso, mútuo, de adaptação emocional. Isso não acontece no recasamento, e como cada vez mais crianças estão vivendo nessas famílias, a tentativa de solução simultânea das dificuldades maritais e familiares propicia um envolvimento excessivo dos filhos no conflito conjugal. Essa é a principal razão de 60% dos segundos casamentos terminarem em divórcio em menos de cinco anos.

Os casais no recasamento, geralmente, reclamam que não se sentiam preparados para enfrentar tantos problemas. As seguintes recomendações são endereçadas a eles (Visher, 1982):

1. Deve-se aceitar que no recasamento as famílias são diferentes da família nuclear tradicional. Podem chamar-se binucleares, pois existe a da casa do pai e a da casa da mãe, cada uma com suas especificidades. No recasamento, o vínculo da criança com o genitor antecede a formação do casal, e começam os novos relacionamentos já com importantes sentimentos de perda.
2. Para superar isso, deve-se estimular a comunicação franca e direta, sendo necessário, muitas vezes, encontros periódicos entre os membros da nova família.
3. Padrastos e madrastas precisam participar da disciplina da casa, mas para se sentirem à vontade é importante que construam uma relação afetiva positiva. Na situação mais comum, por exemplo, o padrasto que mora com a mãe e seus filhos, quando um dos enteados disser: "Você não manda em mim, pois não é meu pai!", pode responder: "Não, não sou seu pai, mas moro nesta casa e também mando aqui!". No entanto, os problemas de disciplina mais sérios devem ficar inicialmente a cargo do genitor. Os adultos da casa precisam estar conscientes de que os filhos têm conflitos de lealdade em relação a eles e não devem "esquentar a cabeça" com a comum rejeição inicial.
4. O novo casal deve dar muita atenção um-ao outro, pois de outra forma não estarão suficientemente coesos para enfrentar as muitas dificuldades iniciais. Hoje, não se recomenda pressa em morar juntos, mesmo que seja financeiramente oneroso manter duas casas, já que é preciso um longo período de adaptação e duas casas facilitam esse processo.
5. Por último, os pais, os filhos e os enteados precisam compreender que não existe amor instantâneo e, como em qualquer família, coexistem sentimentos positivos e negativos. É preciso paciência e muita flexibilidade para se construir novas regras de convivência. Esse processo pode levar muitos anos, mas não há por que não esperar das famílias de recasamentos relações gratificantes e filhos capazes de enfrentar os desafios da vida.

COMENTÁRIOS FINAIS

Conforme mencionamos na introdução, a família de hoje vive em uma época de grandes paradoxos. Temos os meios tecnológicos para acabar com a fome no mundo e nunca tantos estiveram na miséria, pois falta-nos uma nova organização social que maximize os frutos do progresso científico. Criamos clones de animais mas as doenças tradicionais e a AIDS dizimam populações. Assistimos ao fim das verdades únicas e, no tempo do chamado “pós-modernismo”, o fundamentalismo religioso não pára de crescer. Com o fim do “socialismo real”, intensificou-se o desenvolvimento da onda neoliberal em escala mundial, trazendo em alguns casos mais democracia política, mas aprofundando as diferenças sociais e econômicas, inclusive dentro dos próprios países desenvolvidos. Presenciamos maiores oportunidades para as mulheres e menor intransigência com algumas minorias como os homossexuais, mas, simultaneamente, o crescimento do xenofobismo na Europa e também o racismo dos negros contra os brancos nos Estados Unidos.

Tal descrição, sucinta é parcial, parece-nos necessária como parte do contexto mais amplo da família. Se, por um lado, temos grandes apreensões, continuam vivas igualmente muitas esperanças. Em relação a essas, há o dado de que as pessoas em muitos países – veja-se, por exemplo, as manifestações antineoliberais – estão se organizando cada vez mais e entendendo que cidadania significa que ninguém é dispensável e cada um precisa assumir sua parte na luta por um futuro melhor. Não se espera mais passivamente por mudanças de cima para baixo, mesmo que alguns governos comecem a introduzir modificações importantes: na França, instalou-se a semana de trabalho de 35 horas, que começa a dar frutos no combate ao desemprego; na China, a abertura econômica pode ser o prenúncio da democracia política e, no Brasil, a experiência do orçamento participativo tem atraído a atenção mundial.

Uma questão básica, com conseqüências em muitos campos distintos, é a da atitude e preparação psicológica das pessoas para lidar com a questão dos conflitos sobre diferenças de opiniões. Ainda hoje, por exemplo, os conflitos e as diferenças freqüentemente evocam questões atávicas de territorialidade e podem despertar fortes antagonismos e criar incompatibilidades, não poucas vezes levadas, no âmbito das nações, ao extremo das guerras. Por isso, no campo das relações humanas, o principal ensinamento religioso, o “trata ao próximo como gostarias de ser tratado”, está sendo entendido como um chamamento humanista ao respeito mútuo, à tolerância e à não-violência.

Queremos concluir com uma visão partilhada por muitos de que todos os processos naturais de mudança, tanto políticos quanto associados ao ciclo vital, trazem consigo o temor do desconhecido e da desagregação, mas também apontam para novas e criativas possibilidades. Nesse sentido, não sendo interpretadas como ameaças, as diferenças podem enriquecer-nos mutuamente, num processo de desenvolvimento dialético.

O tempo urge, pois o desrespeito ainda está em todas as partes e pode ser visto como elemento de um processo anticivilizatório. A violência e o retrocesso ocorrem quando não há espaço para alternativas e não se criam oportunidades

para o crescimento. Cabe a nós, portanto, olhar os processos de mudanças individuais, do ciclo vital e globais com uma atitude que nos leve a construir um mundo mais harmônico e equilibrado, que respeite a diversidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, P. Distúrbio emocional em adolescentes e sua relação com disfunção familiar. *Revista de Psiquiatria do RS*, v.13, n.2, maio/ago. 1991.
- AHRONS, C. *O bom divórcio*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.
- BEAVERS, W.R.; HAMPSON, R.B. *Successful families: assessment and intervention*. New York: Norton & Company, 1990.
- BRAZELTON, T.B. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1988.
- COMBRINCK-GRAHAM, L. A developmental model for family systems. *Family Process*, v.24, n.2, p. 139-150, Jul. 1985.
- DUNN *et al.* Parents' and partners' life course and family experiences: links with parent-child relationships in different settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n.8, p. 955-968, 2000.
- FALCETO, O.G. A questão do gênero em terapia familiar. *Revista Nova Perspectiva Sistêmica*, v.4. f.5, p. 30-33, 1994. Publicação do Instituto de Terapia de Família do Rio de Janeiro.
- _____. Famílias com adolescentes: uma confluência de crises. In: PRADO, L. C. *Famílias e terapeutas: construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1996. p. 151-171.
- _____. Terapia de família. In: CORDIOLI, A. V. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1997. p. 171-185.
- FALCETO, O.G.; WALDEMAR, J. O. C. Terapia familiar: a família como porta de entrada para a abordagem ecológica da criança e do adolescente. In: FICHTNER, N. *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1998. p. 239-249.
- FICHTNER, N. A criança e o contexto sócio-familiar e escolar. In: PRADO, L. C. *Famílias e terapeutas: construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1996. p. 131-150.
- IMBER-BLACK, E. *et al.* *Rituals for our times*. New York: Jason Aronson, 1998.
- KELLY, J.B. Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v.39, n.8, p. 963-973, 2000.
- MCGOLDRICK, M. *et al.* *As mudanças no ciclo de vida familiar*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1994.
- MINUCHIN, S. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1982.
- PRADO, L.C. O bebê inaugura a família: a terapia pais-bebê. In: PRADO, L. C. *Famílias e terapeutas: construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1996. p. 97-130.

- RAMPAGE, C.; AVIS, J.M. Identidade sexual, feminismo e terapia familiar. In: ELKAÏM, M. *Panorama das terapias familiares*. São Paulo: Summus, 1998. p. 189-221.
- SEIBT, T. Non traditional families. In: HARWAY, M. (ed.) *Changing families*. New York: John Wiley, 1996.
- SEVERINO, R.L. Casais construindo seus caminhos: a terapia de casal e a família de origem. In: PRADO, L. C. *Famílias e terapeutas: construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1996. p. 71-96, 1996.
- VISHER, E.; VISHER, J. Step families and step parenting. In: WALSH, F. *Normal family process*. New York: Guilford Press, 1982.
- WALDEMAR, J. O. Quão perturbado é o adolescente normal? *Revista de Psiquiatria do RS*, Porto Alegre, v.5, n.1, p. 31-36, jan/abr, 1983.
- WALDEMAR, J.O. Divórcio e recasamento: enfrentando o desconhecido. In: PRADO, L. C. *Famílias e terapeutas: construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1996. p. 173-188.
- WALSH, F. The concept of family resilience. *Family Process*. v.35, n.3, p. 261-281, 1996.
- WALLERSTEIN, J. *et al.* The unexpected legacy of divorce. *Hyperion*, 2000.
- WAMBOLDT, M.Z.; WAMBOLDT, F.S. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v.39, n.10, p. 1212-1219, 2000.

A Criança de 0 a 3 anos

Gisele Gus Manfro, Sandra Maltz, Luciano Isolan

A gravidez geralmente impõe mudanças na relação do casal, uma vez que a mãe sente que se enriquece com algo que está crescendo dentro do seu corpo, e o pai pode sentir-se excluído, já que a mãe está totalmente voltada para a sua nova situação. Assim sendo, o bebê rompe a relação única do casal.

É evidenciada uma simbiose profunda entre a mãe e o bebê, durante a gestação, que se origina em importantes interações. As relações orgânicas entre o feto e a mãe são extremamente íntimas: o feto está ligado em derivação com a circulação sanguínea materna, existindo interações por intermediários químicos e neurosimpáticos. Por meio dessas trocas fisiológicas, a vida emocional da mãe parece ter efeito sobre o bebê, como se procurou demonstrar em vários trabalhos. Estudos demonstraram, por exemplo, um aumento extremo da atividade motora do feto induzido por traumatismo súbito vivido pela mãe. Esses movimentos fetais são caracterizados como violentos, e na seqüência os recém-nascidos mostraram-se hiperexcitáveis, apresentando uma atividade motora intensa.

A vida imaginária da mãe, durante a gravidez, representa uma base essencial das relações posteriores que ela terá com a criança. Essa vida imaginária está relacionada com sua vida afetiva, suas relações com o pai do bebê, sua própria história e suas relações com suas imagens parentais. Muitas vezes, os pais imaginam seus filhos de acordo com seus desejos e fantasias. Em alguns casos, parece que, por diversos mecanismos inconscientes, esse filho já tem um destino marcado pelos pais.

Sabe-se que os bebês já possuem capacidades sensoriais antes do nascimento. A audição desempenha indiscutivelmente um papel essencial, pois é por meio

dela que o feto se relaciona com o mundo exterior. Do ponto de vista anatômico, está demonstrado que a audição é possível a partir do quinto mês de vida intra-uterina. Sabe-se que o feto escuta os ruídos de fundo, que lhe chegam do útero materno, os ruídos viscerais e os ruídos vasculares.

O paladar é, provavelmente, o segundo canal sensorial do bebê. Ao nascimento, o bebê já apresenta uma série de preferências, principalmente pelo sabor doce. Tudo se passa como se a preferência pelo gosto doce seja geneticamente estabelecida, e quando se experimenta adoçar o líquido amniótico, constata-se que o feto mama e suga mães. Em relação ao olfato e à visão, sabe-se que o bebê chega ao nascimento muito bem equipado nessa área.

Desta forma, este capítulo tem como objetivo caracterizar os três primeiros anos de vida da criança, desde os primeiros meses, com ênfase nos aspectos neuropsicomotor, cognitivo, lingüístico, emocional e social.

O RECÉM-NASCIDO E OS PRIMEIROS MESES DE VIDA

4 Durante muito tempo, sustentou-se a idéia de que o bebê era passivo, desorganizado e que agia essencialmente por reflexos. Acreditava-se, ainda, que, nas primeiras semanas de vida, o bebê não era capaz de interagir com nenhuma informação do mundo externo. Até então, pensava-se que tudo que o bebê podia fazer era alimentar-se e dormir. Nos últimos 20 anos, a explosão da pesquisa, no que concerne às capacidades do bebê, revolucionou os conceitos antigos: O bebê não é mais visto como uma massa sem formas, prestes a ser modelada pelo seu ambiente, mas sim como um ser complexo e previsível que interage com os adultos que o cercam. Ele os modela quase tanto quanto é influenciado por eles. É um bebê ativo, possuidor de uma capacidade interna de organização e integração, que faz dele um ser competente e que permite o contato com o ambiente cuidador.

A partir do nascimento, o bebê necessita adaptar-se a um mundo novo, o qual deverá conhecer e compreender. A criança traz, ao nascer, a expectativa de que tipo de mãe virá ao seu encontro. A mãe, por outro lado, espera um bebê cheio de vitalidade, maior, com mais peso, cabelos secos e limpos, com olhos atentos e brilhantes. Imagina um bebê ideal, quase perfeito. A mãe progressivamente deve adaptar-se a esse bebê real. Se a mãe puder se entregar ao seu filho, compreendendo suas necessidades físicas e afetivas, desenvolve-se uma experiência de maternidade feliz. O mesmo ocorre com a paternidade, uma vez que no quarto mês de vida esta passa a ser vital para a separação mãe-bebê, além de ser uma fonte de identificação masculina. Uma paternidade e uma maternidade boas permitem que a criança supere grande parte das dificuldades inerentes ao desenvolvimento.

Desde muito cedo, o bebê pode perceber e comunicar-se de várias maneiras. Ele acompanha com o olhar um objeto, desde o primeiro ou segundo dia de vida, sendo muito ativo na percepção de informações visuais, observando o contorno das formas que lhe são apresentadas, reconhecendo a voz de sua mãe, virando a cabeça em direção a ela.

*Observação: separar a este modo
u. iguais*

Numerosos estudos indicam que o recém-nascido tem percepções visuais desde o nascimento. A maioria dos bebês, durante os quatro primeiros dias de vida, segue com os olhos um alvo visual adequado, tal como uma bola de cor viva deslocada diante de si. Parece que o recém-nascido é capaz, desde os minutos que se seguem ao nascimento, de fazer uma discriminação entre diferentes figuras geométricas, tendo uma atenção visual maior para algumas delas. O recém-nascido mostra uma nítida preferência visual pelo rosto humano. Ele age diferentemente quando analisa rostos vivos do que quando observa padrões inanimados. Vocaliza mais e seus padrões de movimento são mais suaves e coordenados. Sabe-se que o olhar desempenha um importante papel no estabelecimento e fortalecimento do vínculo. A busca ou a evitação do olhar podem ser utilizadas para avaliar a reciprocidade da dupla.

O bebê é capaz, desde as primeiras horas depois do parto, de voltar os olhos e, às vezes, até a cabeça, em direção a um som. A voz humana tem, no recém-nascido, efeitos diferentes de outros sons, mostrando que, no decurso da segunda semana de vida, a voz (da mãe, de uma outra mulher, de um homem) é suscetível de provocar sorrisos, mais freqüentemente do que outros estímulos sonoros. Evidencia-se, também, uma sintonia entre a voz da mãe e os movimentos observados no bebê.

Parece que as capacidades de detecção e discriminação olfativa de um recém-nascido de quatro dias são quase idênticas às do adulto. Ele pode discriminar e mesmo buscar o odor do seio de sua mãe, diferente de outra mãe. O recém-nascido, no plano gustativo, sente os quatro sabores primários (doce, salgado, ácido, amargo), manifestando desde o seu nascimento uma preferência por sabores açucarados, como já foi descrito previamente. *diferenciação de cheiros*

Embora o recém-nascido realmente possua a capacidade para lidar com a estimulação proporcionada pelo mundo externo e possa tornar-se profundamente engajado e relacionado aos estímulos sociais, sua tolerância é limitada. Durante os primeiros dois meses de vida, o bebê está em um estágio de alerta silencioso apenas por curtos períodos de tempo.

As capacidades motoras do recém-nascido são igualmente surpreendentes: A motricidade mais conhecida é do tipo reflexo. Algumas dessas reações reflexas intervêm diretamente na interação pais-lactante. Assim é o reflexo de sucção, desencadeado pelo estímulo da língua. No reflexo dos pontos cardeais, o estímulo cutâneo da região perioral provoca um movimento de orientação em direção ao estímulo. O reflexo de fechamento da mão é desencadeado pela estimulação da palma, que produz uma flexão dos dedos, com a mão do bebê fechando-se sobre o dedo do examinador. Os movimentos do recém-nascido são geralmente de aspecto incoerente, afetando o conjunto do corpo, sem coordenação aparente.

Por volta dos dois meses de idade, as transformações biocomportamentais afetando a natureza e a qualidade das relações sociais começam a se desenvolver. Os ciclos de sono e atividade estabilizam-se, os padrões motores estão mais maduros, e os padrões de visão mais expandidos permitem novas estratégias de interação.

Tanto as capacidades motoras como as capacidades perceptivas são dependentes dos estados de vigília em que se encontra o recém-nascido. Diferentemen-

te do adulto, o recém-nascido não dispõe, ainda, de um ritmo alternado de vigília-sono. Os estados de vigília sucedem-se rapidamente no correr das horas. Seis estados foram distinguidos e caracterizados:

- se não em um ritmo alternado de sono e vigília*
- **Estado 1 (sono calmo):** corresponde ao sono sem movimento ocular rápido, em que a respiração é regular, não se observando nenhum movimento corporal, exceto, às vezes, alguns movimentos finos e bruscos dos dedos, dos lábios e das pálpebras.
 - **Estado 2 (sono REM):** é um estado de sono com movimentos oculares rápidos, perceptíveis pelas pálpebras, em que a respiração é irregular e mais rápida, e de tempos em tempos se observam movimentos corporais, principalmente faciais.
 - **Estado 3 (sonolência):** corresponde à sonolência, quando as pálpebras estão fechadas ou semi-abertas, neste último caso com o olhar vago, não fixado.
 - **Estado 4 (alerta quieto):** é caracterizado pelo olhar vivo e brilhante do bebê, traduzindo sua atenção acompanhada de uma suspensão da motricidade; é um estado em que o recém-nascido está calmo e atento ao seu ambiente.
 - **Estado 5 (alerta ativo):** é um estado de alerta com grande atividade motora, no qual o bebê se agita e sua atenção não está fixada; ele pode, às vezes, gemer ou esboçar gritos.
 - **Estado 6 (choro):** é caracterizado por gritos e choros, quando a atividade motora é intensa e o rosto está contraído e vermelho.

Diferenças estados de vigília

Os episódios de estado calmo e atento produzem-se durante os 30 a 60 minutos seguintes ao parto, mas diminuem, em seguida, geralmente na duração e frequência, durante as 48 horas seguintes enquanto o bebê se "recupera". A seguir, esses episódios aumentam, constituindo 8 a 16% do tempo de observação total de um bebê durante o primeiro mês pós-natal. O conhecimento desses estados é importante, porque eles influenciam consideravelmente a qualidade e a natureza da interação dos pais com seu recém-nascido. Existem importantes diferenças entre um bebê e outro. Certos recém-nascidos são capazes de manter, durante vários minutos, um estado calmo e atento, o que facilita a interação pais-bebê. Outros bebês, inversamente, têm problemas de regulação de seus estados de vigília, o que dificulta uma interação tranqüila para os pais. Mas, de maneira recíproca, a mãe influencia profundamente a regulação dos estados de vigília do bebê. Uma mãe particularmente paciente e sensível aos menores sinais enviados por seu recém-nascido, poderá progressivamente levar o bebê a um estado calmo e atento, por exemplo, falando-lhe de uma maneira muito meiga durante um período de sonolência. Os estados de vigília do recém-nascido são, assim, não somente realidades neurofisiológicas, mas também verdadeiras "mensagens" para os pais.

Os recém-nascidos apresentam diferenças interindividuais em várias características do seu comportamento: a irritabilidade, isto é, a facilidade com que os es-

uma alteração nos estados de vigília pode dificultar a interação pais-bebê. A mãe possui influência nessa regulação

diferenças individuais de comportamento: IVI (de 1 a 10) temp. mais calmo, auto-suficiente, des. do lúmen e sede motora

contato mental discreto, permite O Ciclo da Vida Humana 77
ao profissional científico, ~~científico~~ ^{masculino} conduzindo a um ~~trabalho~~

tresses mais ou menos mínimos, endógenos ou exógenos, desencadeiam um episódio de choro; a consolabilidade, ou seja, a facilidade com a qual o bebê poderá ser acalmado por uma outra pessoa, a capacidade do bebê de encontrar em si mesmo os meios para se acalmar; a intensidade da atividade motora e a atividade de sucção durante a mamada, entre outras características. Essas diferenças comportamentais são agrupadas sob o conceito de temperamento e podem ser classificadas como níveis de atividade, responsividade, humor e adaptabilidade. O temperamento do bebê parece ser biologicamente determinado e é relativamente estável durante os anos pré-escolares, podendo influenciar o desenvolvimento da criança. Kagan e colaboradores (1988) descreveram um tipo de temperamento, que foi denominado de comportamento inibido, caracterizado pela presença de irritabilidade em bebês, timidez e medos excessivos na criança pré-escolar, e introversão, dificuldade e constrangimento ao enfrentar novas situações na criança em idade escolar. O comportamento inibido é caracterizado por componentes comportamentais, como o retraimento social e a timidez, e componentes fisiológicos, como o aumento dos níveis de cortisol salivar, dos níveis de catecolaminas urinárias, da frequência cardíaca e da dilatação pupilar. Estudos têm demonstrado que a presença desse comportamento inibido está associada a altas taxas de desenvolvimento de transtornos de ansiedade na infância, sendo que essas taxas aumentam com a idade. É essencial para o clínico estar familiarizado com a noção das diferenças individuais, porque isso permite reconhecer o "perfil" particular do recém-nascido, identificar e, dentro do possível, mediante intervenções precoces, prevenir o desenvolvimento de formas mais graves de perturbações patológicas.

Também é importante que haja um contato de pele entre mãe e bebê, desde os primeiros momentos, pois isso prepara o recém-nascido para um bom desenvolvimento e o ajuda a elaborar a perda da experiência de estar no útero da mãe. Alguns autores sustentam que os primeiros dias, talvez as primeiras horas depois do nascimento, representam um período sensível, em que a mãe está particularmente apta para constituir um elo de ligação com o bebê. O aleitamento ao peito, principalmente, ou com mamadeira, constitui uma das modalidades essenciais da interação mãe-recém-nascido. É importante destacar que o bebê não é passivo nessa situação; ele intervém não somente pela sucção do mamilo, mas também porque se acomoda com movimentos ativos contra o corpo da mãe. Quando o bebê tem entre dois e três meses de idade, podem-se observar distinções graduais entre suas expressões de prazer e desprazer, com experiências prazerosas centradas na sucção.

Segundo Spitz (1965), o desenvolvimento não ocorre de forma linear, mas em degraus. São os organizadores psíquicos, conforme sua designação, que representam os sinais indicadores de que o bebê atingiu um determinado grau de organização interna. O primeiro é o sorriso social, entre os dois e três meses, no qual já há uma intencionalidade dirigida, ligada aos afetos. A criança sorri e provoca sorriso no outro. O segundo organizador surge entre os sete e oito meses e é caracterizado pela presença de ansiedade diante de estranhos, decorrente de uma angústia ligada à ausência da mãe. O bebê parece cauteloso e atento na presença de estranhos. Nessa fase, o bebê brinca de esconde-esconde e antecipa eventos pelo desenvol-

O desenvolvimento da criança ocorre gradualmente de o organizador em interação

T

foram

o desenvolvimento da criança ocorre gradualmente de o organizador em interação

vimento da capacidade de ir organizando na memória os fatos e as pessoas do ambiente. O terceiro organizador está representado pela aquisição da negação, do "não", que ocorre entre os 11 e os 13 meses. Essa é a fase da deambulação, do aumento da autonomia. Os pais dizem mais "nãos", e a criança repete com gestos de cabeça e com o dedo indicador, imitando a mãe. Inicia-se então a simbolização, a linguagem. *interpretação da linguagem simbólica*

Entre o terceiro e o quarto mês produzem-se mudanças fundamentais na mente e no corpo do bebê, que já conhece a mãe, a ama e a rechaça, assim como se sente amado e rechaçado por ela. Pode tocá-la e começar a brincar com seu corpo. O objeto de seu amor e seu ódio é a mesma pessoa e, por meio dessa revelação de totalidade, inicia um processo de desprendimento que o conduzirá à busca do pai e do mundo circundante. Ao redor dos quatro meses, começa sua atividade lúdica. O bebê começa a ser capaz de controlar seus movimentos, coordenar o movimento com os olhos e já pode tocar nos objetos com as mãos. Brinca com seu corpo e com os objetos, desaparece atrás do lençol e volta a aparecer, quando então o mundo se oculta momentaneamente para em seguida ser recuperado quando seus olhos se liberam do objeto atrás do qual estava escondido. Abre e fecha seus olhos, tem o mundo e o perde. Essas constituem as primeiras experiências de separação.

O bebê produz sons e é capaz de repeti-los, os escuta e sua expressão muda. É sua primeira tentativa de expressão verbal. O primeiro brinquedo que se dá ao bebê é o chocalho, sendo esse um objeto universal e de uso antigüíssimo. Também com ele o som aparece e desaparece. O bebê descobre que, ao golpear um objeto, também pode produzir sons que lhe interessam, assim como o sobressaltam. O chocalho serve para repetir experiências de morder, chupar, explorar e reproduzir experiências que tranquilizam. É algo fora do seu corpo que simboliza sua mãe e que ele maneja com sua mão.

Quando o bebê joga seus brinquedos no chão, espera e exige que lhes devolvam. Esse jogo é necessário para que a criança experimente que pode perder e recuperar o que ama.

Com quatro a seis meses, o bebê é capaz de sentar, e muda sua relação com os objetos que o cercam. Pode apoderar-se do que necessita, levar à boca conforme sua vontade. Nessa fase, tenta de diversas maneiras elaborar a ansiedade de separação. Por meio das brincadeiras, experimenta e elabora que os objetos podem aparecer e desaparecer. Reclama com urgência incontrolável a presença dos seus verdadeiros objetos: os pais. Chora e enche-se de raiva se não é atendido, se não o compreendem. A mãe é algo mais do que alguém que lhe sacia a fome. É uma voz, um contato, um sorriso, e o bebê precisa saber que ela não desaparecerá, que pode tê-la e contar com ela. O temor de separação é a angústia mais intensa dessa idade, e toda sua vida emocional está marcada por ela. Começa o doloroso processo de abandonar a relação única com a mãe e aceitar de forma definitiva a presença do pai. Nesse período, ele sofre verdadeiras depressões. Suas tendências destrutivas incrementam-se quando aparecem os dentes, instrumento que pode usar para morder e rasgar. Com o surgimento dos dentes, o desprendimento, até agora fruto da fantasia, converte-se em realidade.

Período de separação

Os pais precisam ser compreensivos mediante às necessidades naturais das crianças, permitindo que ela estabeleça contato com objetos, nesse sentido e experimente coisas novas, do contrário não tem
O Ciclo da Vida Humana 79

Stc. D'HIIT haver consequências no desenvolvimento de crianças:

Winnicott (1971) considera o processo de desenvolvimento como um caminho que vai da ilusão à desilusão, de uma ilusão de onipotência que uma mãe "suficientemente boa" permite que seu bebê viva plenamente, adaptando-se às suas necessidades, mas levando progressivamente à percepção da realidade e, finalmente, à descoberta do objeto materno e da dependência a seu respeito.

A perda do vínculo único com a mãe e a necessidade de um terceiro fazem com que o pai esteja presente. É necessário que o pai encontre uma forma de comunicação com o bebê, respondendo às necessidades deste. Além de participar dos cuidados, banhar, alimentar, brincar, sair com o filho, é importante que o pai reforce sua união com a mãe, oferecendo-se como uma fonte de identificação.

É de fundamental importância para essa etapa as relações que o bebê tem com seus cuidadores e os vínculos estabelecidos com ele. Essas noções são discutidas no Capítulo 3 (O bebê e os pais).

~~O vínculo estabelecido com os pais e do desenvolvimento da criança~~

A CRIANÇA DE UM A TRÊS ANOS

→ A criança de um a três anos tem o dom de viver o momento e de maravilhar-se com o cotidiano. Ela é ousada e se aventura constantemente, mas ainda permanece o bebê que gosta de dar e receber afeição. Está se desenvolvendo para se tornar um indivíduo distinto com maneiras próprias de agir e expressar. Mas nem tudo é felicidade na vida dessa criança. Ela é caprichosa, imprevisível e o seu comportamento pode ser difícil de compreender e complexo de manejar. O segundo e o terceiro anos de vida são caracterizados pela aceleração do desenvolvimento motor e intelectual. É uma fase crítica para o estabelecimento da confiança básica no "eu" e de um senso de iniciativa. A criança está no processo de estabelecer fronteiras entre ela própria e sua mãe. Contudo, nesse processo de separação e individuação, a criança cada vez mais reconhece que os pais são pessoas separadas dela e essa "vulnerabilidade" desencadeia, então, uma certa ansiedade.

→ Far Os perigos, como sempre, estão dos dois lados. A criança ainda não pode realmente ser responsável por si e está longe de ser independente. De fato, a ousadia das crianças nessa fase depende de terem por perto o abrigo dos braços e do colo dos pais, para onde podem correr quando vão além do que podem fazer. Uma mãe que julga as atividades de seu filho como muito provocadoras de ansiedade pode exagerar nos limites e cercar excessivamente a criança com portas, grades e uma barreira de "nãos" que sufocam a iniciativa e a autoconfiança. Os pais que têm pouca confiança em suas capacidades para orientar e controlar seus filhos tendem a projetar tais sentimentos e aumentar a incapacidade da criança em tomar conta de si mesma.

Para Erikson (1963), o período da locomoção é o estágio da *autonomia x vergonha e dúvida*. Durante o segundo e o terceiro anos de vida, a criança adquire autonomia. Seu desafio consiste em tornar-se um ser separado e individual. Ela aprende a comer sozinha, a controlar o esfíncter anal e a falar.

Esse período de vida corresponde, segundo a teoria psicanalítica, à fase anal do desenvolvimento psicosssexual, em que o investimento da libido da criança passa da zona oral para a região anal. Com a aquisição progressiva do domínio de seus esfíncteres, durante o segundo ano, a criança descobre novas fontes de prazer, como o da evacuação, provocado pela excitação da mucosa anal, que se duplica rapidamente em prazer de retenção. Esse novo prazer não se deve somente ao aumento da excitação obtida pela retenção das fezes, mas, sobretudo, pelo controle que a criança pode então passar a exercer sobre os produtos saídos do seu corpo; produtos pelos quais demonstra grande interesse, considerando-os como seu bem, tendo o valor simbólico de presente, aceito ou recusado pela mãe. Dar ou reter, submissão ou obstinação e comportamentos correlatos tornam-se importantes e influenciam a formação do caráter. A fase anal é assim marcada por uma dupla oposição, um duplo conflito: por um lado, a oposição passividade-atividade e, por outro, a oposição submissão-dominação, em que se encontram os pólos passivos e ativos, porém marca mais especificamente a relação com o objeto. Essa relação é, de fato, essencialmente conflituosa e ambivalente (coexistência de amor e de agressividade) em relação ao objeto materno.

Embora uma passagem suave por esse período não seja impossível, é improvável. A situação do desenvolvimento da criança nesse estágio, quase inevitavelmente, cria dificuldades tanto para ela quanto para os pais. A extensão e a natureza dos problemas variam de acordo com a criança, com a sensibilidade dos pais e com as práticas de criação que usaram. Embora os problemas mais usuais envolvam as dificuldades em controlar as expectativas de autocontrole de alguma forma de comportamento (treinamento intestinal, alimentação ou iniciativa física) e as explosões reativas de temperamento da criança, as ansiedades menos aparentes a respeito da separação da pessoa materna também trazem complicações.

Os acontecimentos mais marcantes dessa fase estão centrados no desenvolvimento neuropsicomotor, no desenvolvimento cognitivo e lingüístico e no desenvolvimento emocional e social.

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

A característica básica do período entre um e três anos de idade é que a criança aprende a caminhar sem ajuda. A capacidade de caminhar que se desenvolve e se consolida entre os 18 e 30 meses é um passo fundamental tanto para os pais quanto para a criança, que mantinha uma posição de extrema dependência no primeiro ano de vida. Essa nova autonomia revoluciona o conceito que a criança tem de si mesma. Sua tarefa principal no campo afetivo é integrar a emoção de explorar o mundo sem a ajuda de seus pais, com a sensação de proteção e segurança que deriva da presença deles. A tarefa dos pais é proteger a criança com muito tato dos novos e inesperados riscos que implicam sua locomoção, até que vá aprendendo a se proteger de si mesma.

A grande atividade motora da criança nessa idade acentua a necessidade de que lhe ofereçam uma boa quantidade de materiais adicionais para seus jogos e brincadeiras, como barro, argila, areia seca e água. A criança percebe esses materiais como fascinantes, visto que proporcionam ricas experiências sensoriais, possibilitam a exploração e podem ser manipulados com facilidade. Cabe ressaltar que se verificam diferenças entre as crianças de dois e de três anos em termos psicomotores. Enquanto a criança de dois anos manipula cubos, examina-os e eventualmente os põe na boca, a criança de três anos já é capaz de empilhá-los e utilizá-los como carga para seus carrinhos. O mesmo pode ser exemplificado para o uso do triciclo: aos dois anos, a criança empurra o triciclo e, aos três, já o pedala.

Outro fator muito importante e fonte de inúmeros conflitos que coincide com uma maior maturação neuromuscular, nessa fase, é o processo do treinamento do controle esfinteriano. São três as exigências para o treinamento esfinteriano. Primeiro, a criança deve ser capaz, fisiologicamente, de controlar seu esfíncter anal e uretral. A idade em que é adquirido esse controle difere entre as crianças. O controle vesical é conseguido antes do controle anal, que pode ser alcançado entre os 15 e os 30 meses. Frequentemente, ele coincide com a maturação de sua competência para caminhar. Segundo, a criança deve ser psicologicamente capaz de adiar a vontade de urinar ou evacuar logo que sente o impulso. Por assim dizer, a criança deve ter alguma capacidade de reconhecer e adiar, bem como um desejo de agradar os pais. Terceiro, já que, no início, a criança precisa de um auxílio para usar o banheiro, deve-se fazê-la sentir que é preciso dar um sinal de aviso a um adulto preparado para ajudá-la. Mais tarde, naturalmente, a criança será capaz de ir ao banheiro por si mesma. Em geral, tudo o que um pai deve fazer é esperar até que a criança esteja pronta, e então estimulá-la, dando-lhe o apoio necessário.

Nessa fase, os conflitos entre pais e filhos tornam-se mais manifestos. O treinamento esfinteriano impõe exigências paradoxais à criança perplexa, que, às vezes, tem de ceder a fim de agradar e, outras vezes, tem de reter, também para agradar. São exigidos a continência e o controle exatamente quando os conflitos acerca de autocontrole estão ocorrendo. A luta sobre quem deve mandar, os pais ou a criança, pode chegar a um impasse nesse campo de batalha. Pode-se levar a criança até o banheiro, mas não se pode fazê-la evacuar. Por outro lado, a criança cujo relacionamento com os pais é satisfatório, em geral, tem fortes desejos de agradá-los, de se adaptar às suas expectativas e corresponder ao prazer demonstrado por eles em relação ao progresso do treinamento. Algumas vezes, porém, a criança identificar-se-á com os pais em suas próprias formações reativas, tal como na repugnância pelas fezes.

Na realidade, não há razão pela qual o treinamento do controle esfinteriano deva ser tentado antes dos 24 meses. Muitos pais descobrem que, se puderem ser pacientes e não se sentirem impelidos pela "propaganda" de vizinhos de que seus filhos foram perfeitamente treinados antes dos 18 meses, no fim, a criança desejará usar a privada como os demais membros da família ou conforme a sugestão dos pais. A criança treinada dessa maneira pode jamais ficar sabendo que ter ou não

os movimentos intestinais pode dar origem a uma questão importante ou até mesmo que exista alguma coisa como a constipação. Também é claro que, quando a criança é treinada para o controle esfinteriano antes dos 18 meses, muitas vezes, há recrudescência de se sujar mais tarde.

Quando o treinamento é executado de maneira tranqüila e não-compulsiva, a criança passa a sentir que pode tomar conta por si mesma dessas necessidades essenciais. Ela adquire um senso de confiança em si própria e em seu comportamento corporal. Os pais que não confiam nas capacidades de seu filho para cuidar de si mesmo propendem a não confiar nas funções corporais do filho para funcionar adequadamente sem auxílio, e os que se perturbam pela desordem que a criança cria na casa tendem a se angustiar quando ela se suja, procurando fazer o treinamento intestinal desde cedo. Os problemas que surgem da restrição paternal à iniciativa da criança e, como paradigma, do treinamento esfinteriano e da renúncia do erotismo anal transcendem essa fase do desenvolvimento e influenciam a formação do caráter. Vários grupamentos de traços relacionados aos problemas que são da máxima importância durante esse estágio crítico do início da socialização foram designados como características anais. Por exemplo, já se notou repetidamente que pessoas que são constipadas também podem ser obstinadas, demonstrando hostilidade encoberta, afastando-se dos outros de um modo silencioso e determinado. Não é infreqüente que também haja vários graus de avareza, mesquinhez a respeito de detalhes, meticulosidade e pedantismo.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E LINGÜÍSTICO

A aprendizagem da linguagem é uma tarefa crucial nesse período. As vocalizações tornam-se distintas, e o bebê passa a ter capacidade de nomear alguns objetos e comunicar suas necessidades em uma ou duas palavras. Aos dois anos, a criança já fala em torno de 200 palavras e, próximo ao final do segundo e no início do terceiro ano, ocasionalmente, usa frases curtas. Aos três anos, a maioria das crianças fala razoavelmente bem. Ela pode falar usando sentenças, embora nem sempre empregue de modo correto os tempos verbais e freqüentemente omita os conectivos. Não obstante, dentro dos limites do seu vocabulário e experiência, uma criança de três anos, em geral, é capaz de contar uma história simples. Ela pode também comunicar-se claramente utilizando a linguagem verbal. Normalmente, há uma correlação entre o desenvolvimento lingüístico e o desenvolvimento psicomotor. Esses se alteram, de modo que o progresso em uma atividade implica a diminuição temporária da outra. Muitas vezes, o domínio da linguagem pode perturbar o sistema de comunicação entre a criança e a família, especialmente a mãe que estabelecia com a criança uma linguagem pré-verbal, isto é, mais gestual e pela postura corporal. Tendo adquirido a linguagem falada, a criança experimenta um contato mais amplo com as pessoas de seu universo, ou seja, estende a comunicação a mais pessoas da família e chega mesmo a contaminá-la com seus "neologismos".

Piaget (1969) afirma que a linguagem leva à socialização das ações, ou seja, a linguagem conduz a criança à passagem do pensamento individual para o vasto sistema do pensamento coletivo, uma vez que se constitui em um veículo de conceitos e de noções que pertencem a todos.

Nessa fase, a criança está adquirindo maior iniciativa e luta para fazer cada vez mais coisas por si própria, torna-se muito dependente da mãe ou de alguma outra pessoa com quem esteja bastante familiarizada para compreensão verbal. Para que o bebê ganhe a facilidade de linguagem essencial ao desenvolvimento da boa inteligência, ele precisa de alguém que esteja completamente familiarizado com seu comportamento e que possa interpretar suas necessidades, gestos e uso das palavras primitivas com razoável precisão. Esse trabalho é necessário para a construção de sua linguagem. A coerência da interação de quem ensina para com a criança é extremamente importante, assim como a capacidade que este tem para adequar o ensino às capacidades dela. Há mais coisas envolvidas do que a rapidez e a fluência do desenvolvimento lingüístico, uma vez que a criança precisa desenvolver uma confiança nessa comunicação verbal e, dessa forma, no valor da racionalidade.

O desenvolvimento da linguagem depende muito dos pais, particularmente da mãe, que pode compreender a comunicação não-verbal do filho e que com ele interage tão constantemente. Todavia, nem todas as mães entendem intuitivamente e nem todas são pacientes ou interessadas, sendo que algumas podem criar seus filhos em relativo silêncio. Parece que a escassez de intercâmbio afeta o desenvolvimento da linguagem e também o desenvolvimento intelectual das crianças. A dependência que a criança tem de sua mãe para o entendimento verbal é grande, porque nenhuma outra pessoa tem a probabilidade de ser capaz de comunicar-se tão afetivamente com o bebê.

O pensamento da criança, nesse período, é egocêntrico, e os efeitos desse egocentrismo fazem-se sentir no desenho das coisas no espaço. Não há perspectiva, a criança desenha o objeto em si, não levando em conta o ângulo sob o qual está o observador. Ela representa as figuras não apenas como as vê, mas como as sente, isto é, como pensa que elas são. As noções de "esquerda" e "direita" não são compreendidas antes dos cinco anos. O egocentrismo de pensamento reflete-se, dessa forma, na noção de temporalidade, manifestando dificuldade de representar as durações ou os espaços de tempo que fogem da sua experiência direta. A criança é egocêntrica enquanto considera seu próprio ponto de vista como o único possível, não percebendo que as outras pessoas têm um ponto de vista e, por essa razão, é incapaz de colocar-se no lugar de alguém. Nesse estágio, o pensamento da criança também é marcado pela irreversibilidade, ou seja, ela é incapaz de compreender que certos fenômenos são reversíveis, podendo, portanto, uma vez feitos, serem desfeitos.

Por volta dos dois anos, a criança desenvolve um senso de identidade de gênero, ou seja, de ser "menino" ou "menina", embora a identidade sexual não seja adquirida até a adolescência.

É nessa fase também que ela adquire um senso de individualidade e autonomia. Torna-se consciente de suas próprias qualidades, estados e capacidades. A criança indica essa autoconsciência pela descrição de seu próprio comportamento enquanto o está executando, reconhecendo a si própria no espelho e afirmando a sua posse de objetos. Ao mesmo tempo em que se reconhece no espelho, a criança também incorpora em seu discurso palavras como "eu" e "meu" e usa seu próprio nome para referir-se a si mesma. O surgimento da autoconsciência é acompanhado por uma melhora na capacidade de apreciar as percepções e os sentimentos dos outros. Também é evidenciada nessa época uma preocupação com seu corpo, que passa também a ser reconhecido como algo próprio.

Ela desenvolve também, por volta de um ano, a capacidade de tratar um objeto como se fosse algo diferente daquilo que ele é: ela agora é capaz de simbolismo. Evidências importantes para o desenvolvimento do simbolismo podem ser vistas em brincadeiras com objetos. Durante o segundo ano, a criança manipula objetos de forma a reproduzir atos que foram observados em adultos. A criança começa a substituir a si própria por um brinquedo como o agente ativo na brincadeira e, às vezes, finge que é outra pessoa. Os desenhos infantis também se tornam simbólicos durante o segundo e o terceiro anos. A criança se torna capaz de ver modelos como representações do mundo real. À medida que passa a brincar com objetos de forma simbólica, suas reações a outras crianças também podem mudar. Por volta dos 18 meses, ela se torna inibida diante de outras crianças, mas aos dois anos essa reação começa a desaparecer, e a criança de três anos já consegue engajar-se em brincadeiras recíprocas e usa outras crianças como modelos.

A imitação é uma duplicação seletiva de um modelo de comportamento. Ela começa por volta de oito meses e torna-se cada vez mais freqüente e complexa. A imitação tardia aparece antes do primeiro ano de vida e é comum durante o segundo ano. A criança, muitas vezes, imita comportamentos, mas menos freqüentemente imita expressões emocionais. É mais provável que a criança imite seus pais do que qualquer outra pessoa. A imitação é um fenômeno universal do amadurecimento, e aos dois anos a criança usa a imitação para se sentir próxima de seus pais. Refletir-se e imitar são processos que auxiliam o desenvolvimento psicológico e do *self*. A imitação tem a capacidade de fazer com que a criança internalize processos de identificação. A criança pode engajar-se em imitação para promover interações sociais e para realçar a semelhança com outra pessoa. A imitação pode ser uma tentativa autoconsciente de obter prazer, poder, propriedade ou outras metas desejadas.

Nesse período, é cada vez mais provável que a criança fique interessada em explorar violações de regras adultas e eventos que provocam a desaprovação dos outros. É comum ver uma criança de dois anos explorar todas as variações possíveis de comportamentos aceitáveis na presença dos pais ou dos irmãos. A criança demonstra aflição quando é incapaz de atingir padrões impostos por outras pessoas, mas mostra prazer quando atinge padrões que estabeleceu para si própria. É o começo de seu senso moral de certo ou errado.

À medida que as capacidades lingüísticas e cognitivas da criança melhoram e lhe permitem comunicar-se mais satisfatoriamente com outras pessoas que não os membros da família e compreender as garantias parentais, bem como reter relacionamentos com pais ausentes, tanto sua ansiedade de separação como a insistência de suas exigências diminuem.

DESENVOLVIMENTOS EMOCIONAL E SOCIAL

O ganho mais importante para a criança dessa idade é conciliar o impulso de ser competente e auto-suficiente com a intensa necessidade de ser querida e protegida por seus pais. Observa-se isso quando a criança aprende a caminhar, afasta-se dos pais para explorar o ambiente ao seu redor, mas volta de imediato ao seu encontro para compartilhar seus descobrimentos e "recarregar as baterias" afetivas. Se os pais respondem às experiências da criança com uma atitude compreensiva e estimulante, isso gera a autoconfiança necessária para buscar horizontes mais amplos.

A premissa básica da teoria vincular é que a criança só poderá ser autônoma e competente se puder confiar em um adulto que a faça sentir-se segura e protegida. A partir desse sentimento básico de segurança, ela pode tentar fazer coisas novas e aprender como funciona o mundo que a rodeia. Nesse período, a criança está se afastando da união simbiótica com a mãe, ao mesmo tempo em que fica perto dela para que suas necessidades sejam atendidas. Para Margareth Mahler (1975), a criança atinge paulatinamente a fase da "constância do objeto", na qual é capaz de manter a representação mental da mãe, por exemplo, mesmo estando longe dela. Esse fato justifica, mais uma vez, que a idade de três anos, aproximadamente, seja adequada para o ingresso da criança na escola maternal, já que nesse período a mãe pode ser substituída sem grandes prejuízos para o processo "separação-individuação". Segundo essa autora, o processo envolve tanto a separação quanto a individuação. A separação diz respeito ao desengajamento e à diferenciação da mãe. O bebê gradualmente forma uma representação do *self* intrapsíquico distinto e separado da representação de sua mãe; isso não implica um distanciamento físico e espacial dos pais ou uma dissolução do relacionamento interpessoal, mas o desenvolvimento de um sentido intrapsíquico de ser capaz de funcionar independentemente da mãe. A individuação refere-se às tentativas do bebê de formar uma identidade individual única para assumir suas próprias características individuais. Ela acarreta o desenvolvimento de uma representação interior da mãe, uma noção do tempo, uma capacidade de testar a realidade e uma consciência de que os outros têm uma existência separada em relação à da criança. Mahler descreveu o processo de separação-individuação como tendo início no quarto ou quinto mês e se estendendo até os 36 meses ou mais. Esse processo compreende quatro subfases observáveis e sobrepostas: diferenciação, treinamento, reaproximação e o caminho da constância do objeto, que conduz a criança à capacidade de viver relativamente só em um mundo interior e exterior unificado, onde ela se reconhece não somente separada dos outros, mas cada vez

mais bem-definida em suas características sexuais próprias. Quando a criança volta sua atenção para o mundo exterior, inicia-se a etapa de diferenciação, que é o ponto inicial para o processo de separação-individuação. Com a locomoção, a criança começa a mover-se para longe da mãe, o que caracteriza o período de treinamento. Com aproximadamente 18 a 36 meses, ocorre a reaproximação, e a criança consegue separar-se e alcançar sua individualidade definitiva e conquistar a constância objetal. Com a conclusão dessa fase, a criança aprende que os objetos não deixam de existir porque foram retirados do seu campo de visão. Essa concepção parece ser vital para o desenvolvimento do ego e da constância objetal emocional. Mahler nota a dificuldade de situar o momento em que a criança consolida a constância objetal, isto é, uma representação bem-diferenciada, permanente, mas também relativamente estável da mãe.

Durante essa evolução, intervém o que Winnicott (1971) descreveu sob o nome de "fenômenos transicionais e objetos transicionais". Segundo esse autor, ao final do primeiro ano, a maioria das crianças adquiriu um objeto transicional, muitas vezes, constituído por um pedaço de pano, travesseiro ou cobertor, ao qual fica muito ligada e ao qual recorre quando precisa de algum consolo, como na hora de ir dormir ou em momentos de separação. O objeto transicional parece representar um meio passo entre o apego consigo mesma e o apego com o mundo externo.

Algumas crianças são tímidas e retraídas por natureza e necessitam permanecer mais tempo perto dos seus pais, antes de estarem preparadas para enfrentar o mundo de forma mais independente. Outras têm um comportamento mais ativo e se sentem estimuladas por todo tipo de novidade. É importante que as necessidades e os desejos individuais dos pais e dos filhos sejam equilibrados de forma que se encontre um balanço satisfatório. Os pais não se encontram à disposição de seus filhos de maneira incondicional, embora, quando a criança começa a caminhar, exija atenção imediata e constante. Mas, à medida que ela adquire maior autocontrole, geralmente entre os 18 e 24 meses, os pais sentem-se menos pressionados na atenção do seu filho e esperam que a criança possa adequar-se aos planos paternos.

Nesse momento, começam a intensificar-se muitas das pressões de socialização da criança. À medida que vai crescendo, exige-se que aprenda muitas coisas novas em um período relativamente curto. Supõe-se que tenha de deixar de lado os prazeres de ser bebê e trocá-los por prazeres mais duvidosos, de crescer. É freqüente que a criança sinta que aprender a controlar os esfíncteres, abandonar a mamadeira e adequar-se às normas domésticas tenha muito mais de problemático do que de prazeroso. Ela responde a essas exigências, negando-se a dar certos passos antes de estar preparada. Sem dúvida, essas formas de protesto têm um custo emocional. A criança tem medo de perder o amor de seus pais se não faz o que eles pedem. Esse temor se expressa pelos problemas comuns dessa idade, tais como ansiedade de separação, transtornos do sono e temores inexplicáveis.

Ao responder às necessidades da criança que já aprendeu a caminhar, a função dos pais como protetores sofre uma transformação. Eles têm que ensinar o seu filho por meio do diálogo a encontrar soluções que levem em conta as necessidades de ambas as partes. Essa nova relação conduz a sentimentos de segurança

mais complexos, baseados na capacidade da criança de resolver seus conflitos. Esse novo tipo de vínculo com os pais constitui o melhor aliado da criança no momento de dor e frustração, porque a protege do desespero e do colapso emocional. A criança aprende que pode viver momentos de dificuldade e superá-los. E por meio do vínculo afetivo entre os pais e a criança, esta vai internalizando a função de apoio daqueles, fazendo com que leve dentro de si mesma a proteção dos seus pais aonde quer que vá.

O vínculo afetivo entre pais e filhos não é sempre harmonioso, já que, muitas vezes, é difícil solucionar os desacordos de forma satisfatória para ambas as partes. Esse conflito de interesses expressa-se com inusitada intensidade no período que vai dos 12 meses aos três anos de idade e só voltará a instalar-se com a mesma força na adolescência. Gritos, atitudes desafiantes, agressão física e mau-humor são partes habituais da vida familiar quando há crianças dessa idade. O possível e desejável é cultivar uma relação de camaradagem, estar disposto a escutar, reconhecer que pais e filhos podem ter objetivos diferentes, procurando conciliar as diferenças, e quando não for possível, aceitar o desacordo. Mesmo conservando uma atitude compreensiva, o adulto precisa sentir-se bastante seguro para ficar com a última palavra, já que a criança tentará por todos os meios alcançar seus objetivos. A firmeza dos pais dá à criança a segurança de que os adultos a quem ama sabem o que estão fazendo e que ela pode confiar que farão o que é correto e adequado para ela. Cada aspecto do desenvolvimento da criança é influenciado pela presença ou ausência de uma base segura e pelo vínculo de camaradagem que se estabelece entre ela e seus pais.

A criança procura manter-se segura, ficando perto de sua mãe, e quando se distancia desta, procura fazer contato visual com ela, a fim de averiguar se está fazendo uma exploração segura do ambiente. É essencial que os pais estejam prontos para agir, já que a segurança da criança depende da capacidade do adulto de prevenir qualquer risco. Os acidentes são a principal causa de morte na primeira infância. Há situações em que o adulto terá de prover a proteção necessária de forma autoritária porém sem violência física, apesar dos protestos da criança.

COMENTÁRIOS FINAIS

Juntamente com as constantes tarefas evolutivas da criança, há tarefas sempre crescentes para os pais. Durante os primeiros meses de vida, as principais tarefas dos pais consistem em reconhecer, comunicar-se e atender às necessidades do bebê de um modo consistente e sensível, sem anteciparem e satisfazerem a todas. Desse modo, tenta-se evitar que a criança experimente uma tensão extrema, já que um certo grau de tensão e ansiedade pode ser desejável.

A tarefa parental no estágio de locomoção exige firmeza acerca dos limites do comportamento aceitável e encorajamento da emancipação progressiva da criança. Os pais devem ter cuidado para não serem demasiadamente autoritários, permitindo que a criança opere por si mesma e seja capaz de aprender a partir de seus erros. Devem, ainda, ajudar e proteger seus filhos, quando os desafios estão além de suas

capacidades. O controle esfinteriano, a locomoção, o desenvolvimento da linguagem e a capacidade de simbolizar estão entre as principais características dessa fase.

Talvez o ponto crucial desse período seja constituído pelo passo da criança rumo à maior separação, independência e autonomia, em um momento em que é passível de ser exigente, intromissiva e negativista. O quanto a criança emerge com êxito desse estágio depende de muitos fatores, dentre os quais, por um lado, o estado de preparação da criança para as tarefas específicas já anteriormente mencionadas e, por outro, o grau em que os pais favorecem ou sustentam o progresso dos seus filhos.

As formas de relacionamento dos pais com os filhos e suas atitudes básicas a respeito de sua criação estendem-se ao longo dos anos, não se limitando a uma única fase do desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. *El niño y sus juegos*. Buenos Aires: Editorial Atlantida, 1977
- BRAZELTON, T. O bebê: parceiro na interação. In: *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1987. p. 9-12.
- ENDERLE, C. O período pré-escolar. In: ENDERLE, C. *Psicologia do desenvolvimento: o processo evolutivo da criança*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1985. p. 51-63.
- ERIKSON, E.H. *Childhood and society*. New York: Norton, 1963.
- KAGAN, J.; REZNICK, J.S.; SNIDMAN, N. Biological bases of childhood shyness. *Science*, n.240, p. 167-171, 1988.
- LEWIS, M. ; WOLKMAR, F. Primeira infância: de um a três anos de idade. In: LEWIS, M.; WOLKMAR, F. *Aspectos clínicos do desenvolvimento da infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1994. p.158-176.
- LIDZ, T. *A pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1983.
- LIEBERMAN, A. La importancia afectiva de las primeras relaciones. In: *La vida afectiva de su hijo: entre uno y tres años*. Buenos Aires: Editorial Atlantida, 1995. p. 15-20.
- MAHLER, M.S.; PINE, F.; BERGMAN, A. *O nascimento psicológico da criança*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1993.
- MAZET, P.; STOLERU, S. O bebê antes do nascimento. In: *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1990. p. 20-25.
- MAZET, P.; STOLERU, S. Competências do recém-nascido e interações pais-recém-nascido. In: *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1990. p 26-32.
- MAZET, P.; STOLERU, S. Desenvolvimento afetivo e relacional. In: *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1990. p 71-76.
- NEWCOMBE, N. A criança de dois e três anos. In: NEWCOMBE, N. *Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1999. p. 186-209.
- PIAGET, J.; INHELDER, B. *The psychology of the child*. New York: Basic Books, 1969.

- ROSSELO, J. *et al.* Algunas fantasias maternas sobre el recién nacido. In: *La madre y su bebé: primeras interacciones*. Uruguay: Editorial Roca Viva, 1991.
- SCHAFFER, R. The organization of infant behaviour. In: *Mothering*. Great Britain: Fontana Press, 1990.
- SHAPIRO, T.; HERTZIG, M. Crescimento e desenvolvimento normais. In: TALBOTT, J.A.; HALES, R. E; YUDOFKY, S. C. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1992. p. 69-92.
- SOLNIT, A.J. Psychoanalytic perspectives on children one to three years of age. In: GREENSPAN, S.I.; POLLOCK, G.H. *The course of life*. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1989. p. 335-363.
- SPITZ, R.A. *The first year of life*. New York: International Universities Press, 1965.
- TYSON, P.; TYSON, R. Os estágios do desenvolvimento psicosexual. In: *Teorias psicanalíticas do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1993. p. 46-60.
- TYSON, P., TYSON, R. Uma revisão das teorias de relação de objeto. In: *Teorias psicanalíticas do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1993. p. 75-77.
- WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

A Criança Pré-Escolar

Ana Margareth Siqueira-Bassols,
Ana Lúcia Dieder, Michele Dorneles Valenti

3-6 anos

O presente capítulo tem o objetivo de introduzir o leitor ao mundo fascinante da imaginação da criança na idade pré-escolar, momento em que o desabrochar das múltiplas e complexas aquisições das fases anteriores torna a criança muito rica em expressar sua personalidade, cada vez mais peculiar, única.

ASPECTOS GERAIS

A criança em idade pré-escolar está em uma faixa etária que vai dos três aos seis anos de idade. Os aspectos mais marcantes do desenvolvimento então observados são as mudanças físicas, com crescimento e amadurecimento neurológico e aquisição de habilidades, principalmente em relação à linguagem e socialização, tornando-a mais independente e com maior capacidade de exploração.

No início do período, a criança já é capaz de expressar sentimentos complexos como amor, infelicidade, ciúme e inveja, nos níveis não-verbal e verbal, mas esses sentimentos estão muito relacionados a eventos somáticos, como cansaço e fome, sendo ainda muito autocentrados. Preocupa-se intensamente em ter aprovação e aceitação das pessoas queridas de quem depende, principalmente os pais ou seus substitutos.

Ao final desse período, a criança deve estar pronta para ingressar na escola, uma vez que já domina as tarefas primárias de socialização, como controlar os esfíncteres, vestir-se e alimentar-se sozinha, e até mesmo suas lágrimas e ataques de raiva, pelo menos na maioria das vezes. As emoções tornam-se mais estáveis, sendo maior controle por parte da criança de seus estados emocionais.

desenvolvida a empatia, chamando a atenção o surgimento de sentimentos de vergonha e humilhação.

Nessa faixa etária, a criança começa a ter consciência da genitália e das diferenças entre os sexos, o que vai incrementar suas fantasias sexuais, que poderão ser dramatizadas nas brincadeiras de médico e enfermeira. Ela apresenta uma ansiedade perturbadora quanto a ferimentos corporais e doenças, sendo essa fase também chamada de *band-aid*, uma vez que cada pequeno ferimento deve ser "muito bem tratado" pela mãe ou pelo pai. Como ainda não tem uma noção mais realista do interior de seu corpo, reage a pequenos ferimentos como se fosse "esvair-se" por aquele orifício, que deve ser cuidadosamente ocluído.

A criança de quatro anos é extremamente curiosa, costuma perguntar tudo sobre tudo, brinca com as palavras, pergunta sobre o seu significado, questiona persistentemente, elabora longas respostas para perguntas simples, aprova alguns comportamentos e critica outros, comenta seus desenhos, caracterizando o "desabrochar" da linguagem.

Por volta dos cinco ou seis anos, a criança consegue movimentar-se com confiança em todas as direções. Ela já pode lavar suas mãos e seu rosto e escovar os dentes, sobe escadas colocando um pé em cada degrau, anda em um triciclo e utiliza as mãos para pequenos movimentos e ações, o que inclui o pegar objetos ou segurá-los e a utilização de pequenos utensílios como lápis ou tesouras. É importante salientar que a utilização das capacidades motoras e a sua estimulação estão relacionadas com a atitude dos pais, favorecendo que a criança confie em suas habilidades. Pais muito ansiosos, perfeccionistas ou exigentes poderão interferir negativamente na criança, que poderá reagir com inibição ou temores exagerados.

A criança dessa idade também possui a coordenação visomotora para chutar e rebater bolas, por exemplo. É capaz de brincar cooperativa e construtivamente com outras crianças e gosta de construir estruturas com blocos. Essa criança já usa a linguagem eficientemente, sendo que já adquiriu um senso de padrão social e limitações apropriadas relativamente ao seu uso.

MOTRICIDADE

Conhecer as capacidades motoras e os pequenos desvios da normalidade possibilita a detecção precoce de distúrbios neurológicos, permitindo a prevenção de alterações mais graves e duradouras. O desenvolvimento motor é um processo contínuo e pode ser categorizado como o desenvolvimento da locomoção, da postura e da preensão, processando-se sempre no sentido céfalo-caudal e proximal-distal, do genérico para o específico. Pelo fato de ser comum a crianças de todas as culturas e processar-se dentro de estreitas faixas etárias, supõe-se que sofra uma forte influência genética. A velocidade do desenvolvimento, contudo, varia em um mesmo indivíduo, podendo ser diminuída em função da falta de estímulo, mas não acelerada significativamente pelo estímulo excessivo. Além disso, pausas temporárias podem ocorrer em determinadas funções, como, por exemplo, a

fala. O refinamento das capacidades motoras depende, em grande parte, do desenvolvimento dos músculos e dos tratos neurais que os controlam, mas também de capacidades sensoriais e de percepção.

Na fase pré-escolar, o tempo de reação – período entre a percepção do estímulo sensorial e a execução de uma resposta motora – melhora substancialmente mesmo para os movimentos mais simples. A criança aprimora sua motricidade também pelo brincar, que envolve interação física e social. Outros fatores atuantes são a inteligência inata (em geral, quanto maior a inteligência, mais rápido o desenvolvimento), os padrões familiares (atraso na aquisição da fala, controle tardio dos esfíncteres), o ambiente (falta de estimulação adequada) e as condições físicas (hipotonia ou surdez).

A habilidade crescente de agir sobre o mundo tem conseqüências psicológicas cruciais. A criança ganha a experiência e os recursos cognitivos de que necessita para melhorar seu teste de realidade, da mesma forma que passa a crer nas capacidades verbais como uma maneira de solucionar problemas e colaborar com os outros. Ao conhecer as relações de espaço, distância e altura em seu ambiente e ao elaborar cada vez mais a coordenação e o equilíbrio, a criança dá um passo essencial no sentido de tornar-se um ser autônomo e auto-suficiente.

CORTES TRANSVERSAIS

No terceiro ano, a criança mostra uma propensão para compreender seu ambiente e já não é mais um simples bebê. Prefere estar com outras crianças, é generosa e mais independente dos pais. Quanto ao equilíbrio estático e dinâmico, é capaz de subir escadas alternando os pés e permanecer em posição ortostática (em pé) com os pés juntos por 30 segundos. Realiza duas ou mais atividades ao mesmo tempo: chuta a bola enquanto corre, toma sorvete subindo escadas, come e fala ao telefone. A coordenação motora reflete-se na capacidade de construir uma torre com 10 cubos, copiar traços verticais, horizontais e cruces, além de segurar o lápis à maneira dos adultos. Quanto às habilidades sociais, espera-se que a criança esteja totalmente treinada para o banheiro, que compreenda a noção de revezamento, brinque com outras crianças, lave e seque as mãos, use bem a colher e coloque os sapatos. Nessa idade, a criança manifesta interesse por instrumentos musicais simples, como o tambor e a gaita, torna-se apta a distinguir notas, sons e instrumentos musicais diferentes (timbre).

Aos quatro anos, a criança está sempre disposta a mais uma brincadeira. Indica preferências por roupas e cortes de cabelo. Anda na ponta dos pés, alterna os pés para descer escadas e pode permanecer em posição ortostática com os pés juntos e os olhos fechados (teste de Romberg). Instala-se a persistência motora, ou seja, a criança pode manter a boca aberta por 40 segundos ou os olhos fechados por 20 segundos. Fica em um pé, salta em um pé só, desenha pessoas com duas partes e acrescenta três partes a um homem incompleto. Dando seqüência à socialização, mostra-se bastante independente nas rotinas da vida doméstica, co-

opera com outras crianças, percorre sozinha pequenas-distâncias em sua casa, realiza pequenas missões, lava e seca o rosto. A partir dos quatro anos, está apta para o aprendizado de um novo idioma, capacidade que diminui após os 12 anos. Acredita-se que quem estuda um novo idioma nessa fase tem quatro vezes mais chance de aprender do que um adulto.

Aos cinco anos, o controle motor está bem-amadurecido. A criança fala sem a articulação infantil e sente orgulho de suas realizações, principalmente quando valorizadas pelos pais. É capaz de usar a tesoura, já pode estar andandó de bicicleta e gosta de brincadeiras com velocidade e desafios, preferindo jogos associativos. Permanece em posição ortostática, com um pé na frente do outro por 10 segundos. Anda alternando os pés e pula em um pé só. Abre uma das mãos, fechando a outra ao mesmo tempo, e toca o polegar com todos os outros dedos da mesma mão. A persistência motora se intensifica. Acrescenta oito partes a um homem incompleto, copia quadrado e triângulo, conta 10 objetos e escreve o primeiro nome. A memória se desenvolve ainda mais. Quanto às habilidades sociais, já tem aquelas necessárias para a prática de esportes e para freqüentar a pré-escola. Além disso, faz o laço no sapato, pode ser estimulada a fazer pequenas tarefas domésticas (lavar e enxugar a louça), tentando imitar e agradecer os adultos de quem busca aprovação. Veste-se sozinha, pode contar uma longa história, nomeia e conhece todas as cores, brinca de vestir-se com roupas de adulto.

Aos seis anos, instala-se a noção de direita e esquerda. A criança tem equilíbrio suficiente para andar para trás. Quanto à coordenação motora, alterna movimentos de mão e pé direitos com os esquerdos. A coordenação entre tronco e membros é passível de avaliação: pode passar do decúbito dorsal para a posição sentada sem a ajuda dos membros.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

O pré-escolar encontra-se em um estágio de cognição denominado por Piaget como pré-operacional. Agora, a criança utiliza plenamente a capacidade simbólica, distinguindo a imagem daquilo que ela significa. Esse é um período de transição entre uma inteligência sem linguagem e sem conceitos (período sensorio-motor) e a inteligência representativa (operações concretas e formais).

A criança ainda não segue um raciocínio lógico e não é capaz de compreender conceitos abstratos (não entende que seu pai não quer brincar porque está cansado, se ela própria não está). Não aceita a idéia do acaso e tudo deve ter uma explicação – é a fase dos “porquês”. Por exemplo, a filha de três anos perguntou para a mãe: “Como fazemos o suco de uva?”. A mãe respondeu que era só misturar água e açúcar ao líquido da garrafinha, ao que ela perguntou: “Mas, mamãe, de onde vem a uva que vem dentro da garrafinha?”.

Os conceitos são guiados apenas pela percepção, e a atenção não contempla dois objetos de uma só vez: é a centralização – incapacidade de contemplar duas dimensões ao mesmo tempo: altura e comprimento, quantidade e disposição (mos-

tram-se para a criança duas bolinhas de massa iguais e dá-se a uma delas a forma de salsicha. A criança nega que a quantidade de massa continue igual, pois as formas são diferentes). O pensamento pré-operacional é estático: a criança capta estados momentâneos sem juntá-los em um todo. Assim, os eventos não são relacionados pela criança por outro motivo que a concomitância espacial ou temporal. Um exemplo disso é quando a criança acha que o balanço da árvore é que faz ventar. Devido à irreversibilidade, a criança parece incapaz de compreender a existência de fenômenos reversíveis, como, por exemplo, a água que se transforma em gelo e, ao ser aquecida, volta à forma original. Essa imaturidade também impede a compreensão do conceito de morte como um fenômeno irreversível. Além disso, a noção de tempo está relacionada com as atividades diárias, não havendo a compreensão de hora ou minuto.

O egocentrismo é também um importante aspecto dessa fase. Isso não significa que a criança seja egoísta, mas que tende a estabelecer conexões causais envolvendo a sua pessoa; tal propensão exerce um impacto psicológico, pois uma vez que a criança se considera agente causal de todas as coisas, pode culpar-se por conflitos familiares ou por outros eventos completamente fora do seu alcance. Também, em função disso, ela não é capaz de estabelecer fronteiras entre os seus pensamentos e os pensamentos alheios (pede à mãe que alcance o brinquedo, assumindo que ela sabe qual é o escolhido entre dúzias de brinquedos).

O animismo, por sua vez, consiste em crer que todas as coisas são vivas, sem entender os processos naturais, atribuindo-lhes causas fantásticas, geralmente com participação humana (a criança vê que o dia está nublado e pede ao pai que traga o sol de volta). Para a criança, tudo na natureza se compara com ela: as nuvens "choram", os pássaros voam "porque gostam" e o sol tem "rosto". Tudo isso se expressa no desenho e está relacionado à onipotência do pensamento da criança nessa época.

Ao final do período, no chamado subestágio de descentralização, principalmente em resposta à convivência com outras crianças, o pré-escolar aprende que a linguagem eficaz é imprescindível para o trato social e que seus conceitos não são, necessariamente, comuns a todas as pessoas.

LINGUAGEM

Enquanto a comunicação nas outras espécies envolve um número reduzido de mensagens inatas que o animal pode emitir e reconhecer, os humanos produzem e compreendem um número infinito de frases, muitas delas, nunca ouvidas daquela exata maneira. Algumas evidências são contrárias à teoria de uma capacidade puramente inata para a comunicação: não existe uma língua comum a todos os seres humanos e, a despeito da linguagem falada por seus pais, a criança só falará e entenderá aquela a que for exposta. Contudo, o fato de crianças muito pequenas, com desenvolvimento neurológico ainda incompleto, aprenderem a falar com um mínimo de dificuldade aponta para uma forte participação dos mecanismos biológicos.

Todas as crianças seguem a mesma seqüência de desenvolvimento: da articulação dos fonemas para o significado de palavras e locuções, progredindo para as categorias de palavras, como verbo e sentença, e, por fim, para o uso social da linguagem. Em primeiro lugar, aparecem os substantivos, depois os verbos, os adjetivos e os advérbios. O uso dos pronomes surge ao redor dos dois anos, quando a criança refere-se a si própria como "eu". O emprego das conjunções inicia ao redor de dois anos e meio. Entre os dois e quatro anos, a criança adquiriu ou aprendeu a maioria das regras fundamentais da gramática. São cometidos erros característicos durante esse período, já que a criança tenta generalizar regras. De modo análogo, erros na articulação são típicos durante o período pré-escolar, ainda dentro da normalidade, mas não devem ser estimulados. Pode ocorrer que algumas famílias estimulem a criança a falar errado, infantilizando-a. Deve-se orientar que os adultos falem corretamente com ela, pois assim estarão favorecendo um desenvolvimento mais adequado.

Fisiologia da Linguagem

Ao ser ouvida uma palavra, o estímulo é recebido pela área auditiva primária do córtex e transferido para a área de Wernicke. Para que uma palavra seja pronunciada, o padrão é transmitido da área de Wernicke para a área de Broca, onde a forma articular é despertada e transferida para a área motora que controla os movimentos da fala. Supõe-se que as áreas primárias da linguagem do cérebro humano estejam localizadas no hemisfério esquerdo, porque apenas raramente as lesões do hemisfério direito causam perturbações de linguagem. Antes dos quatro anos, a lesão do hemisfério esquerdo pode resultar em afasia passageira. No entanto, o desenvolvimento da linguagem prosseguirá no caso de o hemisfério direito estar intacto.

As teorias da aquisição da linguagem são múltiplas e antigas. Provavelmente, os quatro modelos principais são todos elementos de uma explicação multifatorial, isto é, em que múltiplos fatores se complementam.

A *teoria etológica* postula a existência de mecanismos inatos que permitem à criança a compreensão da estrutura gramatical e a formulação de regras segundo as quais se pode gerar um número infinito de frases. Uma evidência disso ocorre com os erros cometidos pela criança ao flexionar, por exemplo, verbos irregulares na forma regular ("fazido" ao invés de feito, "eu cabo" ao invés de eu caibo). Já o *modelo cognitivo* explica a aquisição da linguagem pela apreensão do significado das palavras e de sua função. Isso começaria a ocorrer na transição do estágio sensorio-motor para o pré-operacional, passando pela compreensão inata de conceitos como agente, paciente e ação. Uma evidência a favor dessa hipótese é a utilização de palavras como "desapareceu", "sumiu" ou "acabou" somente após a aquisição do conceito de permanência do objeto.

No *modelo ambiental/comportamental*, é o ambiente que influencia a aquisição da linguagem por meio dos reforços positivos e negativos dos pais. A linguagem simplificada e clara utilizada pela mãe ao se dirigir à criança pequena é diferente daquela utilizada com um interlocutor mais capaz. Acredita-se que a

fala do pai, por sua vez, sirva como uma ponte entre o discurso claro da mãe e o discurso confuso e impreciso do mundo exterior, na percepção da criança. Os pais constantemente fornecem estímulos à criança ao ler livros infantis, brincar de nomear coisas e cantar canções com gestos, além de fazer constantes correções e repetições. Por fim, o *modelo funcionalista* aborda a pragmática, isto é, a necessidade de se comunicar estimulando a apreensão da linguagem falada.

Para falar, é necessário que a criança compreenda o que está sendo dito. O discurso humano é uma torrente contínua de sons, na qual o ouvinte deve reconhecer pausas, mudanças de entonação e flexões, além de decompô-la em fonemas, sílabas, palavras e frases. Isso inicia durante o período pré-verbal e se refina ao longo dos anos, paralelamente à articulação dos fonemas. No início do período pré-escolar, admitem-se certas dislalias de troca, pois alguns sons como /r/ surgem mais tarde do que outros. A partir dos cinco anos, espera-se que a fala seja semelhante à do adulto.

As primeiras tarefas semânticas consistem em distinguir diferentes classes de palavras (coisas como “mamãe” e “chapéu” e ações como “falar” e “comer”) e expandir o vocabulário, a fim de compor uma classificação mais elaborada dos objetos (a palavra “gato” passa a denominar apenas os gatos, quando antes englobava tigres, leões, gatos e bichos de pelúcia). Todo esse processo se encontra interligado à formulação de conceitos pela criança e, portanto, ao seu desenvolvimento cognitivo. Alguns erros próprios desse período permitem inferir a existência de regras adotadas pela criança para comunicar-se: a generalização (nomear várias coisas com a mesma palavra) e a formação de neologismos (inventar uma palavra quando se desconhece o nome verdadeiro do objeto). Esses mecanismos diminuem à medida que a criança aumenta o vocabulário, assim como diminui a utilização de gestos para substituir as palavras. Com o desenvolvimento dos conceitos, espera-se que, a partir dos quatro anos, a criança passe a aceitar dois nomes para um mesmo objeto, contanto que representem níveis diferentes de classificação (“cão” e “spaniel”, mas não “spaniel” e “poodle”).

O pré-escolar tem a capacidade de aprender o significado de novas palavras por meio de uma exposição tão curta como ao assistir à televisão ou ao ouvir uma música. Alguns estudos demonstram uma aquisição muito rápida de palavras utilizadas por personagens de desenho animado. Sabe-se também que a aprendizagem é mais fácil quando se processa dentro de “esquemas” conhecidos da criança (o jantar, uma ida ao supermercado, um passeio no parque). Uma vez feito o contato com a palavra nova dentro desse esquema, a criança torna-se capaz de “descontextualizá-la” e empregá-la em novas situações.

A comunicação verbal progride do uso da palavra para os conjuntos de duas ou três palavras acompanhadas de gestos indicativos (palavra-frase), daí para as frases telegráficas (deixando de fora termos acessórios, sílabas atônicas e terminações) e, por fim, para as frases completas. A criança busca o aperfeiçoamento constante de suas capacidades de comunicação em uma tentativa de ser entendida e atingir seus objetivos. Para isso, acredita-se que a frustração seja um componente importante, pois o uso de uma palavra ininteligível recebe um *feedback* negativo

dos interlocutores, ainda que involuntário. É comum que mães superprotetoras não favoreçam a aquisição da fala, na medida em que se esforçam por adivinhar os desejos da criança, sem que ela precise expressar-se verbalmente.

Para o discurso social, algumas regras essenciais devem ser internalizadas. No início da fase pré-escolar, a criança já sabe quando é a sua vez de falar e quando é a vez do outro. Por volta dos cinco anos, compreende que certas perguntas são, na verdade, assertivas (“Você pode me alcançar aquele copo?”). Aos seis ou sete anos, sabe que precisa responder alguma coisa relacionada ao assunto em questão, dizer algo relevante e não repetir o que já foi dito. No fim do período pré-escolar, a criança passa a diferenciar o tom de voz, o tamanho de suas mensagens e as palavras utilizadas de acordo com o ouvinte a quem se dirige (grita para quem está longe, não usa gestos ao falar ao telefone, usa tratamento mais respeitoso com um padre ou com um idoso).

O DESENHO: A FIGURA HUMANA

No momento da transição entre a fase anal e o início da fase pré-escolar, a criança desenha o corpo humano como um grande saco que contém os órgãos, imaginando que estão soltos dentro do continente que a pele representa. Um menino de três anos, por exemplo, desenhou um círculo enorme, cheio de traços e pontinhos dentro, referindo que aquele era “o corpo da mãe, cheio de comidinhas, nenês, coração, xixi e cocô”.

A partir dessa época, o desenho da figura humana começa a ter forma mais completa, sendo que cabeça e olhos já são retratados, podendo não aparecer outras estruturas faciais. Aos quatro anos de idade, metade das crianças desenha pernas e pés e, ao iniciarem o desenho, ainda não há fórmula fixa em suas mentes sobre o que será desenhado, podendo mudá-la a toda hora.

Aos cinco anos, a criança inicia o desenho já com algum planejamento em mente, e o conteúdo é geralmente reconhecível. Os elementos são simples, entretanto, aqueles considerados mais importantes podem ser representados em um tamanho maior: uma flor pode ser maior do que uma casa, ou o filho maior que o pai em um desenho da família. Ao final da fase, espera-se que a criança já desenhe uma figura humana bem completa, com boca, olhos, nariz, tronco, braços, pernas e pés, o que significa que já apresenta uma melhor noção de seu próprio corpo.

O MUNDO DA FANTASIA

A capacidade de simbolizar, base sobre a qual se constrói a criatividade humana, estabelece-se antes do primeiro aniversário, mas é durante a idade pré-escolar que a criança expressa suas fantasias com mais liberdade. A capacidade de brincar é um sinal da saúde mental da criança, comparável à capacidade de trabalhar do adulto. Segundo Erikson, há três fases na evolução dos jogos na criança. A primeira ocorre

na “auto-esfera”, quando a criança explora sensações relacionadas com seu corpo ou com as pessoas que se ocupam de seus cuidados corporais. Na “microesfera”, a criança faz uso de pequenos jogos representativos, mediante os quais exterioriza suas fantasias. Já na “macroesfera”, a criança utiliza suas relações com os adultos e aborda o processo de socialização.

Durante a brincadeira, é importante observar o jogo das crianças e ouvir as fantasias verbalizadas, pois ambos são meios de comunicação psicológica, ou seja, expressam os conflitos contidos no mundo interno. Melanie Klein considerou o jogo como método essencial para o tratamento psicanalítico das crianças, estabelecendo as bases de sua utilização nos tratamentos psicológicos. Quando a criança está em tratamento psicoterápico ou psicanalítico, o brinquedo deve ser interpretado pelo terapeuta. A interpretação deve respeitar a capacidade cognitiva da criança e fazer referência ao aspecto transferencial, isto é, explicitar os sentimentos que são desencadeados em relação ao terapeuta e às fantasias externadas no brinquedo. A criança responde de maneira direta nos seus jogos às intervenções verbais do terapeuta.

A brincadeira representa não só a satisfação dos desejos, mas também um triunfo e domínio sobre a realidade frustrante, graças ao processo de projeção dos perigos internos sobre o mundo externo. Assim, a criança pode sentir-se um agente sobre as situações imaginárias, já que na realidade depende do seu meio externo.

Em torno dos três anos, os carros e as locomotivas são a paixão de meninos e meninas. Expressando a organização genital que vem se organizando pouco a pouco, as crianças sentem-se impelidas a experiências genitais e as sublimam por meio do brinquedo. Assim, ao brincar, representam suas fantasias de vida amorosa dos pais e de si próprios, o nascimento do filho. A garagem é usada para brincadeiras de penetração ligadas à alimentação e reparação; o brinquedo com bonecas e animais satisfaz às suas fantasias de paternidade e maternidade.

Nessa idade, a criança precisa ver que algumas coisas podem ser substituídas, nesse período, reencontrar um brinquedo que foi consertado pode ser mais prazeroso do que receber um novo, iniciando a luta contra as tendências destruidoras.

Como sua vida mental está povoada de imagens que a acalmam e outras que a inquietam, teme perdê-las e, por isso, necessita conservá-las, recuperá-las, revivê-las, enchendo de detalhes objetos reais e fantasmáticos que recria em seus desenhos. É como se a imagem pudesse fugir e o desenho a imobilizasse; é uma forma de lutar contra a angústia da perda. A elaboração dessa angústia é feita por meio da monotonia expressa pelo número de vezes que a criança dessa idade pede para que se repitam certas histórias ou para que assista ao mesmo filme.

TEORIAS EVOLUTIVAS

A compreensão do comportamento da criança nessa fase do desenvolvimento deve-se principalmente às contribuições de Sigmund Freud, no início do século XX, quando ele propôs que as crianças não eram seres sem sexualidade, como a humani-

seus
in termos
exterioriza
conflitos
mundo
seus
recreia
brincadeira
medos
sua
medo

dade parecia acreditar. A teoria freudiana compreende que o comportamento é governado por processos conscientes e inconscientes, sendo que o mais elementar deles é a pulsão sexual instintiva e inconsciente, a qual ele chamou de *libido*. A libido já está presente ao nascimento e nos acompanha ao longo de toda a vida. Outros materiais inconscientes, criados com o passar do tempo, são os mecanismos de defesa, estratégias automáticas e normais para redução da ansiedade como a repressão, a negação, a projeção e outros. Freud também defendia que a personalidade tinha uma estrutura que se desenvolve ao longo do tempo, dividida da seguinte forma: o id, onde a libido está concentrada; o ego, elemento consciente e executor; e o superego, a instância moral que incorpora as normas e os limites da família e da cultura. O ego se desenvolve dos dois aos cinco anos, à medida que a criança aprende a adaptar suas estratégias de gratificação instantânea. O superego inicia seu desenvolvimento um pouco antes da idade escolar, conforme a criança incorpora os valores dos pais e os costumes da sociedade.

Para Freud, a criança em idade pré-escolar está no estágio fálico. Nessa idade, a erotização, ou seja, a concentração da libido se localiza na região genital, razão pela qual as crianças de ambos os sexos, com toda a naturalidade, iniciam a masturbação.

FREUD E O COMPLEXO DE ÉDIPLO

“Édipo Rei” é o título de uma tragédia grega escrita por Sófocles em 450 a.C. Laio e Jocasta, reis de Tebas, abandonam nos campos seu filho recém-nascido que, segundo uma profecia, estaria destinado a assassinar o próprio pai e desposar a mãe. Recolhido por pastores e entregue aos reis de Corinto, Édipo, como é chamado, cresce como um jovem herói. Em suas andanças, desentende-se com um desconhecido à beira de uma estrada e acaba por matá-lo. Chegando a Tebas, casa-se com Jocasta, a rainha viúva, e vive com ela por muitos anos, até que uma peste terrível assola a cidade. Consultando o oráculo, Édipo descobre que o assassino de seu pai está na cidade e deve ser punido para que a peste acabe. O rei empreende uma minuciosa investigação e termina por descobrir que o desconhecido que ele matara era o Rei Laio, e que ele mesmo era “irmão e pai das crianças que o acompanham, filho e marido da mulher que o gerou, herdeiro do leito do próprio pai, destruidor da vida desse pai”. Desesperado, o rei castiga-se arrancando seus próprios olhos e se auto-exila.

Freud utilizou-se dessa tragédia clássica para nomear o conjunto de defesas inconscientes que a criança em sua fase fálica desenvolve pela figura parental do sexo oposto. Se considerarmos que as tragédias gregas são a expressão literária dos mitos e que estes têm uma origem imemorial, talvez venhamos a descobrir que a história de Édipo é apenas um reflexo de uma preocupação muito antiga da humanidade.

No Complexo de Édipo, a criança tem impulsos sexuais com relação ao genitor do sexo oposto e deseja eliminar aquele do mesmo sexo, esperando puni-

ção por tais desejos. Entre os três e os cinco anos, a criança encontra-se em uma relação triangular com os pais, percebendo pela primeira vez que eles têm uma relação a dois, da qual está excluída. Essa percepção gera sentimentos de revolta, ciúme, agressividade, abandono, os quais se expressam, por exemplo, em atitudes como querer dormir na cama dos pais, impedi-los de que se aproximem fisicamente, sentando no meio do casal ou separando um abraço deles.

O menino manifesta um apego excessivo à mãe, passando a encarar o pai como um rival, uma vez que é ele quem pode abraçar e beijar a mãe, dormir em sua cama e fertilizá-la. Em função de seus desejos pela mãe, o menino teme o pai como uma figura poderosa e ameaçadora, atribuindo-lhe o poder de castração. Esse temor leva a criança a defender-se por meio da chamada renúncia edípica. Após desistir da mãe, o menino se alia ao pai e se identifica com ele, de modo a reduzir a chance de ser castrado. Ao mesmo tempo, interioriza o poder do pai, seus valores e julgamentos morais que servirão de base para a formação do seu superego.

Na menina, o Complexo de Édipo tem características diferentes, pois a organização edípica deriva do fato de que a rivalidade ocorre com o progenitor do mesmo sexo, a mãe, que é a cuidadora primária. A menina precisa manter uma relação com a mãe/cuidadora, ao mesmo tempo em que compete e se identifica com ela, o que reflete a complexidade das tarefas psicológicas que encara ao atravessar o período edípico. Esse processo ocorre em duas fases: a primeira, em torno dos dois anos e meio aos três anos, é semelhante à do menino, quando a mãe também é o objeto da relação fálica-edípica e o pai, seu rival, apesar de amado. Essa fase é uma continuação da relação pré-edípica precoce com a mãe que agora adquire as características impostas pelo novo momento do desenvolvimento. Em torno de três anos e meio a quatro anos, o desenvolvimento normal da menina é transferir sua energia e interesse da mãe para o pai. Quando isso acontece, a mãe torna-se sua rival pela afeição do pai. Temos como exemplo uma menina de quatro anos, muito enciumada pelo fato de que os pais estão planejando ir a uma festa no final da semana, que desenha, pinta e recorta uma linda maçã e a oferece de presente para a mãe, com um sorriso afetuosos. No momento em que a mãe, agradecida e feliz, faz de conta que vai morder a maçã, a menina a impede, assustada, gritando: "Não come, tá envenenada!"

Segundo Freud, há diferenças significativas nas forças que guiam a resolução do Complexo de Édipo e na maneira como ela ocorre em meninos e meninas. Enquanto no menino o Complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, na menina ele é possível e mantido pelo próprio complexo de castração. Na visão de Freud, a menina responsabiliza sua mãe pela ausência de pênis e mais tarde o desejo da menina em ter um pênis é transferido para o desejo de dar um bebê para seu pai. Uma vez que esse desejo não pode ser realizado, a menina gradativamente desiste do ataque edípico ao pai e volta ao objeto não-incestuoso. A esses fatores Freud adicionou a influência da intimidação da educação e do exterior, que ameaçam a menina com a perda do amor.

A intensidade dessas manifestações comportamentais é muito variável, uma vez que depende de diversos fatores, como no caso de uma mãe excessivamente sedutora, que irá exacerbar uma situação que já é por si só conflituosa. Um pai

excessivamente severo, punitivo e pouco empático terá efeito similar. A não resolução desta fase pode levar à fixação no estado fálico-edípico, causando sintomas mais tarde como histeria e fobias.

Além da configuração edípica clássica (Complexo de Édipo Positivo), outra possibilidade menos perceptível e significativa, o Complexo de Édipo Negativo, pode ocorrer devido ao papel fundamental que a bissexualidade exerce no complexo edípico. Assim, Freud comenta que devido à natureza bissexual do menino “ele também pode se comportar com uma atitude feminina e afetiva em relação ao pai e uma correspondente inveja e hostilidade em relação à mãe”.

ERIKSON E A INICIATIVA *VERSUS* CULPA

Erikson não deu ênfase à centralização do impulso sexual, focalizando, em seu lugar, o surgimento gradativo de um senso de identidade. Em sua teoria, considera que cada estágio do desenvolvimento humano está ligado a uma determinada tarefa social e chamou esses estágios de “psicossociais”.

Para Erikson, o pré-escolar está no estágio da “iniciativa *versus* culpa”. Esse estágio é caracterizado, inicialmente, pela aquisição de novas habilidades ou capacidades, pois aos quatro anos a criança é capaz de planejar, tomar iniciativas na busca de determinadas metas e ter um domínio maior da linguagem. A criança pratica suas novas habilidades cognitivas e tenta conquistar o mundo ao seu redor. Trata-se de um período em que há um incremento da energia para agir e para uma espécie de comportamento que os pais podem entender como agressivo, mas que Erikson caracteriza como o modo intrusivo de agir. Assim, ela pode quebrar um brinquedo, descobrir que não consegue consertá-lo e jogá-lo na mãe. Nesse momento, a criança pode sentir-se envergonhada, imaginando que suas fantasias e desejos serão descobertos, como se fosse automaticamente culpada por meros pensamentos e comportamentos que ninguém sabe que teve. Há o risco de a criança ir longe demais em sua tentativa de poder, vindo os pais a fazer restrições ou a punir em demasia – quaisquer deles podendo aumentar a culpa. Alguma culpa é necessária, pois sem ela não haveria consciência ou autocontrole. A culpa em demasia, no entanto, é capaz de inibir a criatividade da criança e suas livres interações com os outros. É o momento do desenvolvimento quando há um pico da capacidade de aprender e do desejo de tornar-se grande.

Tanto Freud como Erikson afirmam que a chave para uma evolução adequada nesse período está no equilíbrio entre as habilidades e as necessidades emergentes da criança e a capacidade dos pais de protegê-la e de ter controle sobre seu comportamento.

IDENTIDADE DE GÊNERO

O conceito de identidade de gênero não faz parte da teoria de Freud sobre o desenvolvimento psicosssexual, pois ele acreditava que o desenvolvimento psicológico

era essencialmente o mesmo para ambos os sexos até a fase fálica, divergindo apenas com a descoberta das diferenças anatômicas pela criança, o fato de que os meninos possuem um pênis e as meninas não. Suas referências à masculinidade e à feminilidade estão baseadas na sexualidade infantil e não incluem as contribuições do desenvolvimento das relações de objeto, do sentido do *self*, do superego e do ego. Para ele, a inveja do pênis ou complexo de masculinidade era o centro da psique feminina, ao passo que a ansiedade de castração era central para o menino.

O conceito de identidade de gênero, sendo mais amplo e multidimensional, refere-se a uma configuração psicológica que combina e integra a identidade pessoal e o sexo biológico e para a qual as relações de objeto, os ideais do superego e as influências culturais fazem contribuições significativas.

As bases da diferenciação sexual são evidentes desde o nascimento. A maneira como os pais vestem os bebês e os tratam são influenciadas por suas expectativas em relação a cada sexo. Todas as atividades da criança e sua permissão por parte dos pais estão ligadas ao papel sexual: a maneira como caminha, brinca, etc. Os jogos preferidos, todos diferentes para cada sexo, têm o objetivo de identificar a criança como menino ou menina, para os outros e para si mesma.

A identidade de gênero tem sido definida como a capacidade da criança reconhecer que é membro de um sexo e não de outro. Em 1964, Stoller cunhou o termo identidade de gênero nuclear referindo-se ao "senso fundamental de pertencer a um sexo", a "consciência" de que se é macho ou fêmea, estando tipicamente consolidada em torno dos três a quatro anos. Em termos emocionais, esse senso de pertencer a um sexo é valorizado, de modo que a criança experimenta confiança e segurança de ser um menino ou uma menina.

A identidade de gênero pode ser inferida das brincadeiras da criança de acordo com seu sexo, nas quais elas expressam sua identificação com o sexo masculino ou feminino, por marcadores culturalmente aceitos de masculinidade ou feminilidade (papéis de gênero). Na maioria das crianças, a emergência desses comportamentos surge após o desenvolvimento de sua capacidade de "se rotular" como menino ou menina. Em muitas crianças, em torno dos quatro a cinco anos, há um aumento do comportamento estereotipado do papel do gênero, acompanhado por idéias culturalmente definidas sobre o papel de cada um deles. Esse processo evolui até a consolidação da identidade sexual na vida adulta, quando o indivíduo poderá definir-se como heterossexual, homossexual ou bissexual. Essa autodefinição está usualmente de acordo com o que é experimentado como eroticamente atrativo e tipicamente não se consolida antes da adolescência.

COMENTÁRIOS FINAIS

A fase pré-escolar tem início com a criança deixando de ser um bebê para se tornar menino ou menina, que necessita desempenhar um novo papel, passando por uma fase inicial de confusão entre passado e presente. Sob a influência de organizadores internos e externos, a criança evolui para uma integração das ten-

dências conflituosas da fase genital, que vai representar uma base adequada para o desenvolvimento das fases seguintes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. *A criança e seus jogos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1992.
- BEE, H. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1997. p. 202-260.
- ERIKSON, E.H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: Norton. (Republished, 1980).
- ERIKSON, E.H. (1964). *Insight and responsibility*. New York: Norton. 1964. p.31
- ERIKSON, E.H.; ERIKSON, J.M.; KIVNICK, H.Q. *Vital involvement in old age*. New York: W.W. Norton, 1986. p.48
- FREUD, S. O ego e o id (1923). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.19.
- LEBOVICI, S.; DIATKINE, R. *Significado e função do brinquedo na criança*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1988.
- LIDZ, The life cycle: introduction. In: ARIETTI, S. (ed.). *American handbook of psychiatry*. 2nd ed. New York: Basic Books, 1974. v.1, p. 241-251.
- LEWIS, M.; VOLKMAR, F.R. *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1993.
- MANUAL Merck de Medicina. São Paulo: Roca, 1989. Seção 19, Cap. 256.
- NAGERA, H. The four-to-six stage. In: GREENSPAN, S.; POLLOCK, G. *The course of life*. Madison: International University Press, 1991. v.3, p. 1-11.
- NOSHPIZ, J.D. Fantasy heroes and superheroes. In: *Handbook of child and adolescent psychiatry*. New York: Wiley, 1997. v.2, p. 44-47.
- ROTTA, N. Desenvolvimento psicomotor. *Pesquisa Médica*, Porto Alegre, v. 9, n. 5, p. 617-628, 1973.
- SHAPIRO, T.; HERTZIG, M.E. Crescimento e desenvolvimento normais. In: TALBOTT, J.; HALES, R.; YUDOFKY, S. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1992. p. 69-92.
- STOLLER, R.J. A contribution to the Study of Gender Identity. *International Journal Psychoanal.*, n. 45, p. 220-226, 1964
- VASTA, R.; HAITH, M.; MILLER, S. *Child psychology, the modern science*. New York: Wiley, 1992.

A Idade Escolar: Latência (6 a 12 anos)

Maria Helena Mariante Ferreira, Marlene Silveira Araújo

O período da latência vem sendo um dos menos estudados e, portanto, um dos menos compreendidos. Ficou sempre caracterizado como um período preparatório para a adolescência e um estágio do desenvolvimento no qual nada ocorre. Pensava-se que nele tudo se encontrava em um estado de espera, sob o controle repressivo dos impulsos, até que a adolescência chegasse para que então se manifestassem as pulsões sexuais. Para Freud (1905), durante a latência, as defesas são postas em jogo para controlar a pulsão sexual, que, depois, retoma o seu curso na adolescência.

Como diz Urribarri (1999), temos que entender o trabalho da latência como um esforço que é realizado no sentido da organização, diferenciação, sofisticação e ampliação do aparato psíquico. Ocorre nele uma reordenação dinâmica e estrutural das pulsões. A latência não se caracteriza pela simples repressão, mas sim pela sua configuração dinâmica, reorganização operativa, peso relativo e balanço intersistêmico. É, pois, esse atuar conjunto e subordinado de diversos mecanismos defensivos com fins sublimatórios que caracteriza a latência normal.

A evolução do púbere nessa fase vai depender de múltiplos aspectos: da maneira como vivenciou os primeiros anos; da interação mais complexa com o ambiente; da possibilidade de relação independente, não mediada pelos pais, com pessoas de fora do círculo familiar primitivo e do desafio à filosofia seguida pelo grupo familiar.

As mudanças significativas dessa fase apóiam-se em um substrato orgânico que se aprimora: a maturação do cérebro completa-se até os 10 anos e a mielinização também está praticamente pronta aos sete anos, restando apenas cerca de 10%

para evolução posterior. Os sistemas noradrenérgico e dopaminérgico, que regulam a atenção e a agressividade, evoluem mais lentamente, a partir de então.

Recentemente, passou-se a dar um lugar especial ao púbere e ao adolescente na clínica. Não sendo mais criança nem um adulto, paciente do pediatra ou do clínico, o latente situa-se em um hiato onde é difícil escolher um profissional para atendê-lo. Atualmente vários são os clínicos e psiquiatras que se dedicam a esse grupo etário, contribuindo, portanto, cada vez mais para que se conheça essa etapa do desenvolvimento, tanto física como psicologicamente.

O objetivo deste capítulo, assim, é sistematizar, de uma forma resumida, os principais movimentos do período de latência, fundamental para um desenvolvimento harmônico na adolescência.

CONDIÇÕES PARA A ENTRADA NA LATÊNCIA

A idade escolar exige a superação de conflitos que vêm sendo lentamente elaborados durante as fases anteriores. Ligação, controle e identificação foram movimentos trabalhados, sucessivamente. Nelas, o manejo da frustração, a perda da onipotência e a ligação simbiótica com os pais dão lugar ao interesse pelo mundo e pelos seus iguais.

Na criança normal, a frustração conduz, superada a depressão, à busca de novos conhecimentos. Isso possibilita uma ação mais efetiva sobre o meio e a restauração de um prazer mais maduro. Estabelece-se o comprometimento com a tarefa quando a criança começa a construir sua identidade, controlar a impulsividade, adquirir crescente capacidade de socialização. Pouco a pouco ela vai estabelecendo maior contato com a realidade, tornando-se, progressivamente, mais objetiva e com um pensamento já direcionado para fora de si.

CARACTERÍSTICAS DA FASE

O estado de latência é uma organização funcional defensiva, que torna a criança mais calma, manejável e educável. A organização do estado de latência depende do desenvolvimento da função simbólica, da eficácia da repressão, da reestruturação da memória e do estabelecimento da constância comportamental. Aparecem respostas mais adaptativas do que a simples descarga impulsiva. Bom comportamento, conformidade e educabilidade resultam do equilíbrio entre impulsos e defesas mais elaboradas.

Nessa fase, ocorre uma reorganização complexa das defesas, apoiada em dois pilares: no plano afetivo, a utilização de mecanismos obsessivos e, no cognitivo, o início do funcionamento das estruturas de operações concretas.

Enquanto nas primeiras etapas da vida a criança centra-se em torno das figuras dos pais, nessa etapa inicia-se um desligamento progressivo dos cuidadores. Tal mudança intensifica os laços com os amigos da vizinhança e da escola, sendo

meninos e meninas fazem parte de grupos distintos
 que meninos e meninas agora se distanciam, reunindo-se em grupos, quase que antagônicos, do tipo "clube da Luluzinha e do Bolinha".

A competência é o sentimento principal, que resulta de uma ação eficaz, e esta impulsiona a criança para a resolução da crise básica da fase, estudada por Erikson (1963), em que a industriosidade (capacidade de uma ação efetiva) ou a inferioridade (fracasso nas ações) se instala.

Esse período é marcado por grande sofrimento na criança que, por qualquer motivo, se vê comprometida na sua capacidade de aprender tanto formalmente, na escola, como informalmente, nos esportes, nas competências sociais e de independência.

A evolução da capacidade de diferenciar fantasia/sonho e realidade (idade da razão) permite uma percepção distinta de corpo e mente, o que facilita o uso da intelectualização e a formação da consciência de culpa, por ação do superego. A maior correlação entre o sistema somático e psíquico do organismo permite a internalização da orientação dos pais.

Segundo Blos (1996), uma fonte de desorganização do desenvolvimento é o fato de a latência ser uma fase incompleta. Por um lado, o avanço da autonomia do ego, durante a latência, resulta na habilidade em distinguir entre realidade e fantasia, e, por outro, ainda são observadas formas infantis de expressão e manejo dos impulsos.

Um menino de oito anos troca de escola, onde se adapta com dificuldade. Ao final do ano escolar, em uma conversa sobre as duas escolas, comenta sorrindo: "Seria bom se pudéssemos deixar as meninas e os meninos chatos e boiolas na escola velha, e na escola nova, só os guris meus amigos". Nesta vinheta, vemos claramente a fantasia e a realidade, usadas de forma simbólica como expressão da resolução mágica das dificuldades, separando o bom e o mau. Por outro lado, vemos a repressão sexual separando meninos de meninas e "boiolas" de "machos". A magia é usada com consciência e juízo de realidade, uma vez que o menino reconhece que tal artimanha permanece apenas no nível de seus desejos e suas idéias e que pode brincar com conflitos.

DESENVOLVIMENTO AFETIVO E SEXUAL

O equilíbrio da latência é concretizado quando forem dados os passos em direção à resolução do Complexo de Édipo, estruturando dentro da criança capacidades crescentes de empatia e intersubjetividade. A identificação com os pais torna-se parte da evolução da personalidade do latente. A criança, na latência, estabelece com os pais um relacionamento em um grau ótimo de neutralidade. A imagem dos pais, não tão idealizada, vai sendo mais passível de identificação.

A proibição do superego recai sobre os desejos incestuosos e sobre a masturbação. Tal fenômeno dinâmico, aliado à transformação na ação motora — agora funcional —, faz com que o latente precise ocupar-se. Isso explica a necessi-

dade do escolar de praticar atividades manuais, esportes e competições, que aparecem como um conjunto de ações e condutas com características sublimatórias. A capacidade de sublimação, por meio da ação, fortalece e flexibiliza o ego, elevando a auto-estima, permitindo uma melhor convivência social.

Diversas aprendizagens adquiridas nesse período contemplam as demandas sociais da cultura dos pais e da escola. Isso proporciona uma melhor inserção do púbere no meio dos adultos por meio de sua ação competente.

O conflito edípico é dramatizado por meio de uma conduta ora submissa, ora rebelde, em uma luta dolorosa entre o proibido e o permitido. A renúncia edípica provoca no latente uma sensação de perda de referência até então representada pelos pais ou autoridades substitutas, resultando em uma vivência de vazio interior e estranhamento. É comum, nessa fase, o rechaço pela figura materna, o deslocamento da agressão para a figura paterna e a dificuldade de relatar suas experiências a eles. É muito comum encontrar pais tristes porque os filhos não relatam suas experiências na escola, na casa de amigos, sentindo-se agora preteridos. Essa crise, natural no desenvolvimento, pode ocasionar um retraimento no púbere devido a fantasias de abandono, levando-o a refugiar-se em defesas mais regressivas. Ao contrário, pode também propiciar uma ampliação dos recursos do ego, permitindo o manejo da angústia por meio de uma melhor aceitação da realidade na determinação da conduta.

O fantasiar adquire maior preponderância, ocasionando e facilitando um maior distanciamento dos cuidadores em busca de elementos fora do grupo familiar. Esse movimento em direção ao mundo é fundamental para a elaboração da ansiedade de castração, permitindo ao latente a experiência de obter reconhecimento pelo valor das suas ações e o mérito de sua produção pessoal.

O temor ao incesto conduz o pré-adolescente a buscar outros modelos de identificação fora do âmbito familiar. Ele coloca em dúvida seus valores, sua onipotência, retirando dos pais o investimento afetivo idealizado e redirecionando seus impulsos a outras pessoas, ampliando assim seu universo relacional e tentando encontrar novos modelos com os quais se identificar. *fora do âmbito familiar*

Na prática diária com pacientes e familiares, esse é um período muito difícil porque implica abandono de princípios morais e éticos até então vigentes. A criança esconde suas dificuldades e não busca ajuda, deixando os pais perdidos e com sensação de impotência. A busca de outros princípios tem o sentido de deixar a ligação inicial, fazendo novos vínculos e caminhando em direção a uma identidade própria.

A possibilidade de resolução edípica e a abertura para novos investimentos afetivos e identificações são enriquecedoras para o sujeito, favorecendo sua individualização. *processo de individualização*

O antigo interesse pelo próprio corpo se dirige agora para a curiosidade pelo corpo de outro. Assim, também surge a necessidade do conhecimento do mundo e das leis que o regem. O pensamento concreto é substituído, pouco a pouco, pela capacidade de abstrair, apoiada pela capacidade de simbolizar, que constitui, nessa etapa, uma importante aquisição.

ORGANIZAÇÃO DEFENSIVA E CONFLITOS

Durante o período de latência, as exigências instintivas não se modificam, mas o ego torna-se pouco a pouco mais apto a lidar com elas. Dessa forma, ego e superego tornam-se mais capazes de estabelecer um controle conjugado. Surgem atitudes de natureza sublimatória, baseadas em identificações. O senso de auto-estima deriva agora das realizações. Há resistência à regressão, e a ação do ego passa para uma esfera livre dos conflitos.

O desenvolvimento do pensamento simbólico permite a evolução de defesas como a intelectualização e a racionalização. A natureza das defesas fóbicas se modifica. Os medos noturnos passam dos monstros para as figuras humanóides, perseguidoras, acompanhando a evolução da fantasia e do pensamento que agora se centra em objetos reais e não-fantásticos.

Pode haver no período uma intensificação de sintomas obsessivos e fantasias persecutórias, que está relacionada com o controle dos afetos associados ao desejo de fazer coisas proibidas: culpa de se rebelar.

Aparecem também defesas de somatização com equivalentes como vômito, cefaléia e erupções cutâneas.

A modificação da direção da agressão permite sublimar e utilizar atividades obsessivo-compulsivas, formação reativa e repressão como defesa. As histórias, as dramatizações e os heróis passam a ser representantes dos impulsos, permitindo agora sua expressão por meio da identificação passiva. Essas defesas compõem uma organização necessária para a substituição de um padrão neurótico, típico dessa fase, por defesas mais adaptativas, que conduzem a um funcionamento esperado na maturidade e à passagem para outra etapa do desenvolvimento. A criança faz aderência social e fica apta a aprender.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

O desenvolvimento cognitivo na latência, segundo Sarnoff (1976, 1987), passa por três etapas, o início da latência, a maturação durante o estado de latência e a transição final. Em cada uma dessas etapas, uma maturação se processa e se organiza de forma seqüencial.

A passagem para a latência (seis a sete anos de idade) é marcada pela capacidade de diferenciar eventos na fantasia e na realidade. No desenho da figura humana, a diferenciação entre cabeça e corpo, com a introdução do pescoço, é prova concreta da percepção crescente da distinção mente/corpo. Surge também a mudança dos afetos que acionam o superego, e a conseqüente consciência da culpa que passa a guiar as decisões éticas.

O segundo período, a maturação no estado de latência (sete e meio a oito anos e meio de idade), é marcado pelo início do pensamento operacional concreto, pela organização conceitual da memória e por uma mudança na qualidade da fantasia

que se centra em objetos da realidade e não em objetos fantásticos. Na organização do superego se processa a individuação ética por meio da qual a criança desenvolve seus próprios motivos e não simplesmente aplica os padrões dos pais.

O terceiro período (10 a 12 anos de idade) envolve a percepção e o conhecimento real do mundo e a busca de uma pessoa na realidade para a expressão dos seus impulsos.

A maturação somática permite o aprimoramento da coordenação, da atenção, da focalização e da regulação do tempo de elaboração das respostas.

Segundo Piaget (1958), nessa fase se instala o período das operações concretas. Nele ocorre uma transição do pensamento apoiado na ação para o estabelecimento de estruturas lógicas mais gerais. Essa mudança resulta na capacidade de poder representar e exercitar ações agora dentro do pensamento, sob a forma de idéias. Isso influencia a percepção da realidade sua compreensão e organização na memória.

Os dois movimentos mais característicos da fase são o estabelecimento da noção de reversibilidade ($1 + 2 = 3$, logo $3 - 2 = 1$), que permite operações de seriação e classificação e da noção de invariância e conservação de substância, peso e volume (O que pesa mais: um quilo de algodão ou um quilo de chumbo?).

Tais estruturas maturacionais e seus correlatos no mundo cognitivo e de representações se configuram de forma especial nas diferentes áreas de expressão da criança.

EXPRESSÃO GRÁFICA

1. *O domínio do traço oblíquo*: a criança vai mais além do desenho do quadrado, da cruz, do círculo e do triângulo para o desenho do losango e do "x".
2. *O detalhamento e a coordenação das estruturas no desenho da figura humana*: surgem atributos como mãos e olhos e posicionamento adequado do pescoço e dos diferentes segmentos do corpo.
3. *O aparecimento no desenho do movimento e de interações*: a criança se expressa mais pelo desenho do que pelo relato de fatos.
4. *A noção de profundidade e de sombreado*: noções que surgem ao final da fase e indicam mudança no sentido da aquisição da perspectiva tridimensional.

Pensamento Simbólico

1. A capacidade de produção de sua própria simbologia inconsciente

O homem, para viver em sociedade, precisa organizar uma forma derivada da expressão de seus impulsos. O símbolo serve a tal função, uma vez que transforma a idéia ou o afeto inicial em outro elemento. A produção dos próprios símbolos, mascarando fantasias latentes, depende da capacidade de abstração, da capa-

claro resumo de 1958

cidade de espera e da repressão. A simbolização passiva, ou seja, o uso de personagens de história para expressar os impulsos, inicia a fase.

A participação passiva da criança na simbologia da televisão ou de histórias diminui a culpa e a responsabilidade na produção de um símbolo não aceito socialmente. Por não ser elaborado pela criança, ele pode ser apreciado e assim cumprir sua função catártica.

2. A capacidade de entender e explicar os fenômenos naturais se modifica, com a instalação do pensamento operacional concreto

Antes da latência, a compreensão se apoiava em explicações intuitivas e mágicas. Por volta dos sete anos, instala-se o pensamento operacional concreto. É uma forma de pensamento abstrato que se apóia em características concretas da experiência com base na consideração realística do fenômeno natural. Ao final do período, surge o pensamento operacional abstrato que pode ser aplicado já a outras experiências e idéias na ausência da representação concreta – a generalização.

3. A linguagem não é mais afetivo-motora e se apóia no conceito verbal

Ela encontra sua expressão no uso do símbolo verbal, da abstração e dos contos e mitos.

4. A memória reorganiza-se com a inclusão da representação com palavras em seu arsenal

As palavras e as idéias que elas representam podem estar ligadas à ansiedade. As palavras substituem as sensações e percepções afetivo-motoras difusas iniciais e surgem os símbolos, com características inconscientes, nos quais se distinguem conteúdos manifestos e latentes.

A criança ainda desenha mais do que relata com palavras. O maior uso da linguagem como um recurso da memória e a diminuição da memória afetivo-motora fazem com que parte do registro mnêmico anterior à latência se perca. A criança deixa de perceber e recordar eventos globais que traziam consigo apenas a marca afetivo-motora. Há uma substituição da memória real em palavras por símbolos e fantasias que representam o evento original.

Essa mudança da forma não-verbal de recordação para organização verbal provoca perda de conteúdo, mas ganho em eficiência. A capacidade de lembrar os aspectos abstratos da experiência se desenvolve e estes se tornam disponíveis para o uso relacional e criativo em outros eventos. O entendimento intrínseco da experiência pode ser expresso no nível motor, plástico ou descritivo-verbal. Também surge a expressão abstrata pelo uso da metáfora. Isso torna os conceitos abstratos passíveis de registro, análise, troca e reprodução por fórmulas ou idéias gerais e permite a elaboração de combinações.

Não são as abstrações que se desenvolvem; o que se refina é a capacidade de perceber a natureza abstrata intrínseca de um objeto e recordar este conceito espontaneamente depois.

5. O planejamento e a programação tornam-se possíveis, assim como o tempo para elaboração de resposta

A produção dos seus próprios símbolos permite à criança não mais questionar os porquês, mas buscar, por meio do uso dos seus próprios sistemas, satisfazer à sua curiosidade, de forma ainda incipiente. Nesse processo, deve haver respeito à capacidade crescente da criança de usar de tempo na elaboração de uma resposta. A criança deverá passar de um momento em que suas respostas são imediatas para uma etapa em que pensa e elabora suas respostas de forma própria, esquivando-se do imediatismo dos treinamentos e da obrigação de saber tudo. Há possibilidade de tolerar a ignorância temporária.

satisfaz sua própria curiosidade

SOCIALIZAÇÃO

Os avanços citados anteriormente permitem maior mobilidade na aprendizagem e escolaridade. Os aspectos cognitivos da fase das operações concretas, como a descenração e a abstração, permitem à criança a aceitação do convencional. A reorganização conceitual da memória possibilita o desenvolvimento da organização e do planejamento. O processo de submissão a defesas obsessivas e à formação reativa permitem a inclusão da criança nos processos pedagógicos e educativos mais sistematizados. A transformação da empatia e do juízo moral permite um novo tipo de participação e colaboração que supõe a aceitação de direção por um líder, o estabelecimento de regras e leis ditadas pelo grupo e o trabalho de contribuição ao esforço mútuo. O sentido de competência aumenta se existe congruência entre as expectativas do grupo e as aptidões, os objetivos e os ideais da cultura dominante. A congruência entre a família e a escola é de grande impacto na interação e na aprendizagem. O envolvimento e a influência dos iguais são também potentes reguladores da competência acadêmica. Compartilhar expectativas, objetivos educacionais, regras e o nível de permissividade com a escola possibilita o monitoramento conjunto (criança, pais, professores) progressivo da aprendizagem.

O tamanho das escolas condiciona diferentes oportunidades de identificação com papéis, possibilidades de participação e vivências de reconhecimento social. Isso fica mais difícil em escolas muito grandes.

A entrada na escola vai estabelecer uma mudança importante no processo de socialização. Embora, atualmente, as crianças já freqüentem creches desde cedo, as características da estruturação do ensino fundamental e as transformações da latência são especiais para dar um colorido próprio à socialização nesse momento. A mudança fundamental, no entanto, é que anteriormente, nas creches, as crianças permaneciam fora do ambiente familiar por necessidade dos pais. Nesse período

do, ou seja, na latência, a escola responde a uma necessidade própria e real da criança. Abre-se agora a possibilidade de uma formação efetiva de laços de amizades e a avaliação de seu *self* em relação aos outros.

A socialização na latência depende dos desenvolvimentos afetivos e cognitivos anteriormente citados. A resolução do conflito edípico permite a internalização da autoridade paterna, fazendo nascer a consciência e o sentido de responsabilidade e culpa. Como o superego é agora parte de si, a criança diferencia os maus pensamentos das más ações. Sua consciência é mais severa do que a dos pais, uma vez que projeta neles seus instintos. Isso resulta em uma atitude rígida e busca compulsiva de punição, identificada que fica com o agressor.

Concretiza-se, então, a passagem da *constância objetal*, da fase anterior, para uma *constância comportamental*. Esta não consiste mais em reter as imagens parentais quando eles não estão presentes, mas em reter as admoestações parentais e agir de acordo com elas quando eles estão ausentes. Os conhecimentos sobre padrões esperados de comportamento são reunidos, integrados e gravados como parte do ego ideal.

O investimento afetivo estendido para outras figuras fora do grupo familiar permite o abandono do brinquedo paralelo ou do brinquedo recíproco apenas com um outro parceiro, característicos das fases anteriores. A criança começa a aprender como se relacionar de forma mais elaborada além do dar e receber. Surge a parceria bilateral, ou seja, em vez da assistência de uma via, a criança passa a ter uma cooperação consistente e uma troca consensual. Aparece o melhor amigo com o qual mantém períodos sustentados de brincados e a entrada de terceiros e das equipes. Estes são escolhidos pela capacidade de brincar ou por brincar de acordo com os próprios desejos, afinidade e ligação. Novas aquisições intelectivas e emocionais viabilizam formas mais eficientes de competir, comprometer-se, aprender as regras do jogo, cuidar-se e proteger-se de agressões, independentes de simples reações motoras.

Também começa a crítica à família como estrutura. Com o intuito de reter uma parte de seu mundo para si, ela se utiliza de manobras de dissimulação. Ela "enrola", dando a impressão de que está mentindo, o que quase sempre preocupa muito a família.

Evolui a consideração pelas pessoas, passando do "gosto delas porque me dão coisas" para um reconhecimento das habilidades e dos atributos pessoais dos outros. Finalmente, chega à valorização de atributos sociais – a justiça.

A ansiedade característica da fase é o medo de desapontar e não ser aceita pelo grupo. Na fase anterior, a criança temia perder o amor dos pais, caso não obedecesse. Há a aquisição de conceitos próprios, identificações e experiências com pessoas relacionadas ao seu futuro papel na sociedade. O ego ideal é submetido às exortações dos adultos, que a criança percebe como superiores, aos quais deve obediência e que são por ela imitados.

Surge a chamada *sublimação reformada*: a aceitação do comportamento aprovado pelo grupo. Nela, há uma avaliação do próprio comportamento no grupo e a crítica da sua atuação. O grupo começa a assumir importância à medida que seus

medo de não ser aceito no grupo.

membros se distinguem e rotulam cada vez mais uns aos outros. A valorização que o grupo estabelece entre os seus membros classifica-os como populares, médios, rejeitados, ignorados ou controversos, o que influencia muito a auto-estima.

Há uma subordinação social que lhe permite aceitar a autoridade e observar como os pares são vistos por essa mesma autoridade. Aparece a acomodação social, que leva ao reconhecimento do ser diferente das pessoas, da diferença entre as pessoas e a passagem da intolerância ao respeito. Ocorre uma lenta e progressiva substituição dos padrões iniciais familiares pelos seus próprios padrões. Nesse momento, é muito importante o desenvolvimento cognitivo que, avançando (saindo do egocentrismo e da magia), permite a compreensão de regras sociais e a cooperação no grupo.

A criança elabora um juízo moral que envolve consenso e negociação social. No entanto, persiste a rigidez e a rejeição de informações externas alheias.

Em termos de empatia, chega à fase da *empatia com sentimentos do outro*. Trata-se da aquisição de uma perspectiva diferenciada e subjetiva. O outro tem vida própria, única, subjetiva e privativa. Sentimentos múltiplos ainda não são reconhecidos pela criança, que confunde a amizade, o pertencer à mesma família, grupo ou situação com a obrigatoriedade do mesmo ponto de vista.

A Identidade de Gênero

Embora o processo de formação de identidade de gênero se inicie aos três anos, nessa fase ele é muito influenciado e modulado pela escolha de papéis, modelos, amigos e pela socialização. Ele é um padrão estável em cada indivíduo. Os hormônios retomam progressivamente sua atividade a partir dos sete a oito anos nas meninas e dos nove a dez anos nos meninos. A maior consciência da sexualidade aparece com um aumento na modéstia, na vergonha, na insatisfação e no incômodo com os temas ligados a ela. Não se sabe se a sexualidade aqui está ligada ao prazer erótico e ao desejo. A atração por artistas e pessoas do outro sexo parece ser mais pressão do grupo do que propriamente sexual. Nos meninos, desenvolve-se mais a função instrumental (ação) da sexualidade e, nas meninas, a função expressiva (sentimento) dessa mesma sexualidade.

COMENTÁRIOS FINAIS

A resolução da crise da latência está ligada ao desenvolvimento de uma relação com o mundo externo, com uma consciência maior de auto-regulação, recompensa e competência social, emocional e cognitiva.

Nessa fase, um aspecto importante a ser lembrado é o do *timing* (espera do tempo oportuno para a atualização de um comportamento ou etapa do desenvolvimento). Esse *timing* refere-se à postura do ambiente que não deve acelerar, pressionar, forçar ou invadir o desenvolvimento.

As tarefas dessa fase são as seguintes:

1. Organização crescente do *self* para a continência de seu desenvolvimento, elaborando os conflitos internos e estabelecendo a identidade de gênero.
2. Aprimoramento da interação interpessoal, elaborando a representação da sua experiência e imagem social, interdependência e cooperação.
3. Motivação para a eficiência e a competência.
4. Desenvolvimento de valores afetivos, morais e sociais que levam à civilização (humanização).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLOS, P. *Transição adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1996.
- ERIKSON, E. *Childhood in society*. New York: WW Norton, 1963.
- FREUD, S. *Three essays on sexuality*. In *The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud* v.14. London: The Hogart Press, 1953. Trabalho original publicado em 1905.
- PIAGET, J. *The growth of logical thinking*. New York: Basic Books, 1958.
- SARNOFF, C.A. *Latency*. New York: Jason Aronson, 1976.
- SARNOFF, C.A. *Psychotherapeutic strategies in latency years*. London: Aronson Inc., 1987.
- URRIBARRI, R. Descorriendo el velo sobre el trabajo de latencia. *Revista Latino-Americana de Psicanalisis*, vol 3-1, jul. 1999.

A Puberdade

Lúcia Helena Freitas Ceitlin, Akemi Scarlet Shiba,
Michele Dorneles Valenti, Patricia Sanchez

A *puberdade* (do latim *puber* = adulto) é uma fase do ciclo vital biológico que abrange um conjunto de mudanças corporais causadas por hormônios, tais como crescimento das mamas, mudança de voz, primeira menstruação, e que está intimamente relacionada com o processo de crescimento físico, maturacional. É um processo de maturação lento e progressivo, quando comparado com outras mudanças biológicas que ocorrem durante a vida e também com características mais dramáticas devido à sua magnitude. A *adolescência* (do latim *adolescere* = crescer), por sua vez, refere-se a um período do desenvolvimento humano com duração variável, situado entre a infância e a idade adulta. Compreende complexos eventos psíquicos que direcionam a criança para a transformação em um adulto jovem. O início da adolescência é fortemente influenciado pelas manifestações da puberdade. Assim, o impacto das mudanças físicas e a expansão das habilidades cognitivas desencadeiam as alterações psicológicas e sociais que são por sua vez influenciadas pelo contexto social, histórico, cultural e familiar no qual o adolescente está inserido. Quanto ao processo puberal e adolescente, podem ocorrer variações dentro de uma mesma cultura, em diferentes épocas históricas ou estratos sociais. Os adolescentes pobres têm, muitas vezes, esse período abreviado pela necessidade de trabalhar para sustentar a família ou por uma gravidez precoce, ao passo que jovens mais abastados podem prolongar sua adolescência sensivelmente entrando no mercado de trabalho com, por exemplo, 23 ou 24 anos e assim alcançando sua independência mais tardiamente.

Na puberdade, a maturação cerebral e a hormonal determinam um conjunto abrupto de mudanças corporais. A menina que vinha ganhando aproximadamente 2

a 3 kg por ano, cerca de dois anos antes da chegada da puberdade começa a ganhar cerca de 5 kg por ano e crescer cerca de 7,5 a 10 cm por ano, enquanto que nos meninos há uma aquisição de 6 a 7 kg por ano e crescem 10 a 12 cm por ano. A massa muscular e o vigor do menino dobram entre 12 e 17 anos, o que tem uma profunda influência sobre o seu comportamento e auto-imagem. A puberdade compreende, também, a aceleração do crescimento esquelético, o chamado "estirão puberal", com mudanças na quantidade e na distribuição de gordura, e desenvolvimento dos sistemas respiratório e circulatório, resultando em mais força e resistência, início da atividade das gônadas e dos órgãos de reprodução e surgimento dos caracteres sexuais secundários, como mamas e pêlos. Todo o processo costuma durar de dois a quatro anos. As características sexuais secundárias costumam aparecer após um ano do início da irrupção de crescimento. Essas mudanças físicas foram classificadas pelo pediatra J.M. Tanner (Tabelas 8.1 e 8.2) em uma escala de

TABELA 8.1 Estágios da Maturação Genital Masculina

Estágio	Pêlos pubianos (P)	Pênis	Testículos (G)
1	Nenhum	Pré-adolescente	Pré-adolescente
2	Levemente alongados	Ligeiro alargamento	Escroto aumenta, alterações da textura rosada
3	Mais escuros e uma pequena quantidade começa a encrestar	Pênis maior	Maior
4	Lembram o tipo adulto, mas em menor quantidade, encrestamento e espessura	Maior, glândula e largura aumentadas de tamanho	Escroto maior e escuro
5	A distribuição adulta se espalha à superfície medial das coxas	Adulto	Adulto

TABELA 8.2 Estágios da Maturação Sexual Feminina

Estágio	Pêlos pubianos (P)	Mamas (M)
1	Pré-adolescente	Pré-adolescente
2	Esparsos, levemente pigmentados, lisos na borda medial dos lábios	Seio e bico do seio elevados como um pequeno monte, aumento do diâmetro aureolar
3	Mais escuros, começando a encrestar, maior quantidade	Auréola e seio aumentados, sem contorno de separação
4	Aumento na espessura, crespos, abundantes, mas em quantidade menor do que na idade adulta	Auréola e bico do seio formam um monte secundário
5	O triângulo adulto feminino é espalhado para a superfície medial das coxas	Maduro, o mamilo se projeta, a auréola é parte do contorno geral do seio

cinco estágios de maturidade puberal, a qual considera as mudanças nos pêlos pubianos em ambos os sexos e o desenvolvimento mamário nas meninas e gonadal nos meninos. Os estágios estabelecidos por Tanner têm permitido aos pesquisadores que investigam o processo puberal compararem as mudanças visuais como um índice da condição biológica entre os diferentes estudos.

Dois fatores nesse surto de crescimento são importantes para mudar a natureza dos relacionamentos sociais da meninice e que se transportam para a puberdade: as meninas maturam aproximadamente dois anos antes do que os meninos e há considerável variação entre os indivíduos na ocasião do surto de crescimento. Nessa fase, muitas vezes, ocorrem rupturas de amizades íntimas em decorrência das diferenças maturacionais, havendo o reembaralhamento de grupos e a formação de novas amizades. A criança menos madura pode-se sentir solitária e negligenciada. Informações mais ou menos exatas sobre relações sexuais tornam-se comuns. O surto de crescimento inicia entre 10 a 11 anos na maioria das meninas e entre 12 a 13 anos na maioria dos meninos. Da sexta até a oitava série as meninas tendem a ser mais altas e desenvolvidas, começando a ter aparência de “moças”, ao contrário dos meninos, o que dificulta a aproximação de ambos os sexos. Os sistemas hormonais existem desde o nascimento, mas tornam-se ativos na puberdade, atuando sobre o cérebro, estimulando as gônadas a produzirem, por exemplo, a testosterona nos testículos e o estrogênio nos ovários. Durante a puberdade, amadurecem as características sexuais primárias e surgem as características sexuais secundárias. Esses fenômenos são desencadeados pela troca de estímulos entre hipotálamo, hipófise, ovários ou testículos (Tabela 8.3).

TABELA 8.3 Os Hormônios da Puberdade

Glândula	Hormônio produzido	Efeito na maturação
Tireóide	Tiroxina	Desenvolvimento cerebral. Taxa geral de crescimento
Supra-renais	Androgênio supra-renal	Desenvolvimento das características sexuais secundárias nas meninas
Testículos	Testosterona	Formação pré-natal dos genitais masculinos Na puberdade, responsável pela seqüência de mudanças nas características sexuais primárias e secundárias masculinas
Ovários	Estradiol	Desenvolvimento dos ciclos menstruais e das mamas
Hipófise	Hormônio do crescimento e ativadores	Taxa de maturação física Estímulo para secreção de outras glândulas envolvidas no processo puberal

Fonte: Helen Bee, (1997) p. 320.

A PUBERDADE FEMININA

O aparecimento do broto mamário (estágio M2 de Tanner), chamado de telarca, é o primeiro sinal da puberdade nas meninas e ocorre entre nove e dez anos. A papila

forma uma pequena saliência, a aréola aumenta de diâmetro e muda sua textura. No mesmo ano, porém mais tarde, surgem os pêlos pubianos, que são longos e finos e inicialmente se restringem a contornar os grandes lábios (P2 de Tanner). Nessa mesma fase, tem início o estirão puberal, que atingirá seu máximo por volta dos 11 anos ($10,8 \pm 1,4$; média, desvio-padrão). Durante o pico de crescimento, as mamas passarão pelo estágio M3 de Tanner, isto é, aumentarão em volume. Já os pêlos pubianos, mais grossos e escuros, estendem-se até a sínfise púbica (estágio P3 de Tanner). O momento de desaceleração do crescimento coincide com a menarca ou primeira menstruação, ao redor dos 12 anos ($12,2 \pm 1,2$; média, desvio-padrão). Nessa fase, os ciclos menstruais costumam ser irregulares e até mesmo anovulatórios, em função da imaturidade do sistema. As mamas passam pelo estágio M4 de Tanner: continuam crescendo, ao passo que a aréola forma uma segunda saliência, destacada do contorno da mama. Os pêlos pubianos já têm padrão adulto, mas ainda não chegam à superfície interna das coxas (estágio P4). Depois dessa idade, as meninas crescerão, em média, apenas 7 cm. Ao final da puberdade, a partir de 13 ou 14 anos, as mamas adquirem aspecto adulto, com a aréola reintegrada ao contorno da mama, e os pêlos pubianos chegam à raiz das coxas.

A menarca é um momento crítico na vida emocional de uma menina e de seus pais. As meninas esperam este momento como uma indicação de que estão se desenvolvendo normalmente. Mesmo quando preparadas, muitas se sentem aterrorizadas e perplexas com a possibilidade de reproduzir. A menarca pode levar a uma nova proximidade entre a menina e a mãe. A aceitação das mudanças físicas e da menstruação depende da identidade sexual, da firmeza da colocação do sexo pelos pais durante os primeiros anos da vida, da passagem pela meninice com uma identificação firme com a sua mãe e das identidades grupais que conseguiu durante o período juvenil. O interesse pela transformação continuada de seu corpo naturalmente preocupa a menina agora adolescente. Ela sente que a sua popularidade e oportunidade de atrair o sexo oposto serão marcadamente influenciadas pelas mudanças também de sua configuração facial e pelos contornos emergentes de seu corpo.

A PUBERDADE MASCULINA

A primeira manifestação da puberdade no sexo masculino é a gonadarca – crescimento dos testículos como resultado da proliferação de túbulos seminíferos, bem como do aumento da vascularização. Um volume testicular maior que 4 ml corresponde ao estágio G2 de Tanner, em geral a partir dos 11 anos. A pele escrotal torna-se mais enrugada e avermelhada e quase não se registra crescimento do pênis durante essa fase. Os pêlos pubianos (estágio P2 de Tanner) vêm logo em seguida. A progressão para os próximos estágios costuma ocorrer entre os 12 e os 13 anos: os testículos seguem crescendo, o pênis aumenta em comprimento e os pêlos pubianos se tornam mais espessos (G3, P3 de Tanner). Os valores máximos de crescimento situam-se por volta dos 14,5 anos nos meninos, de modo que, em

turmas de sexta ou sétima séries, geralmente encontramos as meninas mais altas que os meninos, estes ainda com aspecto infantil. A situação só se inverterá por volta dos 15 anos. Durante todo o estirão, os testículos seguem crescendo, o escroto se torna mais pigmentado e o pênis aumenta em diâmetro, com um desenvolvimento marcado da glândula. A idade da espermarca (primeira ejaculação) é muito variável e não se relaciona com a fase de maturação. Alguns meninos podem apresentar uma ginecomastia (crescimento das mamas em homens) fisiológica entre os estágios G3 e G4, fase em que também se registra a mudança de voz, graças à ação da testosterona sobre as cartilagens laríngeas. Durante esse período, podem surgir as chamadas disfonias de muda, em que a mutação dura mais do que os costumeiros seis meses, se prolonga para além dos quinze anos ou ocorre apenas no nível orgânico, mantendo o rapaz uma voz de falsete. A etiologia atribuída é quase sempre emocional, relacionada ao receio de assumir a vida adulta. A puberdade masculina termina, em geral, mais tarde, apenas por volta dos 16 anos. Pêlos axilares e barba marcam os momentos finais. Os andrógenos, que provocam o crescimento dos pêlos pubianos, axilares, faciais e corpóreos, também estimulam as glândulas sudoríparas, resultando em um suor de odor mais forte. A acne é um outro aspecto muito característico desse período.

~ DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Outro aspecto característico também dessa fase da vida deriva das capacidades cognitivas recém-adquiridas, principalmente no que se refere ao pensamento abstrato. Entre os 7 e 11 anos, ocorre o estágio das *operações concretas*, segundo Piaget. A puberdade inicia nesse estágio cognitivo. A criança opera e age sobre o mundo concreto real e visível. O pensamento é operatório, o que possibilita a atenção e a manipulação de uma vasta gama de informações. A criança já pode ver o mundo a partir da perspectiva de outros. Nesse estágio, também é utilizado o pensamento lógico, ocorrendo a capacidade de serializar, ordenar e agrupar em classes com base em características comuns. A tarefa da criança de 7 a 11 anos é organizar e remodelar o que ocorre no mundo real. Piaget chamou de “estágio das operações formais” o que ocorre a partir dos 11 anos até o final da adolescência. Esse período do desenvolvimento cognitivo é caracterizado pela capacidade do jovem em pensar abstratamente, raciocinar dedutivamente e definir conceitos (pensamento hipotético-dedutivo). O estágio recebe esse nome em razão de o pensamento operar de maneira formal, altamente lógica, sistemática e simbólica. As operações formais também são caracterizadas por habilidades em lidar com permutações e combinações. O jovem é capaz de compreender o conceito de probabilidade, tenta lidar com todas as relações e hipóteses possíveis, a fim de explicar fatos e eventos. Durante esse estágio a utilização da linguagem é complexa, segue as regras formais da lógica e é gramaticalmente correta. O pensamento abstrato é demonstrado pelo interesse por uma ampla variedade de temas: filosofia, religião, ética e política. O pensamento hipotético-dedutivo é a mais elevada organização

da cognição, permitindo a formação de uma hipótese ou proposta e sua testagem contra a realidade. O raciocínio dedutivo é caracterizado pela capacidade de ir do geral para o particular e trata-se de um processo mais complicado que o raciocínio indutivo, que é de ir do particular para o geral. Uma vez que os jovens conseguem refletir sobre seus próprios pensamentos e sobre os de outras pessoas, podem agora tender a se dar mais conta de seu comportamento. À medida que o jovem tenta dominar novas tarefas cognitivas, pode haver um retorno do pensamento egocêntrico, mas em nível superior. Por exemplo, os adolescentes podem pensar que são capazes de fazer qualquer coisa ou mudar o rumo dos acontecimentos somente com o seu pensamento. Eles tendem a superestimar o valor de suas soluções cognitivas dos problemas. A essa supervalorização do subjetivo sobre o objetivo, Piaget chamou de *egocentrismo das operações formais*. Uma vez que os jovens conseguem refletir sobre seus próprios pensamentos e sobre os de outras pessoas, tendem a ser autoconscientes de seu comportamento. Nem todos entram no estágio das operações formais ao mesmo tempo ou no mesmo grau. Dependendo da capacidade individual, alguns podem simplesmente não alcançar o estágio das operações formais e continuarem na modalidade de operações concretas por toda a vida.

A ÉPOCA DA PUBERDADE

O tempo que uma criança demora para passar pela puberdade independe se a mesma começou cedo ou tarde. Alguns estudos sugerem um início cada vez mais precoce da puberdade ao longo do século XX. Por exemplo, a menarca vem-se antecipando em três a quatro meses por década na Europa nos últimos cem anos. A época da puberdade tem sido considerada como fator de risco para doença mental. A criança pode sentir-se perturbada quando a chegada da puberdade ocorrer mais cedo ou mais tarde em comparação com os seus pares. A menina que se desenvolve muito cedo teme tornar-se gigante e pode sentir-se constrangida por sua diferença das amigas, bem como por seus sentimentos sexuais. Por outro lado, a menina com a puberdade tardia começa a pensar que jamais se tornará mulher e preocupa-se com o seu funcionamento endocrinológico. Entre os meninos a maturação precoce é usualmente mais agradável do que o desenvolvimento tardio. Para eles, é um período de interesse máximo por esportes competitivos. Existe uma hipótese de que a puberdade fora do tempo aumentaria as chances para o surgimento de sintomas psiquiátricos. Parece que meninas que amadurecem mais cedo têm uma taxa maior de sintomas depressivos, de transtornos alimentares e de comportamento. Os meninos com puberdade precoce ou tardia estariam mais propensos a serem abusadores de álcool. Tem sido evidenciado por alguns estudos epidemiológicos que meninas com maturação puberal precoce e meninos com puberdade mais tardia demonstram índices maiores de psicopatologia, indicando que esse padrão de crescimento requer mais atenção por parte dos profissionais da área da saúde e pode representar um campo importante de oportunidade para a tomada de medidas preventivas.

OS LUTOS DA PUBERDADE

A compreensão dos fenômenos da puberdade ampliou-se à medida que o ponto de referência de estudo deixou de ser a comparação com o adulto, sendo então substituída pela observação do jovem púbere a partir de suas específicas situações vitais.

A maturação puberal representa um momento de entrada no mundo adulto que, como um novo nascimento, desencadeia um processo adaptivo que inclui o luto pela perda da identidade e do corpo infantil, bem como dos pais da infância. As mudanças biológicas da puberdade impõem a sexualidade genital ao indivíduo e levam ao luto pelo corpo da infância agora perdido. O luto a ser elaborado pela perda do corpo infantil inclui o abandono desse corpo, pois os caracteres sexuais secundários se impõem (menstruação e sêmen) assim como o novo papel a ser assumido frente ao sexo oposto e à procriação. Isso tem como consequência também uma definição sexual e o abandono da fantasia de bissexualidade ou de poder pertencer a ambos os sexos, pois a busca do parceiro do outro sexo significa elaborar a fantasia da existência de ambos os sexos em si mesmo. Durante o processo de luto, as defesas contra essas perdas podem surgir de formas mais ou menos adaptativas para lidar com as ansiedades frente às mudanças rápidas do corpo *versus* as psíquicas mais vagorosas até que um equilíbrio possa novamente ser estabelecido. Assim, o jovem púbere poderá apresentar momentos de negação, estados de estranheza consigo mesmo como despersonalização, retraimento alternando com momentos de satisfação com seu novo corpo e novas atribuições sociais.

Segundo Aberastury e colaboradores (1981), somente quando o adolescente consegue aceitar em si a existência de dois aspectos simultâneos – o de criança e o de adulto – pode começar a aceitar de maneira flutuante as mudanças do seu corpo e começa a surgir a sua nova identidade. A elaboração do luto pelo corpo infantil e pela fantasia do duplo sexo conduz à identidade sexual adulta, à busca de parceiro e à criatividade. O luto pelos pais da infância e a relação infantil de dependência vão sendo abandonados progressivamente, e uma visão mais realística dos pais como indivíduos deverá surgir. Isso representa a difícil tarefa de mais uma vez separar-se durante o ciclo vital tanto objetivamente, por meio do aumento da independência, como das fantasias em relação às figuras parentais como provedores de segurança. Muda assim a relação com os pais, que passa a apresentar características de relações adultas de igual para igual e diminuição das idealizações, aceitação de qualidades e defeitos simultaneamente em ambos os pais, por exemplo. A conquista da identidade e a independência levam à integração no mundo adulto e a comportamentos coerentes no mesmo. A maior ou menos elaboração desses lutos levará ao estabelecimento ou não de pontos de fixação e posteriores regressões aos mesmos, com conseqüente predisposição maior ou menor à saúde ou à doença mental. Para que as mudanças possam ser absorvidas com maior tranquilidade nessa fase do desenvolvimento humano, é importante o fator tempo, ou seja, que as mudanças psíquicas ocorram gradualmente, pois só assim ocorrerá uma elaboração verdadeira desses lutos, o que é necessário para a continuidade do amadurecimento rumo a uma vida adulta saudável.

OS RITUAIS DE PASSAGEM

O ciclo vital humano caracteriza-se por um longo processo de maturação e transformação. Os ritos de passagem são cerimônias e rituais que ocorrem nos pontos de transição, onde há intensa mudança de uma condição a outra na vida de um indivíduo ou grupo social.

A puberdade, uma vez definida como a idade ou o período em que a pessoa é, pela primeira vez, capaz de exercer atividade sexual reprodutiva, sempre foi marcada por ritos e celebrações nas diferentes culturas ao longo da história. No presente, as sociedades tribais ainda mantêm tais ritos, mais marcadamente, pois, para a sociedade industrializada, a puberdade é vista como um evento mais complexo e parte de um aspecto da adolescência.

No início do século XX, o psicólogo americano G. Stanley Hall definiu, pela primeira vez, a adolescência como um estágio distinto do desenvolvimento humano. Isso afetou os ritos de passagem que focavam a tarefa de atravessar os limites entre a infância e a idade adulta como a passagem por um portal. Dessa forma, na cultura ocidental, a transição da meninice para o mundo adulto passou a ser vista como uma série de eventos que cobrem um longo período de tempo, levando a uma atenuação dos ritos de passagem. Porém, de uma forma ou de outra, os rituais de iniciação social estão presentes em todas as sociedades, sejam mais ou menos pronunciados e com características próprias, uma vez que puberdade fisiológica e puberdade social são eventos diferentes e não necessariamente simultâneos. Por exemplo, observações antropológicas destacam que, curiosamente, quando inexistentes de maneira formal, os ritos são criados pelo próprio grupo de adolescentes na forma de provas para um novo membro ou para o grupo em geral, incluindo tarefas de risco ou demonstrações de coragem. Van Gennep descreveu os estágios dos ritos de passagem: separação quando o indivíduo é privado ou afastado de suas funções normais por meio de diferentes costumes por um período de tempo em que se dá a transição, seguido pela incorporação quando o indivíduo é trazido de volta para o convívio social por outros rituais ou cerimônias agora assumindo o seu novo papel ou *status* social. Em sociedades tribais e orientais, o início da adolescência é claramente assinalado por esses ritos que, em geral, envolvem força e bravura para o menino e isolamento para as meninas. Os ritos puberais sinalizam para a tribo que o jovem homem ou mulher atingiram a idade de responsabilidade, fertilidade e produtividade e causam uma impressão permanente em seus participantes. Os ritos puberais podem assumir uma grande variedade de formas. No início dos tempos, simbolizavam a ligação do homem com a terra, saudando a sua importância para a sobrevivência. Assim, o jovem homem deveria correr grandes distâncias territoriais e mostrar suas habilidades, enquanto a menina, para se tornar mulher, deveria entrar terra a dentro, como em uma caverna ou uma grande escavação. Comum a todos os ritos dessa natureza, são as pinturas e as vestes especiais, os novos nomes, as instruções especiais dos mais velhos sobre as leis sagradas e as práticas costumeiras de sua sociedade. Dessa forma, a criança é introduzida no privilégio de ser adulto. Os ritos buscam também a acentuação das diferenças entre homens e mulheres e o fortaleci-

mento do tabu do incesto. Por exemplo, em algumas tribos, essa passagem significa proibição para falar com membros do sexo oposto da mesma família até que um deles se case com alguém de outra. Nas sociedades mais primitivas, esses rituais envolvem mutilações, enquanto nas modernas o final da meninice e os requisitos para a idade adulta não estão claramente definidos, o que pode gerar um conflito mais prolongado, às vezes, confuso, para atingir uma situação de adulto independente. Em geral, são ritos que simbolizam a separação do mundo "assexual" da infância para a incorporação em um mundo adulto com atividade sexual. Os rituais têm várias funções tanto para o indivíduo que o atravessa como para o seu grupo social, como alívio das angústias despertadas pela perda ou luto da situação anterior bem como pela introdução e adaptação à nova.

COMENTÁRIOS FINAIS

A fase pré-puberal caracteriza-se pelo surto de crescimento, iniciando-se as transformações corporais e, conseqüentemente, as psíquicas. Na puberdade, as mudanças de tamanho e contornos impulsionam as crianças para a nova fase da vida que desponta, a adolescência. Ao ser desencadeada a metamorfose, ocorre uma promoção da diferenciação entre os sexos e a capacidade para a reprodução. É a adolescência inicial que engloba a puberdade; as alterações desenvolvimentais são maiores em todos os aspectos, evocando uma ampla gama de sentimentos e reações que passam pela satisfação e a angústia do crescimento bem como pelo temor da seqüência de eventos, nessa fase, inteiramente novos. O aspecto mais peculiar desse período é o início do abandono da identidade infantil com a conseqüente separação e modificação dos vínculos parentais antigos e conhecidos. Meninos e meninas voltam-se com mais vigor para a busca de laços afetivos extrafamiliares.

A progressão gradual da criança para a maturidade e a independência é perturbada pela transformação rápida da puberdade que muda o físico, a força dos impulsos e as capacidades intelectuais, tudo isso requerendo profunda reorganização intrapsíquica. A criança é impelida para o estado adulto devido às mudanças em seu tamanho e contornos, necessitando enfrentar uma nova pressão interior que cria sentimentos e ansiosos estranhos que acrescenta uma impulsividade e força irracional com a qual teve pouca experiência, mas que tem de enfrentar por si.

Com tantas mudanças corporais, surge um estado emocional, muitas vezes, conturbado, pois o púbere deve despedir-se de seu corpo infantil e modificar a sua auto-imagem corporal, adquirindo um novo conhecimento de si mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1986. p.13-24.
- BEE, H. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1997.

- FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago
- GRABER, J. et al. Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Journal of Academy Child Adolescent Psychiatry*, n.36, p. 1768-1776, 1997.
- GREENSPAN, S.I.; POLLOCK, G.H. *The course of life. Adolescence*. v. IV. International Universities Press, 1991.
- KALINA, E. *Psicoterapia de adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.
- HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1994.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B.J.; GREBB; J.A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1997.
- LAITINENKRISPIJIN, S. et al. *Acta Psychiatrica Scandinavian*, n.99, p. 16-25, 1999.
- LEWIS, M.; WOLKMAR, F. *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência: linhas evolutivas da teoria psicanalítica*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1993.
- LIDZ, T. *A pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. A adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1983.
- OFFER, D. Adolescent development: a normative perspective. In: GREENSPAN, S.I.; POLLOCK, G.H. *The course of life. Adolescence*. v. IV. International Universities Press, 1991.
- PIAGET, J.; INHELDER, B. *A psicologia da criança. O pré-adolescente e as operações proposicionais*. 16.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. p.113-131.
- VAN GENNEP, A. *The rites of passage: a classical study of cultural celebrations*. The University of Chicago Press, 1960.

O Adolescente

Ruggero Levy

O adolescente pode ser entendido e estudado desde múltiplos vértices: o psicológico, o cultural, o sociológico, o biológico e outros tantos que poderiam ser mencionados. O enfoque dado neste capítulo será o psicológico, utilizando basicamente o referencial psicanalítico.

A adolescência, embora seja um processo universal, assume peculiaridades de acordo com a cultura vigente. Nesse sentido, ao final, serão examinadas algumas repercussões da cultura atual, no início do século XXI, sobre o jovem, na medida em que altera suas relações com o meio.

O texto a seguir, de autoria de Aristóteles (século IV a.C.), ilustra o caráter universal da adolescência:

Os jovens têm fortes paixões e costumam satisfazê-las de maneira indiscriminada. Dos desejos corporais, o sexual é o que mais os arrebatava e no que evidenciam a falta de autocontrole. São mutáveis e volúveis em seus desejos que, enquanto duram, são violentos, mas que passam rapidamente. [...] Em seu mau-humor, com frequência, expõem o melhor do que possuem, pois seu alto apreço pela honra faz com que não suportem ser menosprezados e que se indignem, se imaginam que se os trata injustamente. Mas, se bem amam a honra, amam mais ainda a vitória; pois os jovens anseiam ser superiores aos demais, e a vitória é uma das formas de superioridade. Sua vida não transcorre na recordação, mas sim na expectativa; já que a expectativa aponta ao futuro e a recordação ao passado, e os jovens têm um grande futuro à sua frente e um breve passado por trás. [...] Seu arrebatamento e sua predisposição à esperança os tornam mais corajosos que os homens de mais idade; o arrebatamento coloca os temores de

lado e a esperança cria a confiança; não podemos sentir temor se ao mesmo tempo sentimos cólera, e toda a expectativa de que algo bom virá nos torna confiantes. [...] Têm idéias exaltadas pois a vida ainda não os humilhou, nem lhes ensinou suas necessárias limitações; ademais, sua predisposição à esperança os faz sentirem-se equiparados às coisas magnas, e isto implica ter idéias exaltadas. Preferirão sempre participar em ações nobres a ações úteis, já que sua vida está governada mais pelo sentido moral do que pela razão. E enquanto a razão nos leva a escolher o útil, a bondade moral nos leva a escolher o nobre. Amam a seus amigos, conhecidos e companheiros, mais que os adultos, porque gostam de passar seu dia em companhia dos outros. Todos seus erros apontam na mesma direção: cometem excessos e atuam com veemência. Amam demasiado e odeiam demasiado, e assim são com tudo. Crêem que sabem tudo e sentem-se muito seguros com isto; este é, em verdade, o motivo de que tudo façam em excesso. Se causam danos aos outros, é porque querem rebaixá-los e não causar-lhes dano real. [...] Adoram a diversão e, por conseguinte, o gracioso engenho que é a insolência bem educada. (Aristóteles, Retórica, séc. IV a.C. apud Blos, 1979)

Como se vê, existem algumas invariantes, mantidas ao longo dos séculos, que repousam na necessidade da nova geração, visando à aquisição de uma identidade própria e discriminada da geração que a antecede, a contestar o mundo adulto e suas regras. Essa atitude baseia-se em um sentimento imprescindível de auto-suficiência e grandiosidade. Se, por um lado, essa contestação gera uma situação de conflito, de outro, tem como subproduto uma renovação cultural indispensável.

O adolescente, do ponto de vista da psicanálise, é um sujeito em vias de transformação, imerso em um processo profundo de revisão de seu mundo interno e de suas heranças infantis, visando à adaptação ao novo corpo, às novas pulsões, decorrentes da puberdade. A fim de ilustrar isso, será utilizada uma imagem criada por um jovem adolescente, em pleno processo puberal (Figura 9.1).

O vulcão, de forma evidentemente fálica, ilustra, de um lado, a perplexidade com o desenvolvimento dos genitais e com suas novas secreções e, de outro, o quanto a puberdade é sentida como uma erupção vulcânica interna de forças desconhecidas, temidas, mas ao mesmo tempo renovadoras. O curioso nesse desenho

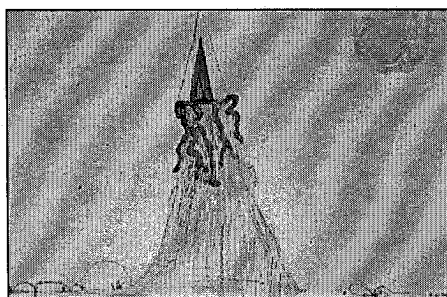


Figura 9.1

é o que o jovem paciente de quase 11 anos comentou a respeito do que se passava na base vulcão: “O problema é que perto do vulcão tinha crianças jogando bola e elas não estavam se dando conta do perigo que corriam”. Parece que o nosso adolescente inicial, com esse comentário, expressava o quanto sentia que a erupção da puberdade o lançava na adolescência e ameaçava a sua infância, ou seja, estava deixando de ser criança e pressentia que perderia, ou deixaria para trás, uma série de características e padrões de comportamento e relacionamento próprios da mesma. Evidencia-se o caráter de fratura, de cesura, que adquire a puberdade.

O PROCESSO ADOLESCENTE

Era uma vez uma linda princesa que, ao picar seu dedo no fuso de uma roca, mergulhou em um sono profundo... Era a maldição da bruxa malvada. Seria preciso que seu grande amor – o belo príncipe – chegasse até ela, a beijasse, para que ela despertasse. Ele precisou superar diversos obstáculos: a bruxa má e seus variados meios de bloquear seu acesso até a princesa. Lutou contra dragões, barreiras de espinhos até que, finalmente, chegando até a princesa, a beijou, ela despertou e, então, casaram e foram felizes para sempre.

Parece que esse clássico da literatura infantil ilustra magistralmente o processo e as vicissitudes do desenvolvimento desde a puberdade, ou seja, de todo o processo de transformações corporais, até a vida genital heterossexual. Confrontado com o novo corpo advindo das transformações da puberdade – no conto, a menarca representada pelo sangue da picada –, com as novas pulsões e com as novas posturas exigidas pelo desenvolvimento, o jovem se volta para o mundo interno (o sono profundo), a fim de superar as proibições dos objetos internos introjetados ao longo do desenvolvimento infantil. Esse profundo mergulho para dentro do mundo interno permitirá que se realize uma revisão radical das relações do sujeito com os objetos internos, com os pais da infância e suas proibições. O jovem, tal como o príncipe do conto de fadas, deverá embrenhar-se em uma verdadeira luta contra esses objetos arcaicos, enfrentar as barreiras por eles erigidas para impedir o seu acesso à genitalidade e superá-las. A diferença é que essa luta se trava no mundo interno e é possibilitada por essa virada rumo ao interior.

Tal “recolhimento” ao mundo interno apresenta-se de diversas maneiras: os devaneios, os momentos de isolamento em seu quarto, os diários, os sentimentos de irrealidade. Mas é importante destacar que esse fenômeno evidencia o incremento do narcisismo próprio dos primeiros momentos da adolescência. O púbere volta-se para dentro de si. Preocupa-se com o que se passa no seu interior, seja no sentido corporal, seja nas suas relações de objeto internalizadas e nas identificações realizadas na resolução do Complexo de Édipo e consolidadas na latência, seja com as proibições herdadas da infância no tocante à masturbação e às manipulações corporais. É apenas em um momento posterior que conseguirá voltar-se para o outro. Nesse sentido, acredito que se pode dizer que a evolução das relações amorosas na adolescência (Levy, 1995) se dá no sentido do narcisismo para

a descoberta do outro. De certo modo, esse novo “nascimento”, ou o nascimento desse novo sujeito, repete os primeiros passos do desenvolvimento: evolui do narcisismo ao amor objetal, do auto-erotismo à genitalidade. É importante frisar que, do ponto de vista da teoria das relações de objeto, esse narcisismo pode ser entendido como o relacionamento com os objetos do mundo interno e não a ausência de relação objetal. Tentarei, rapidamente, abordar algumas das vicissitudes do narcisismo na adolescência haja vista sua relevância nesse momento da vida. Seria possível, talvez, ilustrar graficamente as trajetórias do narcisismo (o amor a si próprio) e do amor objetal (a capacidade de amar o outro), ao longo da adolescência, da seguinte maneira:

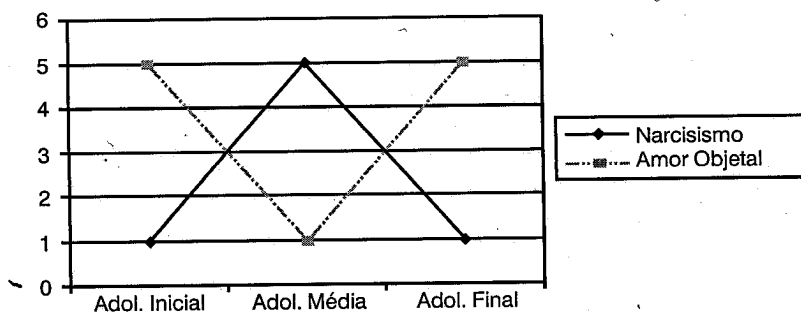


Figura 9.2

Como se pode observar no gráfico, tanto o amor objetal como o narcisista, em nenhum momento, estão no nível zero, porque sempre há algum grau de amor a si ou aos outros, a não ser, talvez, em estados muito patológicos que não interessam no momento. Ao entrar na adolescência, ou – se preferível – ao final da latência, a curva do amor objetal está em um valor elevado, pois o investimento afetivo e a valorização dos pais nesse momento da vida são elevados. A criança, ao longo da latência, idealiza seus pais, imaginando não só que são grandes e fortes, mas também que sabem tudo que é preciso saber. Para Meltzer (1978), a adolescência inicia-se justamente quando ocorre uma fratura na crença da onisciência dos pais, o que, somando-se ao próprio aumento de estatura do jovem, faz com que passe a enxergar os pais de outra perspectiva, de cima para baixo. Com esse passo evolutivo, o jovem é lançado a um estado mental em que são proeminentes as ansiedades confusionais que poderíamos sintetizar e imaginar da seguinte forma: *Se meus pais não sabem tudo, quem sabe? Eu devo saber. Então, quem sou? Sou grande ou pequeno? Sou homem ou mulher? Adulto ou criança?* Boa parte da adolescência consistirá na tentativa de resolver essas questões, bem como nas defesas que são erigidas contra a dor psíquica resultante desse estado. Uma das defesas contra os sentimentos confusionais e depressivos (solidão e desamparo), decorrentes do afastamento dos pais, passa a ser a idealização de si próprio. O

pico desse processo ocorre na adolescência média, quando o amor e a idealização de si próprio chegam ao seu máximo. Entretanto, espera-se que, ao aproximar-se o final da adolescência, o narcisismo possa decrescer para dar lugar novamente ao amor objetal, mas agora não tanto aos pais, e sim a objetos exogâmicos, visando inclusive à formação de novos núcleos familiares.

Pode-se entender o incremento do narcisismo a partir da puberdade sob diversos ângulos: como o aumento da preocupação consigo mesmo, antes referido; como a retirada de catexias dos objetos infantis e seu direcionamento para o ego, conforme comenta Blos (1962, 1965); entretanto, de todas as formas, ele se constitui em um elemento fundamental no sentido de capacitar o adolescente a enfrentar a solidão que decorre da autonomia crescente e de fortalecer a frágil identidade desse "novo" sujeito. A valorização narcísica do *self* passa a ser uma forma importante de lidar com as ansiedades depressivas que advêm da perda da condição infantil e dos "pais da infância" (Aberastury, 1978), com as ansiedades confusionais decorrentes da perda na crença da onisciência dos pais (Meltzer, 1978) e das ansiedades paranóides mobilizadas pela luta que se trava no mundo interno. Tal intensificação do narcisismo, longe de constituir-se em algo patológico, é uma reordenação psíquica imprescindível que ocorre a serviço do desenvolvimento e deixará sua marca de diversos modos na transição adolescente.

Tenta-se agora, sinteticamente, comentar a trajetória de cada um dos personagens dessa história: o menino, a menina e os pais, segundo a ótica escolhida para fazer os comentários.

A ADOLESCÊNCIA NO MENINO

O jovem rapaz, assolado pela irrupção puberal, além de ver-se inundado por um aumento indiscriminado das pulsões (de nível oral, anal e genital) (Blos, 1985), assiste ao desmonte da estrutura da latência, o que leva a um incremento importante de ansiedades paranóides, depressivas e confusionais. Além de sentir-se frágil do ponto de vista de sua masculinidade emergente, tem presente em sua mente a figura feminina equacionada com a mãe fálica e onipotente da infância que, no conto de fadas antes referido, é representada pela mãe/bruxa, toda poderosa e gigantesca. Isso faz com que as mulheres, de modo geral, sejam muito temidas e evitadas nos primórdios da adolescência.

Em troca, as figuras masculinas, o pai, a "ganguzinha" homossexual com todas as suas provas de potência e de força, tornam-se importantes elementos de reforço narcísico e de consolidação da identidade masculina. É preciso que se esclareça que, quando se fala em gangu homossexual, não se está referindo a estados psicopatológicos, mas apenas à referência de que o investimento libidinal amoroso e a idealização dirigem-se a pessoas do mesmo sexo. A aproximação com figuras masculinas idealizadas tem a finalidade de permitir o fortalecimento, por meio da introjeção, do sentimento de ser masculino. No conto de fadas mencionado, isso é aludido por meio da espada/pênis que é dada ao príncipe para

equipá-lo em sua luta contra a mãe-bruxa-fálica. As relações amorosas nesse momento são de cunho homossexual, narcisista, de modo eminentemente sublimado, embora possam, em alguns momentos, ocorrer atuações homossexuais. Este é um dos riscos que observamos nesse momento do desenvolvimento: de que o jovem tenha à sua volta adultos problemáticos que, vendo-se "amados" pelo adolescente inicial, abusem dele sexualmente. O grupo de pares vai, gradualmente, assumindo importância crescente, tanto no sentido recém aludido, como também no sentido de "socialização da culpa", na medida em que as "transgressões" – e aí há um deslocamento das transgressões feitas no território das fantasias masturbatórias – deixam de ser apenas do indivíduo e passam a ser coletivas, com a responsabilidade compartilhada. Isso terá o importante efeito de atenuar a rigidez superegóica herdada da infância, o que, juntamente com as novas identificações, capacitará o sujeito a lidar com as tarefas do seu novo momento evolutivo e, posteriormente, animar-se a se aproximar das meninas.

Uma vez tendo o jovem atenuado a rigidez superegóica herdada da infância, ou seja, superado as proibições infantis no tocante à masturbação, à exploração do corpo e aos jogos sexuais, e também à medida que se sente mais afirmado em sua incipiente identidade masculina, inicia-se a aproximação com o sexo oposto. As primeiras aproximações, em momentos posteriores da adolescência – a interminável lista de meninas com quem já ficou –, têm também um objetivo basicamente narcisista de reforço da auto-estima e do sentimento de masculinidade, além de constituírem-se em experimentações que ajudarão na tarefa de conhecimento do corpo. Não há ainda, nessas experiências, a ternura e a consideração pelo outro enquanto objeto de amor. Talvez seja esse o momento máximo de incremento do narcisismo, de modo que, agora, nos deparamos com o adolescente onipotente, arrogante e portador da onisciência que na latência era atribuída aos pais. Esse estado de narcisismo máximo, se é que se pode chamá-lo assim, permitirá ao jovem não só lidar com o medo, a solidão e a ansiedade decorrente da desidealização e do afastamento dos pais da infância, como também realizar as experimentações imprescindíveis do processo de amadurecimento.

Sentindo-se mais potente e podendo tolerar a aproximação feminina, e, ao mesmo tempo, necessitando dessa aproximação a fim de ter um continente para projetar os seus aspectos femininos, o adolescente subitamente surpreende-se com um novo sentimento, que é o de amor, desejo e ternura por uma mulher. O afastamento da "ganguê" homossexual e a aproximação heterossexual é um momento marcante da evolução adolescente e gera reações de censura ao que se afasta, por parte dos remanescentes. Essas primeiras relações amorosas heterossexuais da adolescência, além de evidenciar a queda progressiva do narcisismo e do incremento do amor ao outro, dão início a uma sucessão de tentativas de elaboração da reativação dos desejos e das fantasias edipianas, sendo que as primeiras escolhas relacionam-se seguidamente de modo bastante direto com as figuras parentais do sujeito.

Ciro, um jovem de 16 anos, buscou tratamento em função de intensas ansiedades hipocondríacas, sentimentos de irrealidade e uma importante ansiedade de separação que praticamente o incapacitava de frequentar a escola e de conviver

com seus pares, apesar de ser um jovem vivaz, inteligente e de fácil relacionamento. A intensificação de sua sintomatologia ocorreu quando foi confrontado com o segundo processo de separação e individuação (Blos, 1965). No decorrer de sua psicoterapia, foram analisadas suas ansiedades de separação como estando vinculadas a um desejo e um temor de fundir-se com a mãe, bem como com seu sadismo e controle para com ela e com o pai. Evoluiu relativamente bem, voltou a freqüentar a escola, retomou o convívio com os amigos e recuperou a possibilidade de separar-se dos pais, inclusive em viagens mais prolongadas. No entanto, iniciou aproximações com meninas de um modo bem peculiar. Começou a cultivar várias "amigas" íntimas com as quais tinha muita convivência. Passavam as tardes juntos, permitiam-se alguma intimidade, como deitarem-se um no colo do outro, abraços ternos, mas ele dizia não sentir "tesão" por elas. Elas apaixonavam-se por ele, ele desenvolvia um sentimento de posse sobre elas, mas não chegavam sequer a "ficar". Parecia que a necessidade de passar as tardes com a mãe e ter a certeza de seu amor, bem como de dominá-la, estava sendo atuada nessas outras relações. Depois de algum tempo, apaixonou-se por Raquel, e começaram a namorar. Desenvolveu uma verdadeira obsessão pela nova namorada. Consumia-se em pensamentos obsessivos sobre se era amado por ela ou não, embora o tenha aceito em namoro e conviver com ele, etc. Entretanto, por características próprias, Raquel não era muito calorosa, mantendo, efetivamente, alguma distância afetiva, o que corroborava os temores de Ciro. Ele passou a viver em função dela, afastou-se novamente de seus amigos e de qualquer outro interesse para mergulhar integralmente nesse relacionamento quase fusional e nas cavilações a respeito dos sentimentos de Raquel por ele, bem como se seria abandonado por ela ou não. Essa rápida vinheta ilustra o quanto as primeiras relações amorosas da adolescência servem para a reelaboração tanto de ansiedades muito primitivas como de vivências edípicas. Nesse sentido, são relações amorosas ainda tingidas pelo narcisismo, na medida em que o sujeito ainda se relaciona muito com objetos de seu mundo interno.

A ADOLESCÊNCIA NA MENINA

Como será visto agora, a trajetória seguida pela menina em seu desenvolvimento psicosexual adolescente é significativamente diferente. A adolescente, mobilizada pela menarca e pelas novas sensações pélvicas advindas das gônadas em funcionamento, sente-se ainda mais atraída a voltar-se para seu interior. Pela primeira vez em seu desenvolvimento, pode formar uma imagem mais nítida de seu corpo feminino, "sentir", de alguma forma, os órgãos internos. O menino, pelo fato de a genitália ser externa, desde o início do desenvolvimento pode manipulá-la e, assim, formar uma representação mental da mesma. É somente a partir da puberdade, em função dessas sensações cenestésicas, que a menina poderá formar representações mentais de sua genitália interna, o que será ainda mais facilitado pelo desenvolvimento da capacidade para o pensamento abstrato que a habilita a formar uma representação a

partir de sensações internas (Pault, 1986). Em função de tudo isso, sente-se, finalmente, iniciada no “mistério” do interior do corpo feminino, o que é motivo de muito orgulho e de sentimentos de superioridade sobre os meninos, que ficam – e sentem-se muitas vezes – excluídos de tal “segredo”. Assim como na Bela Adormecida, a jovem volta-se, então, com mais intensidade para o mundo interno, torna-se muito mais introspectiva e dedica-se intensamente aos devaneios. Entretanto, no caso dos meninos, se a aproximação com o pai é vista como uma forma de reforço da identidade masculina, no caso das meninas, embora exista uma aproximação com a mãe, ela é muito mais temida pelos receios de fusão primitiva. Tal diferença fundamenta-se conforme segue. Habitualmente, no desenvolvimento normal, a mãe é o primeiro objeto de relacionamento libidinal e o pai é o segundo. No início da infância, a partir do desmame e do processo de separação e individuação (Mahler, 1979), a criança individua-se da mãe e aproxima-se do pai, tendo esse movimento um forte significado evolutivo. Por ocasião da puberdade e do início da adolescência, aproximar-se da mãe assume o significado de retorno ao primeiro objeto, despertando uma angústia de estar regredindo à relação mais primitiva da vida. A menina volta-se, então, antes, e de modo mais decisivo, para a heterossexualidade. O reforço da feminilidade incipiente ocorrerá, portanto, por meio de uma acentuação de características femininas e da aproximação sedutora de figuras masculinas. Assistimos a jovens púberes coquetes, pequenas “mulheres”, interessadas em rapazes e homens mais velhos.

Se, no caso dos meninos, vemos a idealização de atletas como modelos de identificação e encontramos em seus quartos, por exemplo, pôsteres de grandes jogadores de basquete ou futebol, no caso das meninas, veremos pôsteres de atores, galãs, que facilmente transformam-se em paixões platônicas. Também no caso das adolescentes iniciais, há o risco de envolverem-se em relações sexuais prematuras, ou serem vítimas de abusos sexuais por parte de homens adultos que se aproveitam da facilidade com que elas se enamoram de homens mais velhos, deslocamentos e sublimações de suas fantasias edípicas.

Também para elas, as primeiras relações amorosas terão um caráter mais narcísico de afirmação de sua feminilidade e de elaboração das relações primitivas tanto com a mãe quanto com o pai. O filme *O amante*, de Jean Jacques Annaud – um verdadeiro estudo da psicopatologia da sexualidade feminina na adolescência –, parece ilustrar bem o que se está comentando. A personagem principal, confrontada com a solidão, a tristeza e os sentimentos de abandono, primeiramente conforta-se numa relação homossexual, de matizes maternos, com sua colega de internato, mas – até pelo caráter regressivo dessa relação – volta-se com muita decisão para a heterossexualidade com o amante, em uma relação proibida, de cunho incestuoso. Poder-se-ia dizer que há uma atuação das fantasias edípicas, em vez de sua elaboração por meio do deslocamento ou da sublimação, o que com frequência ocorre em adolescentes com dificuldades emocionais mais intensas.

Em ambos os sexos, há uma evolução que vai das primeiras experimentações (o ficar), em que o que é buscado é mais uma afirmação narcísica e o conhecimento corporal, até o aparecimento dos namoros propriamente ditos, dominados por um sentimento de ternura e de posse sobre o outro. Mas é interessante observar como se

dá um outro tipo de evolução na qualidade desses namoros. Inicialmente, os namoros são revivescências muito próximas da relação do adolescente com seus objetos originais. São marcados por uma intensa dependência, idealização, vividos em meio a uma grande paixão e acompanhados, inicialmente, pelo sentimento de haver descoberto – ou redescoberto, poder-se-ia dizer – o grande amor de sua vida. Essas relações, ainda tão próximas dos vínculos com os objetos originais, tanto podem ser por substituições diretas – o novo objeto sendo dotado das mesmas características do objeto original –, como pelo seu oposto – o novo objeto contrariando todas as expectativas do objeto original. Isso denota que ainda predomina a luta (ou a relação) interna com o mesmo.

Nara, uma adolescente de 15 anos, que fora uma menina com fobia escolar e intensa ansiedade de separação da mãe, tendo tido uma relação de muita dependência passiva da mesma, veio a tratamento trazida por seus pais, pois estes estavam surpresos e estupefatos com o modo como ela vinha se comportando ultimamente. Tornara-se irreverente e rebelde. Arrumara um namorado, “um João-Ninguém”, no dizer do pai (era, na verdade, um estudante boliviano um tanto perdido na vida, usuário de drogas, o que aumentava ainda mais a preocupação dos pais). Contudo, o precipitante da procura foi um *acting* de Nara. Ela pedira para retornar antes de um fino balneário em que passavam uma temporada de veraneio, alegando uma festa de aniversário de uma amiga. Os pais acederam. Mas ao chegarem, surpreenderam-se quando a governanta lhes contou que, nos quatro dias que ficara em Porto Alegre, Nara trouxera o boliviano para dormir em casa com ela, na suíte dos seus pais, e quando foi confrontada pela governanta de que não deveria fazer aquilo, dissera-lhe: “*a vagina é minha e eu faço com ela o que eu bem entendo*”. Era evidente que tanto o namorado quanto a sua genitália estavam sendo usados em sua luta para tentar negar os sentimentos de dependência e de solidão em relação aos pais. A relação com o namorado tinha um caráter eminentemente edípico: sob o olhar da governanta/mãe, tomara conta da câmara nupcial para manter relações com um objeto que era o oposto do pai.

Uma vez tendo chegado ao estabelecimento de relacionamentos heterossexuais, os adolescentes evoluem em um ciclo que oscila entre a paixão e o luto. Apaixonam-se, pois o novo objeto, no início um representante muito próximo dos objetos originais (pai e mãe), é idealizado. É sentido como tendo os atributos de perfeição máxima que, na latência, eram atribuídos aos pais. Entretanto, a seguir é desidealizado, sendo vivido um novo luto. Essa sucessão de paixões e lutos permite que o sujeito vá elaborando, progressivamente, o luto maior decorrente da renúncia aos pais da infância. A cada passo dessa evolução, os novos objetos estão progressivamente mais distantes dos objetos originais incestuosos. Espera-se que, ao final da adolescência, a pessoa amada, embora ainda se relacione de alguma forma aos pais na fantasia inconsciente, já esteja bem distanciada destes e seja amada também por suas próprias qualidades e características.

Vê-se, até este momento, as características da evolução psicosssexual do adolescente, com a evolução de seus investimentos libidinais entendidos na trajetória evolutiva que parte do narcisismo para chegar ao amor objetal, e das atividades

auto-eróticas (masturbação) até as práticas heterossexuais. Há outras questões centrais no processo adolescente que, de certa forma, já estão sendo abordadas implicitamente, as quais dizem respeito à formação da identidade e à importância das relações grupais e familiares.

O GRUPO

Frente ao sentimento de desamparo oriundo da desilusão com os pais, à necessidade e ao desejo de adquirir maior autonomia e identidade própria, à solidão decorrente de sua nova posição, à perplexidade e às ansiedades relativas ao novo corpo e à nova força das pulsões, o adolescente, na visão de Meltzer (1978), passará a oscilar entre quatro comunidades. De um lado, esses "ambientes" em que o jovem circula funcionam como refúgios psíquicos e, de outro, são uma forma de organizar a confusão e evitar os sentimentos de solidão e abandono que novamente emergem. São eles, a família, o mundo adulto, os adolescentes e o isolamento. A normalidade seria a possibilidade de oscilar entre essas quatro comunidades de um modo flexível, enquanto a psicopatologia adolescente seria a fixação rígida em uma dessas comunidades. O adolescente na família segue o padrão da latência, aceitando o modelo dos pais como o seu modelo de vida, com experiências sexuais mínimas, reproduzindo o esquema familiar que os pais lhe apresentaram. O adolescente no mundo adulto seriam as incursões pseudomaduras em que o jovem age "como se" fosse um adulto, sendo que a força motivadora não seria o amadurecimento e a definição de objetivos, mas a entrada rápida e forçada na condição adulta para mostrar aos pais como se é um adulto. A comunidade adolescente, inicialmente com o grupo homossexual de púberes, depois com o grupo misto e posteriormente com o grupo de casais, será o continente adequado para as ansiedades depressivas, paranóides e confusionais do adolescente. O isolamento — refúgio habitualmente utilizado pelos adolescentes como forma de realizar todo o trabalho de reflexão e elaboração da adolescência —, quando se fixa como o modo predominante de funcionamento, segundo Meltzer (1978), constitui-se no tipo psicopatológico mais grave. Essas são situações em que a desidealização dos pais foi muito intensa e abrupta, sem as condições de transferir a idealização a outro sistema (a política, a comunidade de adolescentes), levando o adolescente a refugiar-se em uma organização narcisista, na qual imagina-se auto-suficiente, capaz de construir-se a si próprio como se fosse pai e mãe de si mesmo. Desenvolve uma megalomania tranqüila e o sentimento de ter uma missão a cumprir no mundo.

A comunidade de adolescentes, o grupo, passará a ter uma função primordial na vida mental do adolescente. De um lado, por meio de um complexo jogo de identificações projetivas, serão "encenadas" diversas fantasias genitais ou pré-genitais. Por exemplo, a formação de casais, com toda a triangularidade e rivalidade possível, ou a atuação de um sadismo anal incomum. De outro lado, a "socialização" do narcisismo na adolescência por meio do grupo, ou, dito de outra forma, a projeção no grupo da

onipotência, onisciência e grandiosidade do objeto idealizado, tem a função de oferecer um novo continente ao jovem para enfrentar as ansiedades do período.

O grupo também terá uma função de continência de aspectos parciais do *self* que momentaneamente, ficando fora do mesmo, dão ao sujeito a sensação de estar livre de tais aspectos, permitindo identificações transitórias que asseguram ao jovem uma certa tranquilidade. Será natural encontrarmos nos grupos de adolescentes situações em que, por exemplo, os aspectos frágeis ou desvalorizados dos membros encontram-se projetados em um membro que é hostilizado e maltratado. E, da mesma forma, com inúmeros outros sentimentos indesejáveis, como aspectos femininos nos rapazes, e assim por diante. Do mesmo modo, características idealizadas que o jovem, em um determinado momento, sente não possuir ainda podem ser identificadas em algum membro do grupo, o líder, que é sentido como tendo todos os atributos de força, potência, beleza ou inteligência. Claro que sabemos que esse tipo de funcionamento grupal ocorre em todos os grupos humanos, mas na adolescência, em função das características comentadas, assume uma intensidade maior.

A psicopatologia, então, instala-se quando o indivíduo fixa-se em soluções narcísicas, em que a comunidade adolescente, enquanto continente, ocupa um lugar secundário ou inexistente: o sujeito então refugia-se no isolamento ou em outros refúgios psíquicos nos quais a onipotência e a idealização – muitas vezes da própria destruição – ocupam o papel central (drogas, perversões sexuais, distúrbios alimentares, destrutividade em geral). A partir daí, tem-se uma série de quadros nosográficos cujo pano de fundo são organizações narcisistas complexas. Cria-se uma “continência” espúria da ansiedade: o refúgio transforma-se em prisão, e a onipotência deixa de ser uma forma transitória de lidar com os sentimentos de impotência, tornando-se um modo de negar permanentemente a realidade, como já ilustrado em outro trabalho (Levy, 1996).

No adolescente mais próximo à normalidade, observa-se, então, a utilização de refúgios psíquicos de um modo mais adaptativo, servindo como um espaço mental protetor ao qual poderá recorrer sempre que a ansiedade sobrepujar sua capacidade de tolerância. No indivíduo que internalizou objetos muito perturbados ou com problemas no manejo de sua destrutividade, a personalidade toda fica capturada no funcionamento dessas organizações patológicas.

A FAMÍLIA

Nesse momento evolutivo, não será apenas o jovem, o indivíduo adolescente, que passará por transformações estruturais. A família também deverá alterar sua estrutura interna e seus padrões de relacionamento entre os membros, modificar os papéis em sua intimidade, a fim de acolher as exigências evolutivas do momento. Famílias muito rígidas, sem a capacidade de realizar essa adaptação estrutural, tenderão a produzir psicopatologias na adolescência ou a sofrer graves fraturas internas.

Como foi comentado anteriormente, a família é um dos “ambientes” ou uma das comunidades em que o adolescente normal circula ao longo de seu processo

evolutivo. Será fundamental que ele possa contar com esse refúgio ao qual possa recorrer após suas incursões exploratórias no mundo extrafamiliar. É o momento do retorno para um reabastecimento (Mahler, 1979), para certificar-se de que não houve uma perda e uma ruptura real com os pais, que ele ainda os tem, embora de uma nova forma nesse novo momento da vida.

Os pais precisam ter a flexibilidade de aceitar esse retorno após terem sido desprezados e, em alguns momentos, até depreciados pelo adolescente. Deverão – e para isso também precisarão de um período de adaptação – relacionar-se com o filho adolescente aceitando e respeitando os momentos de afastamento e os momentos de reaproximação. As famílias que não tiverem a maleabilidade de adaptarem-se a esta nova configuração familiar e forma de relacionamento com os filhos estarão fadadas a conflitos tormentosos nesse momento da vida.

Além disso, os pais, envolvidos com a crise da meia-idade, confrontam-se com o filho jovem, dono de um corpo e uma saúde exuberante e com a vida inteira ainda pela frente. Os adultos, a essa altura do ciclo vital, enfrentam a situação de já terem passado da metade de sua vida e realizam uma inevitável reavaliação de seus projetos e de suas realizações, muitas vezes, redundando em frustração por constatarem que se afastaram ou não realizaram o que haviam desejado. Outras vezes, vivem um sentimento de plenitude e realização pelo construído até o momento. Ao mesmo tempo, constatarem que o corpo não é mais aquele da juventude e que se aproxima um período de envelhecimento inevitável. Por tudo isso, vivem sentimentos ambivalentes em relação aos filhos: admiram-nos e orgulham-se deles ao mesmo tempo em que invejam sua beleza e sua juventude e sentem ciúmes de seus novos relacionamentos. Felizmente, a maioria dos pais tem a suficiente maturidade para poder elaborar adequadamente esse conflito.

Os pais de adolescentes enfrentam outro desafio que diz respeito ao florescimento da sexualidade em seus filhos. É necessário que a deixem seguir seu próprio curso de amadurecimento, sem pressioná-la em direção a práticas precoces, muitas vezes, superestimuladas pelo culto à sexualidade de nossa cultura, mas tampouco devem obstaculizá-la, uma vez que é natural e desejada. Caso os pais não tenham resolvido adequadamente seus próprios conflitos em relação à perda da juventude ou em relação à sua sexualidade – para citar apenas dois exemplos –, poderão competir com os filhos ou travá-los em suas experiências. Uma situação comum, a título de ilustração, é a do pai que, problematizado com aspectos de sua própria sexualidade, perturba-se com a emergência da sexualidade em sua filha adolescente. Atormenta-se ao perceber o olhar de desejo de outros homens e, a partir disso, tenta sufocar a sexualidade na jovem e tiranizá-la de modo a certificar-se de que não haverá nenhum vestígio de erotização. Foi realizado um estudo em um ambulatório destinado a adolescentes (Cornut-Janin, 1988), a partir da procura motivada por crises familiares, com agressões e fugas de domicílio, provocadas pelo uso do primeiro batom pelas filhas adolescentes.

Mas há características do processo adolescente e das interações familiares próprias do nosso tempo. Em épocas anteriores, a diferença entre as gerações era pro-

fundamente marcada. Atualmente, vivemos um momento singular, pelo menos em nossa cultura. Uma ampla pesquisa sobre a adolescência brasileira, realizada para a MTV (Rocca, 1999), mostra que a linha que separa a juventude da adolescência está sendo redesenhada. Os adultos maduros de hoje encontram-se plenamente ativos e, mais do que isso, mergulhados em uma busca pelo rejuvenescimento. Estão movidos pelo aforismo de que "a vida começa aos 40 anos". Um exemplo disso é encontrarem-se nas maternidades mulheres da faixa dos 40 anos tendo seus filhos, ao lado de jovens da faixa dos 20. Paralelamente a esse desafio à biologia, estimulado também pelos avanços na área médica e pela maior consciência da importância da prevenção de doenças fatais, há outro fenômeno em andamento. Essa mesma pesquisa mostra como no universo jovem coexistem ídolos atuais (Raimundos, por exemplo), com ídolos da geração de seus pais (Caetano Veloso, Gilberto Gil e Rita Lee, por exemplo). Pois esse novo fenômeno tem diversas facetas: aproxima pais e filhos, criando interesses, valores e linguagens comuns a tal ponto que, nessa pesquisa, foi constatado que, em grandes segmentos dos jovens brasileiros de classe média e média alta, há um sentimento de bem-estar e segurança na casa dos pais, não havendo uma vontade de sair dela. Entretanto, essa quase superposição de interesses e valores simultaneamente cria uma dificuldade maior na diferenciação entre as gerações, necessária ao processo de separação e diferenciação do adolescente. Isso tem forçado os jovens a encontrar novas formas de diferenciação, por exemplo, cultuando novos ídolos e ritmos (*reggae, rap*, etc.).

Há outro fenômeno típico dos pais dos adolescentes de hoje. Eles constituem a geração que foi adolescente no final dos anos 60 e início dos anos 70, época em que a juventude efervesce em lutas pela liberdade sexual, pela liberdade de expressão e contra uma cultura que mantinha estruturas autoritárias em muitas instituições, especialmente as educacionais. Havia protestos na Europa, na América Latina e nos Estados Unidos, estes envolvidos com a contestação à guerra do Vietnã. Pois esses jovens cresceram sob a égide da contestação ao mundo adulto, apresentando, muitos deles, hoje em dia, dificuldades em assumir uma atitude adulta e uma defesa dos valores vigentes. Associam-se, de modo assumido ou velado, às transgressões que os adolescentes normalmente fazem das leis, das regras e dos valores. Perdem assim a condição educativa com seus filhos. Meltzer (1989) denomina esses adultos de "já crescidos", uma vez que já cresceram, porém não se tornaram adultos.

Espera-se, então, que os pais de adolescentes não abdicuem da sua condição de adultos e mantenham o seu papel de pais que educam seus filhos, mesmo que ainda possam ter pontos de contato nos interesses com seus filhos.

COMENTÁRIOS FINAIS

Como vimos, o processo adolescente é rico e complexo. Envolve pais, filhos, sociedade e cultura, e se, de um lado, traz em seu bojo conflitos e tensões em muitas situações,

de outro, é a garantia que a sociedade tem de uma renovação constante de valores. Os jovens, com seu vigor e sua coragem, questionam costumes e vícios aos quais os adultos com sua prudência, muitas vezes, já se acomodaram.

Assim, o processo adolescente tem uma dupla importância: é, por um lado, um momento do ciclo vital que permite ao indivíduo amadurecer, revisar e reelaborar situações de sua infância e preparar-se para a vida adulta; e, por outro, um elemento renovador do processo cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1988.
- BLOS, P. The second individuation process of adolescence. *The Psychoan. Study of the Child*, v. XXII, 1965.
- BLOS, P. (1979) *La transición adolescente*. Buenos Aires: Asappia Amorrortu Editores, 1981.
- BLOS, P. *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- COURNUT-JANIN, M. Le premier rouge à lèvres ou La peur de la feminité chez les parents de l'adolescente. *La psychiatrie de l'enfant*, v. XXXI, n. 2, 1988.
- LEVY, R. As relações amorosas na adolescência. *Revista de Psiquiatria do RS*, v. 17, n. 1, *63-67, jan./abr., 1995.
- LEVY, R. Refúgios narcisistas na adolescência: da busca de proteção ao risco de destruição: dilemas na contratransferência. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. XXX, p. 223-40, 1996.
- LEVY, R. Aquisição da identidade na adolescência, as confusões geográficas e a relação terapêutica. *Revista de Psiquiatria do RS*, v.20, n.3, p.16-21, set./dez., 1998.
- MAHLER, M. (1979) *O processo de separação e individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1982.
- MELTZER, D. Seminários de Novara: teoria psicanalítica da adolescência. Traduzido de *Quaderni di Psicoterapia Infantile*. Roma: Borla, 1978.
- MELTZER, D. (1989) Narcissism and violence in adolescents. In: *Sincerity and other works*. London: Karnac Books, 1994.
- PAULT & HUTCHINSON. El rol de la pubertad en el desarrollo psicosexual femenino. *Libro anual de psicoanálisis*, 1986, p. 143.
- ROCCA, W. "Dossiê MTV – Universo Jovem", 1999.

Adultos Jovens, seus Scripts e Cenários

Cláudio Maria da Silva Osório

Este capítulo pretende mostrar que na etapa de vida do adulto jovem revelam-se as conseqüências saudáveis ou patogênicas das etapas anteriores e as raízes ou bases do *continuum* saúde/doença das etapas futuras, tanto no campo da saúde mental quanto no campo da saúde física.

Essa etapa, por estar entre as crises e os tumultos da adolescência e a importante crise da meia-idade, pode dar uma enganosa impressão de "latência", tranqüilidade ou relativa estabilidade. Ou de desenvolvimento "acabado", "fechado", sem as singularidades humanas, como nesta frase a respeito do adulto jovem: "O longo processo de desenvolvimento e ao mesmo tempo de aprendizagem de viver chega ao fim na medida em que o indivíduo obtém uma identidade própria e atinge a capacidade de viver intimamente com um membro do sexo oposto, propondo-se a formar uma família própria" (Lidz, 1983; p. 378). Outra concepção errônea, talvez relacionada com a ideologia da "adaptação" (e daí ao conformismo), é percebida em outra frase desse mesmo autor: "Os adultos também devem ser capazes de aceitar a compreensão de que muitas das maneiras e regras da sociedade são arbitrárias, mas que as pessoas necessitam de tais regulamentos para que vivam em conjunto, sem se sentirem enganadas e fraudadas pela arbitrariedade das regras" (p. 390-1). No entanto, é o mesmo Lidz quem, em uma página anterior (p. 382), ao destacar as tarefas e dificuldades dos jovens adultos, declarava que estes precisam *transcender a moralidade convencional* [grifo do autor] e até a [moralidade] pós-convencional do contrato social, a fim de ser obtida uma justiça universal superior a respeito da qual os indivíduos possam e devam formar seus próprios juízos. Daí a importância do pensamento e da leitura com crítica, uma conquista cognitiva do adulto jovem, que se torna capaz de lidar com a incerteza, a inconsistência, a contradição, os paradoxos e a imperfeição do conhecimento, além do compromisso, em um pensa-

mento relativista, pós-formal ou construído, de acordo com pesquisas citadas por Papalia e Olds (2000).

Os mesmos Papalia e Olds também assinalam o mal-entendido da estabilidade, dizendo que estudiosos do desenvolvimento consideravam o período adulto “como um platô relativamente destituído de acontecimentos” (p. 370). A crença na “tranquilidade” do período pode ser questionada de várias maneiras. Uma delas é assinalando que é justamente entre os 20 e 40 anos, quando muitas pessoas buscam tratamento psicológico. Outra é examinando as estatísticas de mortalidade, que revelam que as mortes violentas ocupam o primeiro plano. É verdade também que as causas externas de mortes podem ocupar o primeiro lugar porque muitos jovens adultos nunca ficariam gravemente doentes ou incapacitados, tendo geralmente doenças benignas. Pelo menos essa pode ser a situação em países desenvolvidos como os Estados Unidos, onde mais de 93% dos americanos entre 15 e 44 anos consideram sua saúde boa, muito boa ou excelente, segundo dados do Departamento de Saúde de 1995, citados por Papalia e Olds. De qualquer forma, o fenômeno das mortes violentas (suicídio, homicídio e acidentes), ocupando o primeiro plano não é um fenômeno exclusivo do Brasil na atualidade.

Embora o contato com o “mundo real” tenha-se iniciado na infância e aumentado na adolescência, é nessa etapa que as pessoas vão de fato se inserir no mundo do trabalho e das outras responsabilidades individuais (atinge-se a maioria completa). Esse fato pode, também, questionar a “estabilidade emocional” desse período. E alguém que tenha conquistado uma identidade, que tenha completado a terceira individuação, que seja um *sujeito constituído*, mantém com a realidade externa uma relação ativa e não passiva, conformista ou conformada.

Este capítulo pretende, portanto, contribuir para a desmitificação dessa etapa da vida, ajudando a compreender as inter-relações entre desenvolvimento emocional, estruturas intrapsíquicas e processos mentais e o *continuum* saúde-doença. Uma concepção central é a de que cada um de nós possui *scripts* delineados por fatores genéticos e ambientais, daí a necessidade de modelos biológicos e psicológicos (principalmente psicanalíticos) dentro da psiquiatria e da medicina. Os referidos cenários incluem o mundo interno das representações de objetos e de si mesmo (*self* e os “papéis” e as fantasias de que falam Martin (1990) e Person (1997). Esse “cenário” interno, com os seus *scripts*, interage permanentemente com os cenários externos, móveis, dinâmicos, das relações interpessoais, da sociedade e da cultura. Os cenários externos principais parecem ser os do mundo do amor e da sexualidade, do trabalho e da ética.

PAPÉIS E CENÁRIOS DO ADULTO JOVEM

Realidade, o que você está fazendo aqui?

Está tudo bem. Eu e mamãe não precisamos de ti. (Bollas, 1999)

O que se passa com os adultos jovens? Que idade é essa marcada por belezas, tragédias, encantos, desencantos, intimidades e isolamentos, compromissos e

infidelidades, realizações e desistências de sonhos, criações e destruições? Por que tantas pessoas entre os 20 e 40 anos parecem viver em “cavernas” (Saramago, 2000), em “histórias” (Bollas, 2000), ou *vivendo vidas que não são as suas* (Martin, 1990; Person, 1997) e não na realidade? Uma coisa é viver a vida de um personagem que se pensa ser; outra, bem diferente, é viver a vida da pessoa que se é. É claro que em alguma medida todos temos “personagens” dentro de nós. O grau de distância entre “personagem” e pessoa pode dar uma medida da saúde ou da doença mental. É de todos conhecida a anedota que serviria para diferenciar neuróticos de psicóticos e de “psicopatas” (ou sociopatas)...

Passemos dos “castelos” da antiga anedota para as contemporâneas “cavernas”. Em entrevista recente, o escritor José Saramago disse, respondendo a uma pergunta, que “o que há fora da caverna é precisamente a realidade. Nosso modo de viver atenta mais às imagens das coisas do que à realidade das próprias coisas (...) [As imagens] deveriam servir para mostrar a realidade e acabam por bastarem-se a si próprias e a levar-nos a esquecer a realidade”. Em outras palavras, as pessoas vivem ficções.

Partindo de outro vértice, o psicanalista Christopher Bollas contribui para o entendimento do tumulto emocional dessa fase ao se referir, ainda que indiretamente, à necessária ruptura, mais interna do que externa (é claro), do adulto jovem com seus pais, permitindo a consolidação de uma verdadeira ou mais completa autonomia: a terceira individuação (Colarusso, 1999). Por isso a epígrafe escolhida, na qual o autor mostra as tentações de fugir do contato com a realidade, não renunciando a ilusões da infância. Um fenômeno psicossocial é a desidealização dos pais na fase anterior – adolescência –, que pode incluir discussões, brigas, rompimentos externos, etc. Fenômeno muito diferente é a independência emocional (e socioeconômica, muitas vezes) em relação aos pais. Essa pode permitir, em alguns casos, uma proximidade geográfica relativamente saudável: adultos jovens que se mantêm trabalhando e/ou morando com os seus pais, enquanto não definem uma escolha amorosa compromissada, com um companheiro ou companheira (hetero ou homossexual). Ou, ainda, como tem sido comum, completando os estudos ou a iniciação profissional (caso dos mestrados e doutorados, dos jovens empresários em empresas familiares, filhos e filhas de agricultores, operários aprendizes, etc.). Em outros casos, essa proximidade, independentemente da condição socioeconômica, pode ser patogênica ou patológica.

Dados os limites de espaço/tempo, não se investigará neste capítulo a importante questão da realidade virtual. Quando ela é um modo de aproximação ou de distanciamento com a realidade? Quando ela é uma nova forma de “caverna”, onde a pessoa se esconde da realidade?

O QUE SE ENTENDE POR *SCRIPTS* E “CENÁRIOS INTERNOS”?

Jay Martin e Ethel Person, já citados, escreveram dois livros úteis para o entendimento dos papéis e personagens nos adultos jovens: *Quem eu vou ser desta vez?*,

do primeiro, e *O poder da fantasia: como construímos nossas vidas*, da segunda, que é psicanalista da Columbia University. Ambos contribuem para o entendimento do papel crucial – na saúde e na doença – desempenhado pelo mundo interior, pela subjetividade, pelas fantasias. O reconhecimento desse mundo emocional e o contato com o mesmo – nos profissionais da área da saúde e nos pacientes – têm um valor inestimável. Especialmente quando se considera que esse é um mundo ou uma realidade que uma propaganda enganosa e perversa da cultura contemporânea insiste em dizer que “não existe, ou, se existe, não é importante, ou, mesmo sendo importante, não é científico, por não poder ser medido, contado ou quantificado” (Osório, 2000b).

Um exemplo de Martin é bastante ilustrativo para compreender a força e o papel desempenhado por nossos eus-interiores, capazes de matar outras pessoas. Foi o caso bem conhecido de Mark David Chapman, adulto jovem. Nele “habitavam” Holden Caulfield, o personagem de Salinger (do romance *O apanhador no campo de centeio*), e ainda John Lennon. Mark assassinou John Lennon por considerá-lo o “legítimo”, sendo o compositor de *Imagine* “um impostor” (Martin, p. 27-44).

Outro exemplo, também dramaticamente ilustrativo, é dado por Ethel Person, que examinou o triste e famoso caso de “Diane”, adulta jovem que desenvolveu uma leucemia aguda, já sendo portadora de depressão e alcoolismo. O tratamento proposto para a paciente era doloroso: quimio e radioterapia. Por isso, Diane disse ao seu médico, Timothy Quill, que ia desistir [de viver]. Quill, professor de Medicina, considerava que a vida da sua paciente, de quem tratava há cinco anos, era “insuportável”. Por isso, ele concordou com o que lhe pareceu razoável: suicídio assistido – e prescreveu uma dose letal de barbitúricos. Quando Diane foi se despedir de Quill, ela lhe prometeu um “futuro encontro”, no lugar predileto do médico, à margem do Lago Genebra, *com dragões brilhando em um lindo pôr-do-sol*. E o médico teria tido ressonância ou eco em relação à fantasia de sua paciente, em vez de encarar a realidade da morte. Curiosamente, o fator determinante do suicídio assistido – a fantasia compartilhada pela paciente e pelo médico – foi omitido por Zisook e Downs na seção do Kaplan e Sadock (2000) que aborda esse tema (Osório, 2000b).

Ethel Person termina seu livro com a seguinte frase: “a fantasia é para a evolução cultural o que a mutação [genética] é para a evolução biológica, e mutações culturais podem nos beneficiar, mas também podem nos matar” (p. 312). Por isso, não acredite quando lhe disserem que sonhos e fantasias são bobagens, “viagens” de psiquiatras, psicólogos e psicanalistas.

A fantasia tem também, e principalmente, aspectos saudáveis e um grande poder criador tanto na arte como na ciência, as duas muito mais próximas do que se costuma admitir. Ambas têm como base o brincar, o imaginar, o inventar e o descobrir. Goldim (2000) escolheu como epígrafe do seu capítulo sobre a investigação científica uma excelente frase de Jacob Bronowski: “A Ciência, tal como a Arte, não é uma cópia da natureza, mas uma recriação da mesma” (p. 11). Ou, como tantos já assinalaram, um mapa não é a reprodução de uma cidade, de uma região ou de um país: é apenas uma representação.

Em época na qual as distinções entre ciência e arte eram talvez mais agudas, Freud, em entrevista pouco conhecida (1934), segundo citação de Martin (1990), declarou ao escritor Giovanni Papini que: “Sou cientista por necessidade, não por vocação. Na verdade, minha natureza é de artista. Desde a infância, o meu herói secreto é Goethe. Gostaria de ter sido poeta e a vida inteira tive vontade de escrever romances”. Teria admitido também, junto a Papini, que enquanto esteve em Paris (1885-1886) seus interesses estariam voltados para os maiores movimentos literários do seu tempo: simbolismo, naturalismo e romantismo (Martin, p. 173). Não por acaso Freud recebera o Prêmio Goethe em 1930, e então redigiu uma comunicação na qual articulou as relações entre a ciência da psicanálise e os estudos de Goethe.

Harold Bloom (2000) considera William Shakespeare o “inventor do humano”, no sentido do que hoje entendemos por humano, “ao inventar a forma mais corrente de representação de personagem e personalidade... também modificando, radicalmente, nossas idéias sobre sexualidade, particularmente com a assombrosa consciência [do poeta] quanto à bissexualidade e às suas manifestações...” (p. 861). Antecipou-se, portanto, a Freud em cerca de 300 anos! Além disso, segundo Bloom (p. 879), *Shakespeare expande a nossa visão dos enigmas da natureza humana*, diferentemente de Freud, segundo o qual seríamos predeterminados de modo bem mais previsível do que na obra do poeta. Voltar-se-á a este ponto mais adiante.

O que ambos – na Arte e na Ciência – nos indicaram, antes de Martin, Person e tantos outros, é que nossas vidas são representações ou encenações de dramas/*scripts* de certa forma inscritos, inconscientemente, nos nossos mundos interiores ou, nas palavras do escritor Chateaubriand (1768-1848): “Cada pessoa carrega dentro de si um mundo feito de tudo o que viu e amou – e é para este mundo que ela retorna, incessantemente, embora possa percorrê-lo e viver em um mundo bem estranho a ele”. Foi essa a epígrafe escolhida por Greenberg e Mitchell (1994) para o capítulo “Relações de objeto e modelos psicanalíticos”. Infelizmente, por razões desconhecidas, alguns estudiosos do desenvolvimento humano podem não ter captado bem o conceito psicanalítico de objeto interno/representação/mundo interno, apesar das contribuições de Shakespeare e Freud, de 400 e 100 anos atrás. Por exemplo, Lewis e Volkmar (1990) consideram o termo *objeto* “infeliz, pseudocientífico, geralmente significando *coisa* e que obscurce a natureza do relacionamento entre duas pessoas” (p. 139 na edição brasileira, p. 134 na edição original).

Uma leitura crítica mostra que o parágrafo é infeliz por três razões: em primeiro lugar, Freud não empregava os termos *objeto* e *relação de objeto* apenas no campo da relação amorosa, externa, interpessoal (como esses autores dizem) e sim, obviamente, mais no sentido de representação interna, inconsciente, dos objetos externos e de suas relações com as representações também internas do sujeito (o *self*). Objeto é um conceito intimamente articulado com o conceito de pulsão, central na psicanálise (Moore e Fine, 1992). Além disso, ao questionar a cientificidade da psicanálise e dos seus conceitos, Lewis e Volkmar não esclarecem que esse questionamento parte do seu próprio modelo de ciência, no caso positivista (do behaviorismo de Skinner e seus herdeiros contemporâneos: ciências cognitivas e comportamentais),

talvez nem melhor nem pior do que os modelos científicos da psicanálise. Além disso, em segundo lugar, a palavra *objeto*, mais do que se referir à *coisa*, faz parte do par *sujeito/objeto*. Será que ao se perder a noção de objeto não se perde também a noção de sujeito? Voltar-se-á a esse ponto na questão da individuação, da intimidade e do narcisismo na cultura contemporânea da sociedade de massas ou globalizada. Por último, longe de *obscurecer*, a noção de relações de objeto *ilumina* o entendimento do mundo interno e das suas repercussões no mundo externo das relações interpessoais. Por tudo isso, sem querer, Lewis e Volkmar juntam-se ao coro dos que consideram a psicanálise “um embuste superado”.

Aproveitando ainda Greenberg e Mitchell, é bom esclarecer aqui mesmo, dada a importância do conceito, que “o termo ‘teoria das relações objetais’ (ou, mais corretamente, relações de objeto) refere-se, no seu sentido mais amplo, às tentativas, dentro da psicanálise, de responder a (...) perguntas/questões, isto é, de confrontar a observação potencialmente desconcertante de que as pessoas vivem simultaneamente em um mundo interno e em um [mundo] externo, e que a relação entre ambos varia da mistura mais fluida até a separação mais rígida” (p. 7). É este um tema central neste capítulo: a relação entre os cenários interno e externo.

Vejam algumas das perguntas ou questões pertinentes para Greenberg e Mitchell: “Como as características dos objetos internos se relacionam com aquelas das pessoas ‘reais’ do passado e do presente? É o objeto interno uma representação (mental) da percepção do indivíduo de uma relação total com outra pessoa ou de aspectos e características específicas (parciais) do outro? Como funcionam os objetos internos dentro da vida mental? Existem diferentes tipos de objetos internos?”

É por isso que Freud (em carta a Fliess, em 1899) e Luis Fernando Verissimo (em uma de suas belas crônicas) puderam escrever que em uma relação sexual estariam sempre presentes *muitas pessoas*: além das duas, o “pai” e a “mãe” de cada um dos amantes...

O entendimento desse fenômeno – das relações de objeto – ilumina muitos dos problemas da relação médico-paciente, em que ambos, o profissional e a pessoa pedindo cuidados, trazem para o novo cenário todos os seus cenários internos com os seus *scripts* e personagens (os objetos internalizados e os seus também internalizados padrões de relações).

Esclarecido o conceito de objeto, o que se pode entender por “estruturas psíquicas e processos mentais”, conceitos que foram referidos ao enunciar os objetivos deste capítulo?

É bem possível que algumas das dificuldades que enfrentamos – alunos e professores – no processo ensino-aprendizagem das disciplinas de desenvolvimento possam ser creditadas ao não-esclarecimento desses dois conceitos ou dessas duas abordagens que coexistem, articulam-se, mas não integradas/fundidas, para não ficarem *con-fundidas* (Osório, 2000a). *Processo* está ligado à psicologia do desenvolvimento: refere-se às transformações psicológicas ao longo do tempo, às mudanças das características normais na infância, na adolescência, na vida adulta e na velhice. Associa-se, portanto, ao tempo linear. Colarusso (1995, 2000), cujas idéias sobre o adulto jovem serão resumidas mais adiante, entende que a noção freudiana de fases ou

estágios evolutivos é problemática para descrever o desenvolvimento adulto. Para ele, a proposta de Erikson, apesar de algumas modificações em relação a Freud, é também insatisfatória. E por isso, ainda segundo Colarusso, alguns autores estariam preferindo o conceito de *processo evolutivo*, abandonando a teoria dos estágios [oral, anal, fálico]. Essa seria, talvez, biologizante e muito determinista, quem sabe pelo anseio de Freud de tornar a psicanálise “científica” segundo os modelos do seu tempo. A noção de processo compreende uma seqüência de desafios evolutivos, com tensões, conflitos e interações ao longo do ciclo vital, internalizações e identificações, novos valores, formação de níveis de organização ou configurações [estruturas] sucessivamente mais altos/maduros, novos desafios, etc., e o ciclo continua, podendo-se imaginar um movimento em espiral ascendente, aberta progressivamente, como um esquema visual (uma imagem para ser mantida na mente).

Estrutura é um conceito psicanalítico “puro”, referindo-se às transformações [organizadas e auto-reguladas] dentro do espaço psíquico ou mental. É uma noção ligada ao tempo dito circular, dada a atemporalidade do inconsciente, onde passado, presente e futuro não estão unidos por setas unidirecionais, como no tempo linear (Osório, 2000a; p. 129). Talvez uma outra metáfora possa ajudar: imagine um trem, composto de vários vagões, percorrendo a via férrea na direção A-Z, em movimento linear. A paisagem/cenário vai se transformando ao longo da viagem, como na vida. É este o *processo evolutivo*. Agora considere um passageiro que está no primeiro vagão, o mais próximo da locomotiva. Ele pode, por exemplo, se deslocar – no sentido contrário ao do movimento do trem – na direção do último vagão. Pode, se houver uma parada em uma estação intermediária entre os pontos A e Z, descer da composição, dar uma caminhada e voltar para o trem, até com alguma “bagagem” a mais (lembranças de uma pessoa que acaba de conhecer, uma revista comprada na estação, por exemplo). Estas são a *estrutura* (o mesmo passageiro) e suas *transformações* dentro do espaço mental, que interagem com as mudanças processuais – a viagem de A a Z. Os dois movimentos poderiam ser comparados com os de rotação e translação, que também se articulam, mas não se confundem.

Pode-se então, aproveitando a metáfora, voltar no tempo e no espaço e tentar entender por que Harold Bloom pôde dizer, sem nenhum desrespeito a Freud, que Shakespeare, *primeiro psicólogo*, expandiu, melhor do que o criador da psicanálise, a *compreensão dos enigmas da natureza humana*. Para Bloom, “Freud, querendo ser cientista, equivocadamente, reduziu a própria genialidade. Shakespeare não reduz os personagens às suas supostas patologias ou romances familiares.” Em uma época da psiquiatria orgulhosamente remedicalizada, pode ficar mais fácil ainda reduzir uma pessoa a um diagnóstico e perder a dimensão humana do outro e de si mesmo. Voltando à frase de Bronowski selecionada por Goldim, pode-se agora dizer que os indispensáveis diagnósticos são *apenas representações* e não as pessoas, como os indispensáveis mapas não são as praias ou as cidades. Todavia, retomando Harold Bloom: “Em Shakespeare, conforme demonstra Nuttall (um crítico do poeta), somos predeterminados de tantas maneiras diferentes que a própria diversidade da predeterminação se torna liberdade” (Bloom, p. 879). Mais cedo, em

palavras dirigidas ao leitor, Bloom esclarecia melhor essa passagem, ao destacar a capacidade dos personagens criados pelo bardo de *escutarem a si mesmos* (escutando) *suas próprias vozes*, garantindo sua individualização, com um desenvolvimento recriador (p. 19). Lembrem-se ainda da imagem visual da espiral aberta do processo evolutivo, articulada com as transformações das estruturas psíquicas, como na dança dos movimentos de rotação e translação? É disso que precisamos ao buscar as histórias pessoais, singulares, dos adultos jovens. É isso que autoriza Ogden, citado por Osório (2000a), a entender que a concepção dialética de Melanie Klein da estrutura psíquica e do seu desenvolvimento incorpora totalmente a noção de Freud da atemporalidade do inconsciente. Essa noção concebe o indivíduo existindo simultaneamente em duas formas de tempo: um tempo diacrônico (linear, seqüencial) e um tempo sincrônico (“circular”, psicanalítico). E são essas concepções que autorizam as críticas de Pierre Kaufmann, citadas e endossadas por Osório (2000a), que apontam os impasses da noção de desenvolvimento epigenético com o conceito de inconsciente. Aquela noção foi superenfatizada no que se poderia chamar de “psicanálise norte-americana”. O conceito de inconsciente convive melhor com o conceito de história. Na medida em que se considere um desenvolvimento *determinado*, preestabelecido, como um programa biológico, seria menor a margem para mudança, pois aí se elimina a noção de história aberta às singularidades. Esta, lembrando, foi a crítica de Bloom a um possível reducionismo de Freud, na comparação com Shakespeare. Entretanto, retomando Monah Vinograd (citada por Osório, 2000a), os conceitos freudianos de pulsão e de inconsciente *dão ao pensamento a possibilidade de inventar e, ao sujeito a liberdade de tornar-se sempre outro*, ou seja, de recriar-se, como em Shakespeare (grifos meus, na transcrição).

QUE ETAPA É ESTA, DE BELEZAS E TRAGÉDIAS?

O início da idade adulta é a época em que a maioria das pessoas está no *auge* da força, da energia e da resistência (Papalia e Olds, 2000): é o caso, por exemplo, da grande maioria dos atletas competitivos, nas mais variadas modalidades esportivas.

É também uma etapa de *conquistas* no campo intelectual: Freud tinha 35 anos quando lançou *A interpretação dos sonhos*. William Shakespeare (1564-1616) estava com aproximadamente 37 anos quando produziu *Hamlet* (1600 ou 1602). Seu próprio filho, Hamnet, teria morrido ainda na infância. E John, o pai do poeta, morreu pouco depois, em 1601. É este um ponto interessante: como o jovem adulto William Shakespeare lidou com os seus lutos e o papel psicoterapêutico desempenhado pela peça e, quem sabe, pelo próprio personagem Hamlet.

Steven Spielberg tinha 35 anos quando dirigiu *Os caçadores da arca perdida*. Muitos atores recebem seus *Oscars* nessa etapa da vida. Vincent Van Gogh pintou sua primeira obra-prima, *Os comedores de batatas*, aos 32 anos.

Michelangelo produziu *David* aos 29 anos, e a decoração do teto da Capela Sistina, aos 37 anos. Nessa mesma idade, Dante Alighieri, exilado de Florença,

começou a escrever a *Divina comédia*, que, presumivelmente, pode ter servido, também, para o autor elaborar suas crises vitais, evolutiva (a idade) e acidental (o exílio). Esta é uma das hipóteses de Elliot Jaques (1980) em seu estudo de pessoas criativas, das suas transformações na vida adulta inicial e crise da meia-idade e das suas relações com a morte. Este autor diz que nessas pessoas os fenômenos psicológicos são mais salientes (além de, obviamente, mais visíveis e passíveis de estudo, pelos dados biográficos disponíveis), daí a vantagem do seu estudo.

Os Beatles estouraram no mundo nessa fase. Muitos líderes de bandas (Kurt Cobain, etc.) chegam ao *auge* de suas carreiras e *morrem* nessa idade, repetindo os poetas do século XIX. Eric Clapton, originalmente da banda *Cream*, é sobrevivente de uma geração em que vários músicos morreram ainda jovens.

Kay Redfield Jamison (1995), nascida em 1946, atualmente professora de psiquiatria na Johns Hopkins e destacada pesquisadora no campo dos transtornos do humor, concluiu seu doutorado, ingressou como docente na UCLA, teve um surto psicótico e grave tentativa de suicídio por volta dos 30 anos (talvez tudo isso em apenas cinco anos!). Por quê? Que cenários internos e externos contribuíram para tanto? Sua biografia, além de esclarecer essas questões, é também um exemplo da interação dos fatores genéticos e ambientais, na determinação do seu transtorno afetivo bipolar.

Por que Sylvia Plath, poetisa, e Alvarez (1990), crítico de literatura e seu amigo, tentaram suicídio perto dos 30 anos, ela morrendo e ele se salvando, ambos por detalhes?

Tanto o estudo psicanalítico de Elliot Jaques quanto o neurobiológico de Kay Jamison (*Touched with fire*, 1993) trazem hipóteses para essas relações entre a criatividade e a morte (ou alto risco, como nos casos de Eric Clapton, da própria Kay Jamison e Alvarez) ainda na idade de adulto jovem. *Le Feu follet* (fogo fátuo), nome original do filme *Trinta anos esta noite*, é uma quase perfeita alusão à hipótese de Elliot Jaques para explicar a correlação alta criatividade ou importantes mudanças (como em J.S. Bach) e morte prematura em artistas (e outras pessoas criativas). O período dos 35 aos 39 anos, segundo o autor, seria uma idade típica para os dois fenômenos: auge (glória) e/ou morte. Nesse período, morreram Mozart, Chopin, Rimbaud, Baudelaire e outros. Jaques entende que “há um paradoxo nesta etapa de adulto jovem: a pessoa chega ao seu apogeu, plenitude, mas, ao mesmo tempo, o auge tem data marcada para terminar – a morte está do outro lado”, isto é, as conquistas psicológicas do adulto jovem se acompanham de uma maior consciência da mortalidade (Jaques, 1980; p. 214).

Kay Jamison (1993), em seu estudo sobre a doença maníaco-depressiva e o temperamento artístico, investiga as biografias e/ou outros dados (internações psiquiátricas, suicídios e tentativas de suicídio) de escritores, artistas e compositores com provável ciclotimia, depressão maior ou doença maníaco-depressiva. A lista é de aproximadamente duas centenas de pessoas criativas, entre elas Antonin Artaud, William Blake, T.S. Eliot, Hölderlin, Victor Hugo, Keats, Mayakovsky, Hans Christian Andersen, Honoré de Balzac, Sylvia Plath, Charles Dickens,

Herman Hesse, Emile Zola, Mahler, Rachmaninoff, Charles Parker, Cole Porter, Gauguin, Van Gogh, Michelangelo e tantos outros.

Como é amplamente documentado na literatura, o risco de suicídio é maior no caso de bipolares do que em unipolares. Considerando a hipótese de Jaques e os dados de Kay Jamison, vale citar a hipótese de um paciente (não bipolar, mas preocupado tanto com a criatividade quanto com a doença mental grave): a defasagem, muitas vezes abrupta, entre o estado maníaco (euforia) e a depressão seria a razão para o maior número de suicídios nos bipolares. A hipótese é interessante porque, sem *con-fundir*, ela permite articular dois modelos explicativos: o psicanalítico de Jaques e o neurobiológico de Jamison.

Dentro deste tema – a frequência dos transtornos afetivos ou do humor nesse período da vida – é importante lembrar que os transtornos esquizofrênicos também costumam surgir nos primeiros anos do adulto jovem, especialmente no caso de homens, conforme dados de Häfner e colaboradores (1998 e 1999): o primeiro sinal da doença aparece aos 22,5 anos em homens, e aos 25,4 em mulheres; o primeiro episódio (máximo de sintomas positivos), aos 27,8 (homens) e 32,1 (mulheres); a primeira internação, aos 28,2 (homens) e 32,2 (mulheres). Uma pesquisa interessante seria verificar se as modificações socioculturais nas questões de gênero têm influência nesses números: os estresses dos homens jovens são (ainda) maiores do que no caso das mulheres? Estas têm melhores fatores protetores?

É também a idade de início ou de agravamento do abuso e dependência de drogas, começado na adolescência, às vezes com substituição de drogas, conforme dados de Vaillant (1997). Ampliando o campo, idade de mortes violentas, como já foi dito no início deste capítulo: suicídios, homicídios (brigas, assaltos) e acidentes de trânsito. Ocasão e motivo, portanto, de pensar em medidas preventivas, pessoais, comunitárias e institucionais, quando, por exemplo, considerarmos a frequência de mortes em festas e recepção de calouros e festas de encerramento de cursos universitários. É como se, em tempos de paz, os jovens – principalmente os de sexo masculino – morressem nas cidades e estradas, transformadas em verdadeiros “campos de batalha”. Vejam-se alguns dados a seguir.

Pesquisando dados recentes (1999) do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria Municipal de Saúde, as *mortes por agressão* (arma de fogo) ocupam o primeiro lugar nos óbitos entre 20 e 40 anos, em Porto Alegre: 164 homens e 8 mulheres. Em quarto lugar, estão os *acidentes de trânsito*: 58 homens e 7 mulheres.

Os dados de São Paulo, relativos a 1996, não são muito diferentes: *homicídios*, em primeiro lugar, dos 15 aos 24 anos (734 homens e 65 mulheres) e dos 25 aos 34 anos (694 homens e 37 mulheres), passando para segundo lugar dos 35 aos 49 anos (382 homens e 37 mulheres), quando a *AIDS* passa para o primeiro lugar. Os *suicídios* estão em quarto lugar dos 15 aos 24 anos (31 homens e 12 mulheres). Os *acidentes de trânsito* estavam em primeiro lugar dos 5 aos 14 anos, indo para segundo dos 15 aos 24 anos (118 homens e 29 mulheres) e para terceiro na faixa dos 25 aos 34 anos.

Nos Estados Unidos, tendo como fonte secundária Papalia e Olds: segundo dados de 1993, os *acidentes* ocupam o segundo lugar entre as principais causas de morte entre 25 e 44 anos. *Suicídios e homicídios* ocupariam o quinto lugar, depois do câncer e das doenças cardíacas. Mas, citando Fingerhut e Kleinman (JAMA, 1990), os autores antes citados escrevem que “três quartos (75%!) das mortes nos Estados Unidos (no caso de jovens) envolvem armas, comparadas com apenas um quarto daquelas em países com controle de armas mais rigoroso”.

Ampliando ainda mais o campo, esta é a idade da *AIDS* e de outras DSTs. Usando a mesma fonte, SIM 1999, temos *doença por HIV* ocupando o segundo e o terceiro lugar nas causas de óbitos entre 20 e 40 anos: 118 homens e 40 mulheres e 80 homens e 25 mulheres.

Nos dados de São Paulo (1996), a *AIDS* aparece em terceiro lugar dos 15 aos 24 anos (45 homens e 28 mulheres), sobe para segundo dos 25 aos 34 anos (384 homens e 122 mulheres) e chega ao primeiro na faixa dos 35 aos 49 anos.

Nos Estados Unidos, segundo os dados de 1993, a *AIDS* é a principal causa de morte das pessoas entre 25 e 44 anos, com os homens tendo cinco vezes mais chance de serem infectados.

Os dados são por demais impressionantes quanto aos riscos que rondam os adultos jovens, especialmente do sexo masculino, merecendo um estudo à parte. No entanto, esta seção não pode ser encerrada sem lembrar que as doenças coronarianas e cerebrovasculares, principais causas de morte na população maior de 50 anos, são doenças crônicas, que começaram *antes* dos 50 anos. O mesmo vale para as doenças pulmonares, bronquite, enfisema e asma, segunda causa de morte na etapa seguinte à do adulto jovem.

O CENÁRIO DA SEXUALIDADE, DA INTIMIDADE E DO AMOR

Eu sou o que sou; a vida é o que é. O que isso tem a ver com felicidade?
[uma pessoa que ignora o que é amar] (Freire Costa, 1999)

Essa é a idade de amizades e de namoros diferentes dos da adolescência. Nela, muitas pessoas vão casar, conceber, gestar, parir e amamentar filhos. Cabe destacar que, dados os avanços na reprodução humana, hoje, cada uma dessas etapas pode ser feita por uma mulher diferente e, na clonagem, mesmo *sem* uma mulher, provocando profundas repercussões no cenário da sexualidade, da intimidade e do amor. Muitas dessas repercussões só serão conhecidas mais adiante. Contudo, na seqüência mais comum, as pessoas, ainda na condição de adultos jovens, vão acompanhar seus filhos na infância e pelo menos em uma parte da adolescência (por exemplo, tendo o primeiro filho aos 22 anos, seus pais estarão com 37 anos quando ele tiver 15 anos). E também a idade de, eventualmente, perder os pais, vê-los aposentados, por idade ou doença incapacitante (adulto jovem com 37 anos, seguindo o exemplo anterior, com pai/mãe aos 60 anos, portanto 35 anos ou mais de profissão; 60 anos dos pais do adulto jovem: idade de doenças cardiovasculares, pulmonares, neoplasias,

colagenoses ou mentais crônicas). Isso também contribui para o paradoxo apontado por Elliot Jaques, na questão auge/morte das pessoas criativas. É a idade de se separar dos pais (terceira individuação, ruptura), indo morar sozinho, com colegas, amigos, companheiro, nova família.

Examinemos, então, as dificuldades de amar do adulto jovem.

O tema do adulto jovem aparece na literatura do século XIX, por exemplo, em *A mulher de trinta anos*, de Balzac. A leitura de alguns capítulos é instigante, por sugerir algumas supostas ou reais diferenças de gênero na época e para comparar o que é ter trinta anos hoje – homem e mulher – e trinta anos naquele século ou em outras épocas. Sugere também que alguns dos problemas apontados hoje na cultura contemporânea já estavam sendo indicados por Balzac, apesar das mudanças de cenários. Esses problemas são relativos à intimidade, à sexualidade, ao erotismo e ao amor e às suas transformações, dentro do cenário da cultura contemporânea. Esta parece favorecer o narcisismo, como já apontado por Christopher Lasch em *A cultura do narcisismo* e, recentemente, em uma bela pesquisa de Mônica do Amaral (1997). O narcisismo dificulta a individuação e a intimidade, favorecendo o isolamento e daí os obstáculos para o amor. A autora citada mostra que a modalidade de narcisismo contemporâneo favorece o individualismo, “privando o narcisismo – concebido essencialmente por Freud como um processo universal e necessário à constituição e formação do ego – do seu objeto primordial de investimento” (Amaral, p. 18).

Com as ressalvas já feitas quanto ao enfoque biologizante da psicologia do Ego de Erikson, seus conceitos continuam válidos e úteis para a compreensão não só do adulto jovem, mas particularmente da sua crise evolutiva específica: *intimidade versus isolamento*. Nas suas palavras, o indivíduo seguro da sua identidade pode agora arriscar-se nas relações de intimidade, que Erikson define como “a capacidade de se confiar a filiações e associações concretas [reais] e de desenvolver a força ética necessária para ser fiel a essas ligações [ou vínculos] mesmo que elas imponham sacrifícios e compromissos significativos...”. A pessoa pode ser capaz de “enfrentar o temor da perda do ego em situações que exigem auto-abandono: na solidariedade das filiações íntimas, nos orgasmos e uniões sexuais, na amizade íntima” e outras situações. Um tipo comum de “caverna” pode então resultar da “evitação de tais experiências, devida ao temor da perda do ego [que] pode conduzir a uma profunda sensação de isolamento e uma conseqüente auto-absorção” (Erikson, 1976; p. 242-3). O isolamento pode ser fóbico (medo de se expor), paranóide (medo de ser atacado), esquizóide (retraimento excessivo social e emocional), narcísico (“eu me amo”, “eu me basto”, “o outro não existe”), depressivo (baixa auto-estima, como na frase do Groucho Marx, popularizada por Woody Allen, “eu não seria sócio de um clube que me aceitasse como sócio”), compulsivo (ênfase na perfeição e no trabalho, em detrimento das relações afetivas) e histérico (sedução, superficialidade, viver fantasias ou ilusões). É óbvio, pensando na variabilidade e singularidade humanas, que este é apenas um esquema prático, servindo, talvez, para dar uma idéia – ainda que superficial – de que não existe só uma maneira de um adulto jovem isolar-se do outro e da realidade.

Uma observação muito interessante – e importante – de Erikson é quando ele se refere ao *isolamento a deus*, em que ambos os membros do par amoroso se protegem do envolvimento emocional, criando obstáculos para superar a próxima crise *generatividade versus estagnação*.

A discussão quanto à genitalidade ficou comprometida, nesse texto de Erikson, pelo fato de o autor não considerar a hipótese de uma relação amorosa que não seja heterossexual e pelo seu enfoque epigenético, como já escrevi em outro lugar (Osório, 2000a).

O personagem de Bruce Willis no filme *Duas vidas* pode ilustrar as nossas questões: um sujeito bem do ponto de vista de *status* econômico e financeiro (as aparências), mas mal do ponto de vista da intimidade: um *workaholic*, sem amigos, sem amor, às vésperas de completar 40 anos e que desistira dos seus sonhos da infância e adolescência. O filme mostra alguém que “perdeu o contato”, “isolou-se” em relação a si mesmo, à sua própria “criança”. Não tinha intimidade consigo mesmo. E, por falar em sonhos, já que se falou tanto em realidade e no poder das fantasias, pode ter surgido uma contradição ou paradoxo. É um bom momento para esclarecer que uma pessoa saudável vive na realidade e tem sonhos e fantasias. A patologia estará em viver *sonhos e fantasias* ou em viver *nos sonhos e nas fantasias*.

Neste campo, da intimidade, da sexualidade, do amor e do erotismo e das suas transformações na cultura e sociedade contemporâneas, um autor que merece ser lido e estudado é Anthony Giddens (1992), que examina também as questões de gênero e de hetero e homossexualidade.

No que ele chama de relacionamentos “viciados” (patológicos, compulsivos) há uma *obsessão de encontrar “alguém para amar” e necessidade de uma gratificação imediata*, ao passo que nos relacionamentos íntimos (saudáveis) encontraremos o *desenvolvimento do eu* (da subjetividade e suas re-criações: lembre-se de Shakespeare e Freud) “como a principal prioridade, além de um desejo de *satisfação a longo prazo*, com o relacionamento desenvolvido passo a passo e com liberdade de escolha” (Giddens, p. 107). Esta última questão será examinada em mais detalhes, a partir de Jurandir Freire Costa (1999), com seus estudos sobre o amor romântico, parte de uma pesquisa sobre sexualidade realizada no Instituto de Medicina Social da UERJ, na década de 90. Nela, o autor esclarece que, no amor, “a dificuldade, entretanto, emerge, porque um dos principais pleitos (ou requisitos) amorosos – a liberdade de escolha – é internamente contraditório. Queremos que a pessoa amada seja livre para nos desejar, mas, sendo livre, pode escolher outro parceiro. A liberdade do outro se torna fonte de desafio, ciúme e vontade de domínio. Se o outro, no entanto, abre mão de sua autonomia, perde o atributo, por excelência, da desejabilidade, a livre decisão de nos amar. O ciclo é infundável”. (Freire Costa, p. 145, baseado em Otávio Paz). Sendo ambos os autores homens, seria importante ver essa questão do ponto de vista da mulher.

A vontade de domínio referida anteriormente pode ser relacionada com o que escreveu Anthony Giddens (1993) sobre as reações masculinas diante dos novos papéis femininos, da sua autonomia e da sua liberdade. Nas suas palavras, “à medida que este controle [dos homens] começa a falhar, observamos mais cla-

ramente o caráter compulsivo da sexualidade masculina – e este controle em declínio gera também um fluxo crescente da violência masculina sobre as mulheres. No momento, abriu-se um abismo emocional entre os sexos, e não se pode dizer com qualquer certeza quanto tempo ele levará a ser transposto” (Giddens, p.11). Outra reação masculina tem sido uma maior procura de psicoterapia e psicanálise por parte dos homens, observável pelo menos em alguns consultórios e em publicações sobre a masculinidade.

O CENÁRIO DO MUNDO DO TRABALHO

Meu quadro (Os comedores de batatas) exalta assim o trabalho manual e o alimento que eles próprios ganharam honestamente (Van Gogh, 1885).

O adulto jovem é a idade de consolidar passos na profissão talvez escolhida ainda na adolescência, tantas vezes inscrita no mundo interno, intrapsíquico, a partir dos “cenários” da infância. É o tempo dos primeiros empregos, de ganhar dinheiro, às vezes colaborando, também, no sustento de outros. Citando a área da saúde, é a época da graduação em Medicina, Psicologia, Odontologia, Enfermagem e outros cursos, com tempo ainda para mestrado e doutorado e, em alguns casos, até mesmo o pós-doutorado.

Será que a nova economia afeta a saúde mental dos adultos? Ou, como anda a vida adulta na economia neoliberal? Em participação sobre o tema do ciclo vital (Osório, 1999), tentei responder a tais perguntas, valendo-me do cinema e de um livro de Richard Sennett:

No último filme de Stanley Kubrick, há um diálogo entre o médico bem-sucedido, *Bill Hartford* (Tom Cruise), e *Nick Nightingale*, o pianista que trabalha de olhos vendados e só sabe se e onde vai trabalhar uma hora antes. Este vive no que se chama eufemisticamente de “economia informal” (que pode incluir, em português claro, “bicos” e subemprego). *Nick* fora colega de *Bill* na faculdade e abandonou o curso. Segundo alguns espectadores, a cena é a única em que o ator principal muda realmente a sua expressão facial. No diálogo entre ambos, o médico *realmente não consegue entender* a situação do seu amigo na economia neoliberal ou no novo capitalismo, para usar a expressão de Sennett.

Neste atual cenário – seja brasileiro, norte-americano, etc. –, com suas conhecidas diferenças os modernos locais de trabalho promovem o *comportamento a curto prazo*, o *enfraquecimento da lealdade* e os *valores de camaleão*. Estes incluem os dois ou três discursos, conforme as audiências, os critérios e as decisões “éticas” variáveis de acordo com os índices da inflação e da maior ou menor flexibilidade das bandas cambiais. A família, pelo contrário, enfatiza a obrigação formal, a confiança, o compromisso mútuo e o senso de objetivo, todos, segundo o autor citado, virtudes a longo prazo (Sennett, 1999).

Note a semelhança dessas questões da área do trabalho com as do outro cenário, do amor e da sexualidade: a busca da satisfação a curto prazo, o fracasso

na lealdade amorosa e as dissimulações (que Balzac apontara já por volta de 1830) ou os fingimentos ou vidas de ficção da cultura contemporânea.

Pode-se aproveitar um erro (*intimidade versus estagnação*) do capítulo "Idade adulta" de Calvin Colarusso (Sadock e Sadock, 2000), onde ficaram imbricadas as crises do adulto jovem (*intimidade versus isolamento*) com a crise da idade seguinte (*generatividade versus estagnação*): ele também serve para mostrar, ainda que involuntariamente, que os dois cenários se imbricam, que o fracasso em alcançar a intimidade não se reflete apenas no campo do amor e da amizade.

COMENTÁRIOS FINAIS

Este capítulo não pretende substituir o estudo nas suas referências ou fontes primárias, particularmente os capítulos de Erikson, Lidz, Papalia e Olds e Colarusso, além dos livros de Giddens, Sennett, Freire Costa e Harold Bloom. Não obstante, como foi antecipado em vários momentos, vale aqui, como conclusão e *reconhecimento*, uma breve síntese de Colarusso, responsável pelo capítulo da idade adulta nas duas últimas edições do conhecido Kaplan e Sadock.

Para este autor, nem o conceito de fases ou estágios (Freud, Erikson), nem o de processos evolutivos, seriam satisfatórios para definir as experiências que modelam *a mente em evolução* na vida adulta. Recordemos a metáfora da viagem de trem e dos movimentos do passageiro (estrutura com transformações e processo). Colarusso propõe a inclusão do conceito de *tarefas evolutivas* do adulto jovem e maduro, para se referir às maiores ou principais experiências da vida nessa etapa, que produzem mudanças intrapsíquicas em todas as pessoas desse grupo. São elas o trabalho, a paternidade/maternidade e a aposentadoria (esta no caso do adulto maduro). Mas, antes de enunciar as tarefas, é fundamental que o leitor não pense nelas como tarefas comportamentais, externas.

TAREFAS EVOLUTIVAS DO ADULTO JOVEM (20 A 40 ANOS)*

1. Desenvolvimento de um sentido do *self* e do outro – a terceira individualização, com busca do preenchimento das lacunas deixadas pelas duas outras (infância e adolescência). Ele permite uma separação psicológica dos pais da infância e uma (relativa) auto-suficiência no mundo adulto; facilita a relação de reciprocidade com os pais.
2. Desenvolvimento de amizades adultas, mais difíceis de serem mantidas, diferentes daquelas da adolescência. Amizades com pessoas de diferentes idades, e de diferentes *backgrounds*. ("Não vale" só pessoas da mesma idade, da mesma profissão, do mesmo nível sócio-econômico-cultural, etc.)

*Colarusso, 1995, 2000, com modificações

3. Desenvolvimento da capacidade para a intimidade emocional e sexual. Rever a crise conforme Erikson: intimidade *versus* isolamento (resultado: amor e filiação).
4. Tornar-se pai ou mãe em termos biológicos e psicológicos, capacidade esta baseada em antecedentes ou conquistas desenvolvimentais prévias: identidade de gênero nuclear na infância, consciência da diferença entre os sexos, resolução saudável do Édipo, integração, na fase da latência, de atitudes pessoais, familiares e sociais em relação à masculinidade e feminilidade, evolução da vida sexual na adolescência e experiências evolutivas de sexo e intimidade na fase de adulto jovem. (*Engravidar pode até ser fácil; difícil é ser pai ou mãe.*)
5. Formação de uma identidade profissional adulta, encontrando um lugar gratificante no mundo do trabalho. (Atenção para as diferenças entre trabalho, emprego e subemprego na nova economia. Rever Sennett, já citado, e outros autores.)
6. Desenvolvimento de formas adultas de brincar. Manter-se em contato com "a criança de cada um de nós"; não esquecer que o brincar é a base do inventar, do criar, do descobrir, essenciais na atividade artística e científica.
7. Tomada de consciência da limitação do tempo e da morte pessoal, de forma integrada. (Rever a hipótese de Elliot Jaques: auge *versus* morte nas pessoas criativas entre os 35 e 39 anos.)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Débora Gonçalves da Silva, Deise Marcela Piovesan, Denise G. da Silva Machado, Lívia Smidt e Thaís Millán, acadêmicas de Medicina, alunas de DAI em 2000/I, pelas suas sugestões e, principalmente, pelo seu entusiasmo e disposição. Agradeço também aos alunos de sucessivas turmas de DAI, pelas críticas aos conteúdos ou forma de alguns textos ou indicações bibliográficas para esta disciplina. E a Ticiano e Marília Borges Osório, meus filhos, pelas valiosas colaborações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, A. *O Deus selvagem: um estudo do suicídio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- AMARAL, M. do *O espectro de Narciso na modernidade de Freud a Adorno*. São Paulo: Estação Liberdade-Fapesp, 1997. (Doutorado PUC-Paris, CNPq).
- BALZAC, H. de. *A mulher de trinta anos*. Portugal: Ed. Europa-América, [s/d], 1828-1844. p. 84-102 (Aos 30 anos) e 157-169 (Velhice de uma mãe culpada).

- BLOOM, H. (1998). *Shakespeare: a invenção do humano*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2000. p. 861-896.
- BOLLAS, C. *Hysteria*. New York: Routledge, 2000. p. 74.
- COLARUSSO, C. Idade adulta. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (1995) *Tratado de psiquiatria*. 6.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999. Cap. 48, p. 2702-2713.
- _____. Adulthood. In: SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. Cap.50, p. 2962-2968.
- COSTA, J.F. *Sem fraude nem favor; estudos sobre o amor romântico*. 3.ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. (1963) (Baseado em pesquisa sobre sexualidade e amor, UERJ, CNPq.)
- ERIKSON, E. (1963) As oito idades do homem. In: _____. *Infância e sociedade*. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. Cap. 7, p.227-253.
- GIDDENS, A. *A transformação da intimidade; sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Unesp, 1993.
- GOLDIM, J.R. *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. 2.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. p. 11-20.
- GREENBERG, J.R.; MITCHELL, A.S. (1983) Relações objetais [de objeto] e modelos psicanalíticos. In: _____. *Relações objetais [de objeto] na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1994. Cap. 1, p.5-13.
- HÄFNER, H. *et al*. Onset and prodromal phase as determinants of the course. In: GATTAZ, W.F.; HÄFNER, H. (eds.) *Search for the causes of schizophrenia*. v.IV. Balance of the century. Berlim: Springer, 1999. p. 38.
- JAMISON, K.R. *Uma mente inquieta*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- _____. *Touched with fire; maniac-depressive illness and the artistic temperament*. New York: Free Press, 1993. p. 267-270.
- JAQUES, E. The midlife crisis. In: POLLOCK, G.H.; GREENSPAN, S.I. *The course of life: early adulthood*. v.V. Madison: International Universities, 1980. Cap. 7, p. 201-231.
- KAPLAN, H.S. (1995) *Transtornos do desejo sexual: regulação disfuncional da motivação sexual*. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.
- LIDZ, T. (1980) O adulto jovem. In: _____. *A pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1983. Cap. 11, p. 378-392.
- LEWIS, M.; VOLKMAR, F.R. Early infancy: the first year. In: *Clinical aspects of child and adolescent development: an introductory synthesis of developmental concepts and clinical experience*. 3.ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990. p. 126-151. (Editado por Artes Médicas Sul (Artmed), 1993, sob o título *Aspectos clínicos do desenvolvimento da infância e adolescência*. Citação: p. 139.)
- MARTIN, J. (1988) *Quem vou ser desta vez?* São Paulo: Siciliano, 1990.
- MOORE, B.E.; FINE, B.D. *Termos e conceitos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1992. p. 139-141.
- OSORIO, C.M.S. A idade adulta no ciclo vital: revisão de contribuições contemporâneas. Participação em Mesa-Redonda/XI Jornada Anual do IEPP, Um olhar clínico sobre o ciclo vital. Porto Alegre, 17-18, setembro, 1999. (manuscrito)

- _____. Olhando o ciclo vital: processo (tempo linear) e estrutura (atemporalidade do inconsciente). *Revista do IEPP* 2(2): 129-135, 2000a. (Participação em Mesa-Redonda, XI Jornada Anual do IEPP, 17-18, setembro, 1999.)
- _____. *O diagnóstico psiquiátrico nosográfico (CID-10) e o diagnóstico psicanalítico na psiquiatria: convergentes, divergentes, complementares? Quando, como e por quê?* Participação em Mesa-Redonda, XX Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica. Gramado, 2000b. (manuscrito)
- PAPALIA, D.E.; OLDS, S.W. (1998) *Desenvolvimento humano*. 7.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. Caps. 12 e 13 (Desenvolvimento físico e cognitivo e desenvolvimento psicossocial do jovem adulto), p. 369-428.
- PERSON, E.S. *O poder da fantasia: como construímos nossas vidas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 1999.
- SARAMAGO, J. *A caverna*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- _____. *Entrevista*. Susana Vernieri. ZH, Segundo Caderno, 9 de dezembro, 2000. p.7-9.
- SENNETT, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- VAILLANT, G. As adições ao longo da vida: implicações terapêuticas. In: EDWARDS, G.; C. e cols. *Psicoterapia e tratamento das adições*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1997. Cap. 1, p. 5-18.
- VERISSIMO, L.F. O MENDONCINHA. In: *As noivas do Grajaú*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999. p. 69-71.

Idade Adulta: Meia-Idade

Regina Margis, Aristides Volpato Cordioli

A meia-idade é uma fase do ciclo vital que se estende aproximadamente dos 40 aos 60 anos. A transição do adulto jovem para o de meia-idade é lenta e gradual, sem modificações abruptas físicas ou psicológicas. Resumir e reavaliar são características marcantes do período, mesmo quando não levam a quaisquer mudanças notáveis. Segundo Levinson (1974), a auto-avaliação não se refere apenas ao atingir ou não as metas, mas também às satisfações interiores, em considerar se o que a pessoa conseguiu é compatível ou não com os seus sonhos e idéias anteriores.

Nestes anos, adultos intermediários, a maioria das pessoas progride na carreira profissional, na vida conjugal e familiar, nas áreas cívico e socioeconômica, tendendo a ocorrer a consolidação dos ganhos anteriores.

De acordo com a concepção de Erikson dos oito estágios do ciclo vital, na meia-idade o indivíduo encontra-se no estágio psicossocial: *generatividade versus estagnação*. O termo generatividade aplica-se não tanto a criar e ensinar a própria prole, mas à preocupação protetora por todas as gerações e instituições sociais. Segundo Erikson, generatividade designa principalmente a preocupação em estabelecer e orientar a geração seguinte. A partir de um comportamento generativo a pessoa é capaz de passar adiante conhecimentos e habilidades. A virtude associada nesse estágio é o cuidado. Os aspectos duradouros da formação de identidade são: liderança e partidarismo versus abdicação da responsabilidade.

Considerando o proposto por Erikson, uma falha na generatividade pode significar uma estagnação pessoal. A estagnação pode estar mascarada em dife-

rentes comportamentos da pessoa. Pode ocorrer uma crise na meia-idade, e as conseqüências são percebidas nos próprios indivíduos, nos que os cercam e nas diferentes organizações que deles dependem.

AS TAREFAS EVOLUTIVAS DA MEIA-IDADE

As tarefas evolutivas da meia-idade são:

- aceitação do corpo que envelhece; ✓
- aceitação da limitação do tempo e da morte pessoal; ✓
- manutenção da intimidade; ✓
- reavaliação dos relacionamentos; ✓
- relacionamento com os filhos: deixar ir, atingir igualdade, integrar novos membros; ✓
- relação com seus pais: inversão de papéis, morte e individuação; ✓
- exercício do poder e posição: trabalho e papel de instrutor; ✓
- novos significados, habilidades e objetivos dos jogos na meia-idade; ✓
- preparação para a velhice. ✓

TRANSIÇÃO E CRISE NA MEIA-IDADE

A transição na meia-idade é um fenômeno evolutivo normal quase universal. A crise na meia-idade é um estado patológico vivenciado por poucos. Colarusso (2000) cita que a "transição consiste numa avaliação intrapsíquica de todos os aspectos da vida, precipitada pelo reconhecimento crescente de que ela é finita. Essa transição passa pela reavaliação de diversos aspectos da vida, pela necessidade de tomar decisões para a manutenção de estruturas como o casamento, a família, as amizades e a carreira, que foram construídas ao longo dos anos.

Na meia-idade, também pode ocorrer um período de crise ou de ruptura. O conflito se estabelece entre manter tais estruturas, abdicar de sonhos mais ambiciosos ou fantasias, satisfazendo-se com o que foi obtido, ou a ruptura, para novas tentativas seja na vida profissional, amorosa ou familiar. A crença subjacente pode ser a de que esta é a última oportunidade: adiar será tarde demais". Para aqueles que entram na meia-idade com uma patologia significativa e um sentimento de frustração com suas realizações, enfrentar a tarefa evolutiva de perceber a limitação do tempo e a própria morte pode precipitar sintomas que configuram uma verdadeira crise pessoal, de natureza psicológica e existencial: a crise da meia-idade.

Segundo Elliott Jacques (1966), a crise em relação à capacidade criadora pode expressar-se de três formas diferentes: a carreira criadora pode acabar; pode mostrar-se pela primeira vez ou pode produzir-se uma mudança decisiva na qualidade e no conteúdo da criatividade. O trabalho criador no adulto maduro, algumas vezes, pode

parecer não elaborado externamente, no entanto, o que parece uma criação rápida e não elaborada é geralmente uma reelaboração de temas que já haviam sido trabalhados anteriormente ou que foram emergindo lentamente ao longo dos anos de trabalho.

No desfecho da crise, pesam diferentes fatores, como o grau de satisfação ou insatisfação com o que foi obtido; o grau de confiança em si mesmo e as expectativas de sucesso; a auto-estima; a capacidade de correr riscos e conviver com incertezas. Em resumo: a solidez das estruturas de ego, estabelecidas ao longo das etapas anteriores. Há o predomínio de defesas mais maduras, o estabelecimento de uma identidade própria, autonomia, ter completado ou não de forma satisfatória o processo de separação/individuação, a integridade pessoal, o predomínio de formas mais ou menos adaptativas de lidar com os desafios e medos próprios de cada fase, etc. Pesam ainda o grau de exigência consigo mesmo, a coerência entre pensar/sentir/agir e a intolerância com a discrepância ou incoerência entre esses diferentes níveis. Indivíduos com déficits em tais estruturas, mesmo em altos níveis de insatisfação, por desacreditarem em suas capacidades e seus potenciais, podem preferir a estagnação, a acomodação a situações insatisfatórias como forma de fuga de conflitos e evitar um aumento da ansiedade, solução que acarreta uma redução da auto-estima, insatisfação, desesperança e quadros depressivos. Podem recorrer ainda a soluções paliativas como relacionamentos paralelos, abandonos intempestivos de carreiras profissionais promissoras, rupturas com antigos relacionamentos e amizades, muitas vezes, de forma impensada ou até mesmo desadaptativa e, em outras, de forma criativa e renovadora.

Elliott Jacques (1966) ressalta que o cenário psíquico entre a realidade e a inevitabilidade da própria morte é ponto central e básico dessa fase, que caracteriza a natureza crítica desse período. Segundo o mesmo autor, a reação de cada um frente ao enfrentamento da metade da vida com a realidade da própria morte a qualquer momento, seja a capacidade para enfrentar esta realidade ou a negação da mesma, encontra-se intensamente influenciada pela relação inconsciente infantil que se possui com a morte, relação que depende da etapa e da natureza da elaboração da posição depressiva.

A aceitação da limitação do tempo pode estimular uma maior apreciação de valor de relacionamentos, uma reavaliação dos objetivos e um ordenamento de prioridades.

ALTERAÇÕES FÍSICAS

As mudanças físicas, nessa fase, provocam um efeito significativo do ponto de vista psicológico. Com o envelhecimento, pensamentos, sentimentos a respeito da idade corporal, falhas de memória e da capacidade de raciocínio são mais frequentes. Preocupações com o disfarçar/esconder a idade podem ser observadas e, muitas vezes, provocar uma busca de cirurgias plásticas ou de longos períodos em academias, que pode ser excessiva. O envelhecimento, o declínio de capacidades físicas como déficits visuais, a diminuição da força física e da agilidade, o evidente aumento do aparecimento de doenças na própria pessoa e nos contemporâneos e a ocor-

rência de mortes devido a estas começam a fazer parte das vivências dessa fase da vida e, muitas vezes, são acompanhados de intensa ansiedade.

As taxas de mortalidade e morbidade permanecem baixas até aproximadamente os 50 anos, quando passa a se observar uma aceleração progressiva. As principais causas de morte modificam-se com a idade. As mortes violentas por acidentes ou suicídio são a causa principal de morte nas fases anteriores. A partir dessa idade, as doenças degenerativas, as cardiopatias e o câncer (de mama e próstata) tornam-se mais proeminentes, bem como as mortes que causam.

Além desses aspectos, também é um período de elevada ocorrência de transtornos psiquiátricos, como depressão, transtornos mentais orgânicos, alcoolismo e diminuição do interesse sexual.

ALTERAÇÕES HORMONAIS

As alterações ocorrem tanto na aparência, com mudanças facilmente identificáveis como a cor do cabelo e alteração no aspecto da pele, como internamente, como, por exemplo, as alterações hormonais nas mulheres.

Os aspectos que envolvem o período do climatério receberam atenção crescente nas últimas décadas. O climatério é uma fase de transição da vida reprodutiva para a não-reprodutiva. A menopausa é o último período menstrual identificado retrospectivamente após 12 meses de amenorréia.

Wender e colaboradores (1996) citam que esse é um período de modificações hormonais. Inicialmente, há uma redução da resposta ovariana às gonadotrofinas, processo que envolve depleção dos oócitos e diminuição da produção da inibina. Os níveis de FSH, inicialmente, elevam-se de maneira cíclica. Geralmente, a duração dos ciclos se reduz para 21 a 24 dias, o que se relaciona à diminuição da fase folicular do ciclo menstrual. A maioria dos ciclos é anovulatória, a produção de progesterona cai e a secreção de estradiol é errática; os ciclos anovulatórios podem durar de 14 dias até vários meses. Assim, ocorre uma instabilidade da mulher a respeito do momento da sua próxima menstruação. Há um aumento da secreção de gonadotrofinas no climatério nos dois ou três anos após a menopausa; após, ocorre um declínio gradual nos 20 a 30 anos seguintes. O ovário pós-menopáusico permanece com sua produção de androstenediona e testosterona; a adrenal também mantém a produção desses hormônios. O estrogênio circulante mais importante na mulher pós-menopáusica é a estrona, cuja principal fonte provém da conversão periférica da androstenediona.

Tendo em mente toda essa alteração hormonal, é esperado que ocorram manifestações clínicas características desse período. Na pré-menopausa a irregularidade menstrual já é freqüente. O sintoma mais típico da mulher climatérica é o fogacho, uma alteração vasomotora que ocorre em até 80% das mulheres e já pode ser observado em mulheres na pré-menopausa. Partes dos epitélios vesical e uretral são estrogênio-dependentes, assim ocorrem alterações como atrofia urogenital provocando queixas como ressecamento vaginal, dispareunia, vaginites

e uretrites atroficas e agravamento da incontinência urinária ao esforço. Também é observada uma perda acelerada de colágeno provocando ressecamento e redução da espessura da pele. Além desses achados, também se observam patologias relacionadas à deficiência estrogênica prolongada como doenças cardiovasculares e osteoporose pós-menopáusicas.

Nos homens, essa transição da meia-idade não é tão claramente percebida. No entanto, também ocorrem alterações em relação ao funcionamento prévio. De acordo com o que é citado por Presti e colaboradores (1998), aproximadamente 50% dos homens sofrem algum grau de impotência a partir dos 40 anos de idade; no entanto, a prevalência não é bem estabelecida. Segundo o *National Center for Health Statistics* (1985), a disfunção erétil está intimamente ligada à idade, com uma incidência de impotência moderada/severa de 1,9% dos homens aos 40 anos e cerca de 25% aos 65 anos de idade.

FAMÍLIA

Como mencionado anteriormente, a meia-idade é um momento em que são feitas reavaliações; nestas, se incluem particularmente os relacionamentos. Por exemplo, quanto ao casamento, dúvidas se devem continuar ou não com os relacionamentos que possuem ou buscar um novo parceiro. Em alguns, esse conflito é ocultado; em outros, se expressa pela ação, como tentativas de separação, casos extraconjugais. Essa decisão geralmente provoca conseqüências não só para as duas pessoas envolvidas, mas também para os filhos, os pais e os parentes mais próximos.

Essa fase pode significar um teste para o casamento, uma vez que os filhos já não mais constituem o principal foco de atenção e o casal está novamente entregue a si só. Para Erik Erikson e Harry Stack Sullivan (1953), a capacidade para intimidade é parte importante do desenvolvimento. Um bom casamento proporciona segurança, pois os parceiros estão certos da afeição da pessoa mais importante para ele ou ela.

Para que a intimidade sexual continue, os parceiros devem aceitar a aparência do outro e continuar a achá-la sexualmente excitante, aceitar as mudanças na sua própria aparência e aceitar as mudanças que ocorrem no funcionamento sexual. Para muitos casais, o ajustamento sexual é mais satisfatório do que quando eram jovens, pois já conhecem as necessidades mútuas e as formas de satisfazê-las.

Nos relacionamentos que se iniciam na meia-idade, além das preocupações reais e imaginárias sobre a diminuição da capacidade sexual e o retraimento emocional, há um aumento das pressões relacionadas ao trabalho, com o sustento de filhos dependentes e, por vezes, de pais idosos, com a manutenção da intimidade que pode ser comprometida pela ausência de um passado em comum ou pelas diferenças que foram-se acumulando ao longo dos anos em função de diferentes progressos nas respectivas carreiras, círculos de amizades, conquistas pessoais, etc.

Os indivíduos com problemas com a sexualidade podem fazer uso do envelhecimento, do trabalho e do relacionamento com os filhos e com os pais idosos

como forma de justificar seu desinteresse, evitando, com o uso da racionalização, o enfrentamento de seus conflitos.

Com o passar dos anos, os filhos passam a ser adolescentes e adultos jovens. Há uma mudança no equilíbrio do poder entre pais e filhos que tende a ser gradual. No entanto, são frequentes os conflitos nessa fase: dificuldades de separação (sobretudo por parte dos filhos), conflitos de poder e autoridade (competição), dificuldades dos pais em confiar e delegar poderes.

Muitos podem sentir inveja da vitalidade dos filhos e reviver de forma ressentida ou deprimida oportunidades perdidas. Os pais devem reconhecer a individuação de seus filhos, propiciando assim a consecução de identidades firmes de ego. Pikunas (1979) cita que, com o crescimento e a independência dos filhos, a mãe pode sentir-se aliviada pela diminuição da carga do trabalho doméstico e da responsabilidade, mas também lamenta e sente um vazio na sua vida – a síndrome do ninho vazio. Ela pode perceber os filhos como ingratos e negligentes em relação a ela que tanto fez por eles.

Com o crescimento dos filhos, muitos tendem a se deparar com a promissora sexualidade dos adolescentes e o declínio da sua. Pais saudáveis lutam com a sua inveja e preocupações conscientes e inconscientes e gradualmente aceitam que seus filhos passarão a ter uma vida sexual ativa.

Aos sogros cabe renunciar à pretensão de estarem na posição de principal objeto de amor na vida dos seus filhos, aceitar o novo parceiro e cultivar sua amizade. Como o cônjuge e o progenitor do mesmo sexo amam a mesma pessoa, forma-se um triângulo semelhante ao triângulo edípico infantil.

O nascimento dos netos pode desencadear em alguns a sensação de estarem velhos. Fiske (1981) reforça que a condição de avô é recebida com prazer por muitos, pois os netos podem servir como substitutos parciais dos filhos “perdidos”. Como os netos possibilitam uma ligação entre o desenvolvimento da meia-idade e os temas da infância, muitos encaram a condição de avô como uma confirmação da renovação ou continuidade biológica. Para alguns, a atração pelos netos não substitui em importância outros interesses extrafamiliares e isso pode ser mal compreendido, surgindo uma fonte de conflitos entre gerações.

O cuidado dos pais é uma tarefa evolutiva difícil, tanto pelos aspectos financeiros e administrativos como pelo fato de forçar, de certa forma, um reexame dos temas da infância, concentrando a atenção nas limitações do tempo e na própria morte. Com essa inversão de papéis, os filhos passam a antever o falecimento dos pais e isso pode estimular uma separação psicológica.

A doença de um dos pais pode constituir a maior fonte de tensão na meia-idade. Há ainda um aumento da ansiedade em face da perspectiva da inversão que irá ocorrer com seus próprios filhos. A esquiwa dessa tarefa evolutiva pode levar a conseqüências psicológicas, incluindo uma depressão de início tardio.

Enfim, se considerarmos que os filhos estão saindo da casa dos seus pais cada vez mais tarde, por diferentes motivos, como dificuldades de trabalho, condição financeira, perspectivas de diminuição do nível de vida, pode-se considerar que os indivíduos de meia-idade têm tido uma sobrecarga por precisarem ainda cuidar dos filhos (25-35 anos) e dos seus próprios pais (70-90 anos).

PROFISSÃO

O trabalho é um organizador psíquico. A meia-idade tende a ser uma época de realizações do exercício do poder, resultado de anos de trabalho. Muitas vezes, as gratificações narcisistas em relação ao trabalho podem ser consideráveis, compensando a realidade diária, podendo acontecer de o trabalho transformar-se na principal fonte de gratificação. Com o progresso na posição ocupacional, o avanço econômico também tende a nivelar-se.

Segundo Lidz (1983), com o passar dos anos, na meia-idade, muitas pessoas, sejam executivos ou trabalhadores braçais, preocupam-se mais em manter a posição e a segurança atingidas em vez de procurar outras oportunidades, mesmo que melhores. Geralmente, com o aumento da idade, a segurança do futuro progressivamente vai tendo precedência sobre a oportunidade, mas nem todos são assim.

Outro aspecto em relação ao trabalho nessa etapa da vida consiste em reconhecer a justaposição da realização e do poder e a aceitação do eventual deslocamento pela próxima geração: o conflito do instrutor que passa o conhecimento para a próxima geração enquanto reconhece que isso levará ao seu eventual deslocamento. Nas pessoas saudáveis, a raiva e a inveja geradas por essa compreensão não são atuadas, são sublimadas no sentido da generatividade. Em alguns indivíduos, podem ocorrer ataques verbais ou atitudes com a intenção de impedir o desenvolvimento e a progressão do outro.

Existem carreiras que chegam ao fim na meia-idade e os que as seguem podem ter dificuldades, se não estiverem preparados. Alguns indivíduos nessa faixa etária perdem o emprego por diferentes razões: a acelerada mudança que se verifica no mercado de trabalho, no qual a atividade em si tem precedência sobre o emprego; as exigências cada vez maiores no que diz respeito à qualificação profissional (domínio de línguas estrangeiras, familiaridade com o uso de computadores), decorrentes das novas tecnologias de produção, como a da automação, por exemplo; a concorrência gerada pela globalização, que obriga a uma diminuição de custos e as próprias mudanças aceleradas do mercado. As pessoas na meia-idade não são bem-vindas em campos nos quais não estão treinadas; já os trabalhadores especializados, muitas vezes, tendem a resistir ao treinamento.

APOSENTADORIA

Um acontecimento relevante dessa fase de vida, pelos seus inúmeros significados, é a aposentadoria. Aguardada, muitas vezes, como uma solução mágica quando a insatisfação ou os conflitos no trabalho são muito intensos ou como a ocasião de realizar os sonhos que não puderam ser realizados nas etapas anteriores, a aposentadoria pode ser vivenciada como uma perda tanto nos aspectos financeiros, como no poder e nas relações sociais vinculadas ao trabalho e, não raro, traz grandes desilusões, sendo desencadeante de desadaptações, crises emocionais ou transtornos psiquiátricos como a depressão, o abuso de álcool e o isolamento social.

Em consequência da aposentadoria, ocorre uma mudança nos papéis que pode ser acompanhada por sentimentos de inutilidade, improdutividade e diminuição da auto-estima, também por característica de nossa sociedade, que tende a valorizar o poder e a produtividade.

Na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, consta do seu Capítulo II, Artigo 7º, inciso XXIV, que a aposentadoria é um direito dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria da sua condição social. Na Constituição, nos seus Artigos 40 e 201, são expostos aspectos referentes à aposentadoria e seus proventos. No entanto, observa-se que a vasta maioria das pessoas, apesar do direito assegurado na Constituição, tem dificuldade de se manter com os proventos da aposentadoria, ocorrendo, muitas vezes, inclusive um declínio financeiro.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Uma das tarefas importantes da meia-idade é a preparação para a chamada terceira idade ou velhice (fala-se já na quarta idade). Algumas providências são essenciais para compensar as perdas ocorridas no período, que podemos denominar de decálogo da meia-idade:

1. **Manter a saúde física com a prevenção das doenças degenerativas.** Alguns cuidados são críticos nesse sentido. Nas mulheres, a detecção precoce do câncer de mama e do colo do útero; nos homens, o exame periódico do PSA e da próstata. Tanto nos homens como nas mulheres a prevenção das doenças cardiocirculatórias: exame periódico da pressão arterial, níveis séricos do colesterol, glicemia (detecção do diabetes), abolição do fumo e do abuso de bebidas alcoólicas; prevenção da osteoporose (exercícios, reposição hormonal e ingestão adequada de cálcio em mulheres). São fundamentais ainda o exercício físico, a redução do estresse, os hábitos saudáveis de alimentação (abolição de comidas gordurosas) e o sono.
2. **Independência econômica:** chegar ao final dessa fase de vida com reservas ou com uma aposentadoria ou aposentadorias complementares que permitam manter um nível mínimo de qualidade de vida e não depender dos filhos.
3. **Ter seu próprio espaço físico ou moradia,** para não ter que morar com os filhos ou necessitar do apoio da assistência social pública e eventualmente não ter outra alternativa que a institucionalização.
4. **Ter laços de amizade e vínculos fortes com a família:** o isolamento social é um risco para a depressão e o suicídio, além de comprometer a alegria de viver. Poder ser útil aos filhos auxiliando no cuidado dos netos e em outras necessidades.
5. **Manter um relacionamento íntimo com um(a) companheiro(a),** possibilitando uma vida sexual ativa ao longo da velhice: refazer um casa-

- mento desfeito ou conseguir um novo relacionamento, se ocorreu uma viuvez.
6. **Ter um vínculo com a comunidade**, seja em atividades voluntárias, organizações não-governamentais ou *hobbies* ou grupos de lazer.
 7. **Manter-se sempre ocupado e com planos para o futuro**: lazer, empreendimentos, viagens.
 8. **Se possível, manter um vínculo com seu antigo trabalho ou profissão** (como consultor) ou reduzindo a um nível compatível com suas energias e interesses.
 9. **Buscar ajuda na comunidade** para os problemas físicos (grupos de auto-ajuda) e emocionais (depressão, quadros demenciais, etc.)
 10. **Praticar exercícios, manter uma atividade física regular** (caminhadas, hidroginástica, etc).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COLARUSSO, C.A. Adulthood. In: SADOCK, B.; Sadock, V. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2000: p. 2962-2979.
- CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil, 1988.
- FISKE, M. *Meia-idade: a melhor época da vida?* São Paulo: Harper & Row do Brasil Ltda., 1981.
- JACQUES, E. La muerte y la crisis de la mitad de la vida. *Rev de Psicoanálisis*. Buenos Aires, 1966. p. 401-423.
- LEVINSON, D.J.; DARROW, C.M.; KLEIN, E.; LEVINSON, M.; MCKEE, J.B. The psychosocial development of men in early adulthood and the mid-life transition. In: RICKS, D.F.; THOMAS, A.; ROFF, M. (eds.). *Life history research in psychopathology*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1974.
- LIDZ, T. Os anos intermediários. In: *A pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1983. p. 484-502.
- NATIONAL Center for Health Statistics National Hospital Discharge Survey 1985 Bethesda: Department of Health and Human Services, 1989.
- PIKUNAS, J. Estágio intermediário da vida adulta In: *Desenvolvimento humano: uma ciência emergente*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil Ltda. 1979. p. 378-392.
- PRESTI Jr., J.C.; STOLLER, M.L.; CARROL, PR. Urology. In: *Current medical diagnosis & treatment*. 37th ed. Appleton & Lange, 1998. p. 896.
- WENDER, M.C.O.; ACETTA, S.G. Climatério. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2.ed: Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1996. p. 250-254.

A Velhice

Cláudio Laks Eizirik, Rafael Henriques Candiago,
Daniela Zippin Knijnik

O desenvolvimento de recursos e habilidades das sociedades humanas modificou, de maneira significativa, a composição etária dessas sociedades. Com isso, desenvolveu-se uma nova camada na população, com características próprias e necessidades específicas.

Os dados demográficos divulgados pela Organização Mundial da Saúde, em 1992, indicavam que havia mais de 416 milhões de idosos, sendo que a estimativa para o ano 2025 era de que 12% da população mundial teria mais de 60 anos. Nos Estados Unidos, a expectativa média de vida passará de 72,1 anos, em 1990, para 76,4 anos em 2050, para os homens, e de 79 anos para 83,3 anos, para as mulheres. A expectativa de vida aos 65 anos passará de 15 para 17,7 anos, no mesmo período, para os homens, e de 19,4 para 22,7 anos para as mulheres (Jarvik e Small, 1995). Quanto à América Latina, a previsão era de que a expectativa de vida passaria de 64,1 anos, encontrada entre 1980 e 1985, para 71,8 anos, em 2025. No Brasil, esses dados projetavam que o número de idosos passaria de 6 milhões (em 1975) para 31 milhões, em 2025 (OMS, 1992).

Embora dados mais recentes confirmem o contínuo crescimento do número de idosos, também revelam a diminuição da natalidade, o que caracteriza a situação de "o país que mais envelhece" (*Jornal do Brasil*, 09/06/96), ou "Brasil pode-se tornar um país de idosos" (*Zero Hora*, 18/07/97). Em 1996, já havia 8,35% de brasileiros com mais de 60 anos, correspondendo a 12 milhões e 700 mil pessoas, dados que passarão, respectivamente, a 15%, ou seja, 33 milhões em 2020, conforme as previsões atuais. Enquanto a população brasileira total terá crescido cinco vezes de 1950

a 2020, a de velhos crescerá 16 vezes, em contraste com o que ocorrerá na China, no Japão (cinco vezes) e nos Estados Unidos (quatro vezes).

Assim, verifica-se que o Brasil é, atualmente, o país com maior concentração de idosos, proporcionalmente. O aumento do número de pessoas com mais de 60 anos, de 1950 a 2025 (Jornal do Brasil, 1996, *apud* OMS), será de 1.514,3%, o maior de todos os países, seguido do México, da Nigéria, da Indonésia e da China. Segundo estimativas da OMS (Jornal do Brasil, 10/08/97), em 2020, o Brasil será o quinto país com maior número de idosos do mundo, em números absolutos, atrás apenas da China, da Índia, dos Estados Unidos e do Japão.

Esses dados expressam a mudança do perfil da pirâmide demográfica do país, aproximando-a da dos países desenvolvidos; a base, onde estão os jovens, estreita-se, enquanto o corpo e o cume, locais dos adultos e idosos, alargam-se (Folha de São Paulo, 09/06/97).

A distribuição regional da população de idosos revela que as maiores proporções destes encontram-se no sudeste do país, correspondendo a 5,14% da população. No Rio Grande do Sul, o terceiro Estado em população de idosos (após o Rio de Janeiro e a Paraíba), existiam 9.637.682 pessoas em 1991 (IBGE, 1996), das quais 10,04% tinham 60 anos ou mais. Destes, 56,85% eram mulheres e 43,14%, homens.

Assim, verifica-se um progressivo envelhecimento da população, produzido pela coexistência dos progressos da medicina com a crescente redução das taxas de natalidade. Em termos históricos, tal fato pode ser evidenciado pela constatação de que o clássico livro sobre a velhice, *De senectute*, foi escrito por Cícero em 44 a.C., aos 62 anos, um ano antes de sua morte. E há um recente, sob o mesmo título, que apareceu em tradução brasileira como *O tempo da memória* (Bobbio, 1997), cujo autor estava com 87 anos, em pleno vigor intelectual.

A obra de Cícero consiste em um diálogo entre Catão, de 84 anos, e dois homens mais jovens, ao redor de 30 anos, em que o primeiro apresenta alguns dos aspectos positivos da velhice. A edição latina original, *De senectute*, é considerada a primeira obra impressa dedicada exclusivamente à velhice (Norman, 1994). Dentre as várias passagens dignas de atenção, podem-se destacar as seguintes: "Devemos preparar-nos para a velhice... devemos utilizar precauções, como fazemos contra as doenças; grande cuidado deve ser tomado, em primeiro lugar, com nossa saúde; todos os exercícios físicos devem ser moderados, em especial nossa dieta; esta deve ser de tal tipo e em tais proporções que reforce a Natureza, sem oprimi-la. Mas nosso cuidado não deve limitar-se apenas a nossos corpos; pois a mente requer muito mais, porque sem isto não só decairá, mas nossa compreensão certamente fenecerá na velhice como uma lâmpada não suficientemente provida de óleo. O corpo, como sabemos, quando excessivamente sobrecarregado, torna-se pesado... mas é o exercício apenas que suporta o espírito e mantém a mente em vigor" (Cícero, 44 a.C.; p. 75-76). Mais adiante, afirma: "A velhice é sempre honrosa, quando toma o cuidado de proteger seus próprios direitos, deles não desistindo facilmente, mas mantendo-os até o final. Pois assim como elogiamos os jovens, que mostram a solidez da idade, da mesma forma fazemos com os

velhos, que expressam a vivacidade da juventude. E quem quer que siga este método, pode ficar velho e decaído no corpo, mas nunca decairá na mente, nem o fará em sua compreensão" (idem, p. 77-78). Além disso, Cícero enfatiza que os idosos podem manter sua presença e utilidade social e concentrar-se na promoção da razão e da virtude, dessa forma, compensando a perda ou a redução do prazer sexual; e por fim considera a morte como uma bênção, pois liberta o indivíduo e sua alma imortal da prisão do corpo e de suas limitações.

Bobbio critica a visão otimista de Cícero sobre a velhice, calcada nos elogios às capacidades e à sabedoria dos idosos. Destaca, por sua vez, que "a velhice se transformou em um grande e pendente problema social, difícil de solucionar não apenas porque o número de velhos cresceu, mas também porque aumentou o número de anos que vivemos como velhos. Mais velhos e mais anos de velhice: multipliquemos os dois números e obteremos a cifra que revela a excepcional gravidade do problema" (Bobbio, 1997; p. 25).

Dessa forma, o pensador italiano enfatiza a relevância social e econômica da velhice no momento presente e no futuro. Além dessa constatação, abre caminho para pensar-se na "construção do ser velho na sociedade moderna" (Vasconcellos, 1996; p. 39), que inclui toda uma série de medidas e atividades que levam ao "surgimento do cidadão velho no Brasil" (idem, p. 56), materializada na lei nº 8.842, da Presidência da República, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Seguindo as diretrizes dessa lei, observa-se uma "oficialização" do idoso na cena social, bem como "a mobilização de setores da sociedade no sentido de compreender quem é este idoso e quais são as suas verdadeiras necessidades" (*ibid.*, p. 63).

No minucioso painel em que reconstrói a trajetória histórica da velhice, Minois (1987) transcreve o que é considerado o texto mais antigo em que um idoso fala de si mesmo. Trata-se de um egípcio que viveu há quatro mil e quinhentos anos, e no qual o autor sugere estar presente o drama da velhice, em uma ponte entre milhares de gerações: "Que triste é o fim de um velho! Vai-se debilitando dia a dia; sua visão diminui, seus ouvidos tornam-se surdos; sua força declina; seu coração já não descansa; sua boca torna-se silenciosa e não fala. Suas faculdades intelectuais diminuem, e já não consegue lembrar-se hoje do que lhe ocorreu ontem. Todos os seus ossos doem. As ocupações a que se dedicava até há pouco tempo com prazer só consegue desempenhar com dificuldade, e o sentido do gosto desaparece. A velhice é a pior das desgraças que pode afligir a um homem" (Minois, 1987; p. 31). Essas são as palavras de Ptah-Hotep, vizir do Faraó Tzezi, da dinastia V, por volta de 2450 a.C.

Minois (1987) descreve os sucessivos momentos da evolução histórica da velhice: do patriarca ao idoso no mundo hebreu; a "triste velhice" no mundo grego; a grandeza e a decadência do ancião no mundo romano; o idoso como símbolo na literatura cristã da Idade Média, bem como a indiferença em relação à idade nesse período; a diversidade social e cultural da velhice dos séculos XI a XIII; a afirmação do idoso nos séculos XIV e XV; a luta dos humanistas e dos cortesãos contra a velhice no século XVI e a importância real dos idosos a partir deste último. Conclui afirmando que cada civilização tem seu modelo de idoso e julga-o conforme esse

padrão. Quanto mais idealizado o modelo, mais exigente e cruel é a sociedade com o idoso. As várias descrições feitas por Minois expressam juízos de valor; a partir da constatação da realidade, da velhice vivida, com o surgimento das ciências sociais, da psicologia, da psicanálise, da medicina moderna, passa-se a ter um conhecimento mais objetivo dessa etapa da vida.

O conhecimento das características de vida e do estado mental dos idosos – assim definidas, segundo a OMS, as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos – fez parte dos esforços atuais em busca de intervenções preventivas e curativas mais eficientes (OMS, 1990).

A partir dessas constatações, o presente capítulo abordará os seguintes aspectos relevantes para a compreensão da velhice como etapa do ciclo vital: as perdas, a rede social, o estado mental na velhice, os avós e os netos e a contratransferência ante os idosos.

AS PERDAS NA VELHICE

Uma vivência básica e psicodinamicamente significativa no processo de envelhecimento são as perdas, já mencionadas por Ptah-Hotep (Minois, 1987). Muitos acreditam que uma das tarefas evolutivas principais do indivíduo em processo de envelhecimento seja encontrar reparação para as perdas biopsicossociais inevitáveis, associadas com esse estágio do ciclo vital. Algumas das perdas mais frequentes nessa faixa etária são a da saúde física, a diminuição das capacidades, a perda da companhia (sentimento de solidão) e a perda do cônjuge. A perda do trabalho, o declínio do padrão de vida e a diminuição das responsabilidades também são sentidos por alguns pacientes como importantes (Eizirik, 1980).

Para muitas pessoas idosas, é o efeito cumulativo de repetidas perdas, o qual impede a elaboração do luto e sua resolução, que é um fato tão devastador. Outra característica dessa faixa etária é a de que, ao contrário das etapas evolutivas precedentes, cujas perdas principais se referem a objetos externos, na velhice, elas tendem a centrar-se no próprio indivíduo.

Trechos de entrevistas com idosos ilustram a maneira como se apresenta a temática das perdas: a perda da saúde física, segundo um homem aposentado, “dá uma sensação de angústia, porque a gente tenta fazer as coisas e não consegue, o corpo não ajuda mais”. Um homem institucionalizado, referindo-se à sua situação, relata que “há dias em que fico pensando no meu estado de agora, não sirvo mais para nada, eu que gostava tanto do serviço e agora não posso mais fazer”. A perda das capacidades é aludida por uma senhora aposentada: “estou ficando que é um pesseguinho passado, miudinha, não tenho coragem de fazer grandes coisas”. Aqui temos, por meio da comparação com a fruta passada, uma comparação plástica da perda de capacidades do ego, traduzida pela diminuição das habilidades operacionais.

O sentimento de solidão, resultante da perda de companhia, foi assim descrito por uma paciente: “sinto este vácuo por dentro. Me sinto só, porque não tenho

ninguém da minha família, embora não me falte nada de material". Quanto ao sentimento decorrente da perda do cônjuge, disse um homem aposentado: *"parece que ela levou a minha alegria de viver, deixou minha vida empobrecida"*. E uma mulher que se afastara do trabalho desde a morte do marido: *"Perdi minha iniciativa; sem ele me sinto pela metade, não sei como fazer as coisas direito"*. Essas frases expressam o sentido da perda conforme mencionou Freud (1917, p. 277), ao dizer que *"a pessoa sabe a quem perdeu, mas não o que perdeu com ele"*. Utilizando o conceito de identificação projetiva, pode-se compreender que ambos os entrevistados referiam-se ao fato de terem partes suas – a alegria de viver, a iniciativa – colocadas projetivamente nos cônjuges com quem se identificavam. Morrendo estes, perderam tais partes, ficando provisoriamente empobrecidos. A perda é vivida como a retirada de um pedaço, deixando um vazio, um vácuo interno (Eizirik, 1980).

Em um grupo de psicoterapia breve psicodinâmica de 10 pacientes do sexo feminino com idade média de 70 anos atendidas semanalmente no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Knjnik *et al.*, 1999), os temas que constituem a base das interpretações na maioria das sessões (o foco) são as perdas ao longo da vida (morte do cônjuge, saída dos filhos de casa) e a ansiedade antecipatória em relação ao dia-a-dia dos seus familiares (medo de assalto, acidentes e doença).

A REDE SOCIAL NA VELHICE

A teoria das redes sociais descreve transações entre as pessoas. Cada indivíduo é um nó da rede e cada troca é uma ligação. Várias características das redes parecem relevantes em termos de suporte, particularmente nas populações de idosos. Uma rede social é geralmente definida pelos sociólogos como o conjunto de ligações dentro de um grupo específico de pessoas, ligações essas cujas características têm algum poder explanatório para o comportamento social das pessoas envolvidas. É o conjunto de indivíduos com quem se mantém contato e se tem alguma forma de laço social. O contato é necessário para se definir uma rede. Os contatos e as relações sociais são meios importantes para que uma pessoa influencie o ambiente e forneçam os caminhos pelos quais o indivíduo é influenciado pelo meio. As redes sociais referem-se, pois, aos papéis e laços que ligam as pessoas por vias definidas de parentesco, amizade ou conhecimento, tais como cônjuges, pais, amigos íntimos ou vizinhos. Assim, a rede social pode ser vista como a estrutura por meio da qual o suporte social é fornecido. As redes sociais podem ser operacionalmente definidas em termos do tamanho, da composição (amigos, parentes), da localização geográfica, da homogeneidade dos membros, da intensidade dos laços e da densidade e integração. As redes e suas características constituem-se em laços importantes na medida em que preenchem as necessidades dos seus membros. Suas funções podem ser caracterizadas como o conjunto de contatos pessoais por meio dos quais o indivíduo mantém a identidade social, recebe reforços para a auto-avaliação, suporte emocional (ser amado), ajuda material, instrumental (serviços), informações (sobre o meio) e novos contatos sociais (Bowling e Browne, 1991; Steinbach, 1992).

Em pesquisas sobre necessidades de cuidados com a saúde, a falta de suporte social tem sido associada com risco aumentado de mortalidade e demora na recuperação de doenças. Dentre esses estudos, o de Steinbach (1992) oferece dados particularmente relevantes. Sua pesquisa examinou o efeito das redes sociais sobre a institucionalização e a mortalidade de idosos nos Estados Unidos. Seus dados provieram do Estudo Longitudinal sobre o Envelhecimento, utilizando a base de dados de entrevistas realizadas em 1984, com uma entrevista de acompanhamento dois anos após, incluindo 5.151 pessoas não-institucionalizadas com idades entre 70 e 99 anos (em 1984), das quais 61% eram mulheres, 90,4% brancos, 37% viviam sós e 43,8% com um cônjuge. Para avaliar a rede social, era verificado se o entrevistado, nas últimas duas semanas, tinha realizado as seguintes atividades:

1. falado ao telefone com amigos ou vizinhos;
2. falado ao telefone com familiares;
3. ter-se encontrado com amigos ou vizinhos;
4. ter-se encontrado com familiares;
5. ter ido a algum centro de idosos;
6. ter ido a alguma igreja ou templo;
7. ter ido ao cinema, a um evento esportivo ou semelhante, e
8. ter tido alguma atividade como voluntário nos últimos 12 meses.

Verificou-se que as redes sociais têm uma relação negativa com a probabilidade de institucionalização e de mortalidade. Os idosos que participaram de alguma forma de atividade social diminuíam pela metade o risco de institucionalização, ao passo que viver só aumenta a probabilidade de institucionalização. A participação em atividades sociais e visitar ou falar com amigos ou familiares mostrou uma relação negativa com o risco de mortalidade.

Mais recentemente, Ljungquist e Sundstrom (1996), relatando o acompanhamento de uma amostra de 1.062 idosos suecos não-institucionalizados, a partir de 1954, concluíram que o estado de saúde física e a atividade tinham os efeitos gerais mais significativos sobre a longevidade; entre os menos idosos, porém, a saúde mental foi o preditor mais importante de sobrevivência. O impacto das redes sociais foi de menor magnitude, tanto quanto a situação social. A relação positiva entre classe social e longevidade, segundo os autores, sugere que a primeira atue sobre a segunda indiretamente, na medida em que propicia uma boa saúde.

Há um crescente corpo de pesquisas que examina a quantidade de ajuda prática e suporte emocional recebidos por idosos de seus familiares. Um papel crítico, segundo esses estudos, é desempenhado pela natureza das redes de familiares e amigos (Seeman *et al.*, 1987; Bowling e Browne, 1991), embora haja menos evidências acerca da estrutura real das redes sociais em relação ao impacto sobre o estado de saúde, o bem-estar emocional e a provisão de ajuda e suporte. Alguns estudos confirmam que os cônjuges e os familiares mais próximos provêm o principal apoio em tempos de crise, e que particularmente as filhas são mais efetivas do que os vizinhos em proporcionar auxílio a longo prazo. A literatura indica que a

existência de uma relação íntima e próxima é essencial para que o suporte seja dado e recebido. A existência de um confidente pode ser essencial para o desenvolvimento de uma adaptação efetiva em pessoas com 85 anos ou mais. Como os confidentes são, com frequência, companheiros da mesma idade, quanto mais idosos, maior o risco de perdê-los, por morte ou incapacitação (Bowling e Browne, 1991).

Bowling e Browne (1991) investigaram o estado de saúde e as circunstâncias sociais de 662 pessoas com 85 anos ou mais, que moravam em casa, em Londres. Entre os achados relevantes, destaca-se que havia mais mulheres viúvas, e que essas eram viúvas há mais tempo que os homens. Quanto à rede social, 61% viviam sós e 85% eram solteiros, viúvos ou divorciados. Noventa e cinco por cento dos respondentes declararam ter, pelo menos, um confidente. Setenta e oito por cento afirmaram encontrar os filhos com frequência satisfatória. Não houve diferenças de gênero quanto à rede social.

Confirmando a impressão geral de que as pessoas com 85 ou mais anos são diferentes dos idosos mais jovens, já que são "sobreviventes", altos níveis de suporte social e ajuda informal eram dados à maioria dos respondentes. Embora tenham sido encontradas associações entre a rede social e a provisão de ajuda informal, a análise multifatorial mostrou que o estado de saúde era o preditor mais poderoso para explicar o bem-estar emocional.

Silberman e colaboradores (1995) examinaram a rede social de uma amostra aleatória constituída por 62 pessoas, de uma população de 30.000 habitantes atendidos por uma unidade comunitária de baixa classe média, de Porto Alegre.

Quanto à rede social, 58% viviam com companheiro, 55% tinham algum filho vivo, 35% irmãos vivos e apenas 11% algum genitor vivo. Noventa e três por cento dos entrevistados afirmaram ter algum confidente, e 76% encontravam-no pelo menos semanalmente.

Em pesquisa realizada com uma amostra de idosos da região urbana de Porto Alegre (Eizirik, 1997), foram entrevistadas 344 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 102 (29,7%) homens e 242 (70,3%) mulheres. A média de idade da amostra é de 70,3 anos, e a idade máxima 92 anos.

A amostra apresenta uma escolaridade média de 9,6, verificando-se que os homens estudaram em média 11,4 anos e as mulheres, 8,07 anos.

No que diz respeito ao estado civil, verifica-se que, na amostra geral, encontram-se 45,9% de casados, 42,4% viúvos, 7,8% solteiros, e 3,8% separados ou divorciados. Dos homens, 87,3% são casados e apenas 6,9% declararam-se viúvos. Dentre as mulheres, 57,4% são viúvas e 28,5% casadas; 9,5% delas são solteiras, o que contrasta com os 3,9% dos homens que se encontram nessa mesma condição. Apenas 1,9% dos homens são separados, em contraste com 4,6% das mulheres.

Considerando-se as várias categorias, é possível constatar que 71,5% das mulheres não têm companheiro, o que ocorre com apenas 12,7% dos homens.

Do total da população estudada, 21,8% (77) afirmam não ter confidente, sendo que 31,4% (34) dos homens informam não ter confidente, e apenas 17,8% (43) das mulheres estão na mesma situação. A presença de um confidente é referida por 28,5% (98) da amostra geral, que corresponde a 22,5% (23) dos homens

e a 31% (75) das mulheres. Considerando-se agora o reconhecimento de até três confidentes, verifica-se que tal número corresponde a 45,1% (46) dos homens e a 63,7% (154) das mulheres. No todo, portanto, 78,2% dos entrevistados (68,6% dos homens e 82,2% das mulheres) afirmam ter algum confidente. Quanto à frequência dos encontros com os confidentes, 61% dos entrevistados informam que os encontram uma vez ou mais por semana; 9%, duas a três vezes por mês, e 4,7%, mensalmente.

Na amostra total, predomina o tamanho de rede "satisfatório" (66,27%). Comparando homens e mulheres, verifica-se que 77,27% destas têm um tamanho de rede satisfatório, o que corresponde a 40,19% daqueles. Isso caracteriza uma frequência diferente entre homens e mulheres.

Chama a atenção quem são os confidentes de homens e mulheres. Os primeiros mencionam esposa, filho(a) e irmão(ã). Já entre as mulheres, o(a) filho(a) é o(a) confidente mais freqüente, seguido(a) por irmão(ã) e cônjuge. Observa-se diferença estatisticamente significativa da frequência do cônjuge como confidente, evidenciando que os homens têm nas companheiras seu principal confidente, enquanto as mulheres têm primariamente os filhos.

Em relação à questão sobre sentir-se só, 63,2% das mulheres responderam que isso raramente ou nunca lhes ocorre, enquanto 78,4% dos homens apresentaram a mesma resposta. Só se observa a diferença geral, significativa ($p=0,0030$). Por outro lado, 27,7% das mulheres e apenas 8,8% dos homens responderam que algumas vezes sentem-se sós. Somente 10,7% dos homens e 9,1% das mulheres informaram que freqüentemente ou sempre sentem-se sós.

Todos esses dados caracterizam que a velhice é vivida de forma diferente por homens e mulheres, cabendo levar em conta fatores culturais, emocionais e socioeconômicos para explicar tais diferenças.

O ESTADO MENTAL NA VELHICE: DEPRESSÃO E DÉFICIT COGNITIVO

A depressão na velhice é um transtorno extremamente heterogêneo, e não uma síndrome clínica monolítica. As pesquisas atuais enfrentam o desafio de determinar em que medida as depressões na velhice diferem das que ocorrem nas etapas anteriores, bem como reconhecer, caracterizar e documentar as implicações dessa heterogeneidade para os idosos deprimidos (Blazer *et al.*, 1996).

Os principais quadros clínicos depressivos podem ser diagnosticados pelos critérios estabelecidos pelo DSM-IV (1995). A detecção de sintomas depressivos pode ser realizada clinicamente ou mediante a utilização de várias escalas, testadas e validadas para o nosso meio, dentre as quais a de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg, 1979), extraída do CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale), que é um instrumento de avaliação de sintomatologia psiquiátrica geral.

Contrariando a expectativa usual de que os idosos teriam índices mais elevados de transtornos depressivos do que os jovens, devido às circunstâncias médicas, sociais e intrapsíquicas que enfrentam, os dados epidemiológicos evidenciam

que a depressão maior é significativamente menos predominante nos idosos do que nos outros grupos etários. Em estudos sobre a prevalência de sintomas psiquiátricos na comunidade, os sintomas depressivos são os mais encontrados entre os idosos, com taxas que sucessivos estudos coincidem em apontar como de 15% (Blazer e Williams, 1980; Huntley *et al.*, 1986; NIH, 1992). Revendo os dados da literatura, Blazer (1994a) concluiu que a prevalência de sintomas depressivos clinicamente significativos, na comunidade, situa-se entre 8 e 15%. No Brasil, Aguiar e Dunningham (1993) encontraram uma prevalência de 15% de sintomas depressivos em idosos vivendo na comunidade, na Bahia. Veras e Murphy (1994) avaliaram a saúde mental de pessoas com 60 anos ou mais que viviam em três distritos do Rio de Janeiro, encontrando índices de 22,62%, 19,67% e 35,12% para idosos de alto, médio e baixo poder aquisitivo, respectivamente.

Os estudos sobre os quadros clínicos depressivos, contudo, revelam dados diferentes. De 1.300 adultos vivendo na comunidade, com 60 anos ou mais, apenas 2% apresentavam distímia e 0,8% depressão maior (Blazer *et al.*, 1987). Dados provenientes do gigantesco estudo americano intitulado *National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area* (ECA) revelam a prevalência de 0,9% de depressão maior e 0,2% de transtornos bipolares em pessoas acima de 65 anos. Essa prevalência foi de 2,9% e de 3,9% para a depressão maior nas faixas de 18 a 29 anos e de 30 a 44 anos, respectivamente (Blazer *et al.*, 1994a), caracterizando uma redução nos índices observados na velhice.

Em pesquisa realizada com uma amostra de 10 pacientes do sexo feminino e idade média de 70 anos em psicoterapia psicodinâmica de grupo semanal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Knijnik *et al.*, 1999), evidenciou-se que os sentimentos predominantes em relação à morte foram: medo (22%), desejo (22%) e indiferença (10%). Essas pacientes não possuíam o diagnóstico de depressão maior, porém os principais sintomas encontrados foram alterações do sono, falta de interesse pelas atividades diárias e diminuição de apetite ocasionais.

De forma geral, verifica-se uma prevalência de sintomas depressivos em idosos que vivem na comunidade de valor equivalente a outras faixas etárias, e uma prevalência significativamente menor de depressão maior. Já os idosos em atendimento médico ou institucionalizados apresentam índices significativamente altos de sintomas depressivos e depressão maior (Stoppe Junior e Louzã Neto, 1996).

Dessa forma, caracterizada a prevalência dos sintomas e dos quadros clínicos depressivos, cabe indagar acerca da possível correlação entre rede social e depressão na velhice.

Pfifer e Murrell (1986, *apud* Blazer, 1989) examinaram os papéis desempenhados por seis fatores sociodemográficos, três deles recursos sociais e três na categoria de eventos da vida, no desenvolvimento de sintomas depressivos. Em uma amostra de 1.200 pessoas com 55 anos ou mais, 66 desenvolveram sintomas depressivos significativos seis meses após a avaliação inicial. A saúde e o apoio social desempenhavam um papel tanto de somatório como interativo no início dos sintomas; os eventos da vida tinham um efeito fraco e os fatores sociodemográficos não contribuíam para o início da depressão. Uma rede de suporte fraca,

na presença de má saúde física, produzia um risco significativo para o início dos sintomas depressivos. Contudo, embora uma série de estudos transversais tenha demonstrado a relação entre eventos vitais estressantes e o início de um episódio de depressão maior, ao longo do ciclo vital, essa relação enfraquece quando as pessoas são estudadas longitudinalmente, como foi observado por Pfifer e Murrell. A interação entre o suporte social e a depressão é mais complexa. O suporte social pode contribuir para o início da depressão maior, para a sua evolução ou, inversamente, pode ser afetado pelos sintomas depressivos (Blazer, 1983, 1989).

Visando a examinar a relação entre sintomas depressivos, redes sociais e suporte social, Goldberg e colaboradores (1985) entrevistaram 1.144 mulheres casadas, de 65 a 75 anos, residentes em Maryland (EUA). O estado socioeconômico mostrou associação significativa com a sintomatologia depressiva. Quando o marido não era o confidente, a mulher tinha três vezes mais chances de ter alto nível de sintomas depressivos. As mulheres sem confidentes e as que revelaram menor nível de intimidade na rede mostraram maiores níveis de sintomatologia depressiva. Outro dado significativo foi a associação entre redes heterogêneas quanto à idade, ao sexo e à religião com sintomas depressivos. A homogeneidade da rede, mesmo quando pequena, pode prover um sentimento de pertinência, em especial se inclui membros da mesma igreja, e relaciona-se com menos sintomas depressivos.

A associação entre o tamanho e a estrutura das redes sociais e a prevalência de sintomas depressivos foi examinada em um estudo de base populacional de 1.615 pessoas de 65 anos ou mais (Palinkas *et al.*, 1990). Algumas características das redes sociais identificadas chamam a atenção: os índices da rede social declinavam com a idade para as mulheres, mas não para os homens; mais mulheres eram viúvas do que homens; enquanto os homens mencionavam a esposa como confidente, as mulheres citavam amigas, filhos ou familiares. As amigas eram a principal fonte de apoio para as mulheres, independentemente do estado conjugal. Os homens relatavam significativamente mais amigos e familiares íntimos e mais alta frequência de contatos face a face com estes do que as mulheres. As mulheres tinham mais doenças crônicas e participavam mais de instituições religiosas e comunitárias, enquanto os homens, de grupos relacionados a ocupações. Sintomas depressivos foram identificados em 6,6% dessa amostra, com índices significativamente maiores nas mulheres.

Essa pesquisa concluiu que o número e a frequência de laços sociais relaciona-se inversamente à sintomatologia depressiva na velhice, em uma associação independente da idade e do sexo.

Em contextos culturais diferentes, também foram evidenciadas relações entre a rede social e os sintomas depressivos. Biegel *et al.* (1991) estudaram a influência moderadora potencial do tamanho da rede social na relação entre estresses da vida e sintomas depressivos em uma amostra de 191 idosos, brancos e negros, com 75 anos ou mais. Os resultados indicaram que, para os brancos, ter maior suporte social e uma rede social maior reduz a associação entre estresse e sintomas depressivos. Para os idosos negros, por outro lado, receber suporte social de uma rede social com mais membros está associado com uma maior relação entre

as duas variáveis examinadas. Não havia diferenças significativas entre as redes dos negros e dos brancos, que tinham em média três membros, em geral dois familiares e um amigo, e a maioria dos entrevistados estava satisfeita com a rede. Na discussão, os autores supõem que a rede dos idosos negros poderia estar sentindo-se mais sobrecarregada e, dessa forma, além de dar apoio, sobrecarregava de tensão os idosos. Diferenças no estado socioeconômico e na atitude quanto à procura de serviços de saúde também poderiam explicar esses resultados. Lee e colaboradores (1996) examinaram 200 imigrantes coreanos nos Estados Unidos, visando a investigar os efeitos dos fatores quantitativos, estruturais e funcionais das relações sociais sobre o nível de depressão, levando em conta o nível de aculturação e os estresses da vida. Os velhos que tinham maior número de pessoas próximas e contatos mais frequentes com elas apresentavam menos sintomas depressivos. As redes que proviam apoio instrumental eram constituídas principalmente de laços familiares; o suporte emocional incluía diversas relações, além das familiares. O suporte emocional foi considerado como moderador do efeito danoso dos estresses da vida e mais relevante do que o apoio instrumental para a saúde mental dos idosos coreanos.

A relação entre o funcionamento físico, o suporte social, os sintomas depressivos e a satisfação com a vida, em uma amostra nacional de 4.734 adultos com 65 anos ou mais, foi estudada por Newson e Schulz (1996). A diminuição das capacidades físicas estava associada a menos contatos com amigos, menor contato com a família e menor percepção de suporte e de ajuda tangível, mas apenas as medidas de percepção de suporte prediziam sintomas depressivos. Os autores concluíram que o suporte social relatado como mais baixo é uma importante razão para o decréscimo da satisfação com a vida e para o aumento dos sintomas depressivos em idosos.

Em pesquisa realizada em Porto Alegre com uma amostra de idosos, Eizirik (1997) constatou que não havia associação entre depressão e os vários parâmetros de rede social estudados. Contudo, ter companheiro mostrou-se associado a menores níveis de depressão, medidos pela escala de Montgomery-Asberg, controlando-se as variáveis idade, escolaridade e renda. Tal aspecto está de acordo com a constatação de que uma relação íntima e próxima é essencial para que o suporte seja dado e recebido.

No que se refere ao déficit cognitivo e à demência, estudos de prevalência têm sido realizados na maioria dos países desenvolvidos, sendo baseados na avaliação de idosos que vivem na comunidade por meio de entrevistas feitas por clínicos ou entrevistadores treinados. O diagnóstico clínico das principais formas de demência pode ser feito pelos critérios especificados no DSM-IV (1995). A detecção de déficit cognitivo em amostras populacionais tem sido realizada predominantemente pelo uso do *Mini-Mental State* (Folstein *et al.*, 1995). Não surpreendentemente, os estudos epidemiológicos variam muito em seus métodos, por exemplo, na proporção de pessoas muito idosas na amostra, na inclusão ou exclusão de pessoas institucionalizadas, na definição de casos de demência e no método para determinar o grau de déficit cognitivo. As dificuldades aumentam quando são feitas tentativas de diagnosticar demências do tipo Alzheimer ou de-

mênça vascular em estudos na comunidade. A confiabilidade e a validade desses diagnósticos específicos, dadas as condições de sua aferição, não costumam ser elevadas. Por todas essas razões, as estimativas de prevalência têm variado consideravelmente (Henderson, 1995). Assim, em amostras em três comunidades americanas, utilizando o *Mini-Mental State*, Robins e colaboradores (1984) encontraram déficit severo em 5%, 5,1% e 4% das pessoas com mais de 65 anos. Com o uso do SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*), Huntley e colaboradores (1986), em amostras populacionais maiores, encontraram índices de 5,3%, 1,3% e 6,0% de déficit severo. Em uma comunidade rural da Suécia, Essen-Möller e colaboradores (1956), por meio de entrevistas psiquiátricas, detectaram síndromes cerebrais orgânicas moderadas em 10,8% dos idosos e severas em 5,0%. Em uma amostra comunitária inglesa, Kay e colaboradores (1970) relataram uma prevalência de 6,2% de síndrome cerebral orgânica severa, também com entrevistas psiquiátricas. O uso combinado destas com estudos laboratoriais permitiu a Folstein e colaboradores (1975) identificar 2% de doença de Alzheimer, 2,8% de demência multiinfarto e 1,3% de demência mista ou não-especificada em uma comunidade de Baltimore. Todos os estudos até aqui referidos incluíam apenas entrevistados com 65 anos ou mais.

Considerando agora os idosos institucionalizados, os índices aumentam consideravelmente. Goldbarb (1962), em Nova York, encontrou 87% de déficit severo. Blazer (1980) identificou 47% de casos de déficit severo. Teeter e colaboradores (1976) encontraram 59,4% de pacientes com déficit moderado ou severo. Rovner e colaboradores (1986), em um grupo de 50 pacientes, dos quais 96% tinham 66 ou mais anos, usando entrevistas padronizados, identificaram 56% de demência degenerativa primária, 22% de demência multiinfarto e 4% de demência por Parkinson (*apud* Blazer, 1989).

Uma análise integrada de 47 levantamentos, realizados em 17 países, evidenciou índices aproximados de menos de 1% para demências de qualquer causa, em pessoas de 60 a 69 anos, subindo esta cifra para 39% para os idosos de 90 a 95 anos. A prevalência duplica a cada cinco anos, portanto. Os dados do ECA, nos Estados Unidos, demonstraram que 4,9% das pessoas com 65 anos ou mais tinham déficit cognitivo severo, evidenciado por um escore de 17 ou menos pontos no *Mini-Mental State*. A incidência anual de transtorno cognitivo, conforme o ECA, foi de 4,6% para pessoas com 65 anos ou mais, ao passo que de apenas 0,4% para adultos jovens.

Todos esses dados caracterizam os transtornos demenciais como as causas mais frequentes de psicopatologia em idosos. O diagnóstico de Alzheimer corresponde a cerca de 50% das demências na velhice, chegando a atingir 5 a 10% das pessoas com 65 anos ou mais e 47% das acima de 85 anos. Um dos maiores fatores de risco para a demência é a idade e, à medida que a denominada geração do *baby boom* americano (nascidos nos anos 50 e 60) aproxima-se dos 60 anos, a doença de Alzheimer passa a tornar-se um crescente problema de saúde (Jarvik, 1995).

No Brasil, Almeida-Filho e colaboradores (1994) encontraram uma prevalência de 6,8% de casos de demência e 36,4% de algum transtorno mental em

idosos da Bahia. No Rio de Janeiro, Veras e Coutinho (1994) identificaram prevalências de 5,9% a 29,7% em três diferentes distritos. Blay e colaboradores (1989), utilizando o teste face-mão, encontraram 5,5% de síndromes cerebrais orgânicas, em São Paulo. Em levantamento anterior, Ramos (1986) havia identificado 25% de algum tipo de transtorno mental em idosos de São Paulo. No Rio Grande do Sul, Silberman e colaboradores (1995) referem ter encontrado uma prevalência de 29% de déficit cognitivo na amostra comunitária estudada.

Em um estudo de 269 pessoas de 60 a 97 anos, vivendo na comunidade, em Cruz Alta (RS), Loureiro Chaves (1996) identificou uma prevalência de 21,9% de entrevistados com déficit cognitivo, observando também que essa percentagem aumentava de 13,7% em pessoas de 60 a 65 para 39,6% nos de 76 anos ou mais.

A prevalência geral de demência é a mesma para homens e mulheres, embora Alzheimer seja mais predominante em mulheres; isso é explicável porque a longevidade das mulheres é maior. É incerto se fatores socioeconômicos desempenham algum papel na demência. Há diferenças, contudo, conforme alguns grupos étnicos. Fatores de risco estabelecidos, além da idade, foram identificados em um estudo da Comunidade Européia: história de demência em um familiar de primeiro grau, tanto para os casos de início precoce quanto de início tardio de Alzheimer, risco maior se mais de um familiar de primeiro grau teve demência; familiar de primeiro grau com síndrome de Down ou Parkinson; idade materna igual ou superior a 40 anos; para os homens, trauma cerebral, hipotireoidismo e transtorno depressivo prévios (Henderson, 1995).

Na pesquisa já mencionada, Eizirik (1997) encontrou prevalência de 24,7% de déficit cognitivo na amostra de idosos da região urbana de Porto Alegre.

OS AVÓS E OS NETOS

Uma das primeiras referências acerca da importância do papel e da função psicológica dos avós é atribuída a Karl Abraham (1913), que destacou o papel moderador dos avós na resolução do conflito edípico e relacionou a linguagem como expressão desta percepção subjetiva por meio dos termos usados para designar avós em diferentes idiomas (*grandfather*, *grossmutter*, *grand-père*).

Embora não necessariamente vinculada à velhice, a condição de avô/avó é freqüentemente associada a esta. Das pessoas com mais de 65 anos de idade, aproximadamente 94% das que possuem filhos também são avós e, destas, a metade são bisavós. Essa situação modifica a configuração familiar, na medida em que novos laços de parentesco e relacionamento interpessoal ocorrem, sem que os papéis a serem desempenhados, tanto por avós quanto por netos, estejam para estes definidos.

A partir do reconhecimento de que o ser avô/avó compreende um conjunto de papéis relacionais específicos, chama a atenção a não existência de uma palavra que os defina, assim como paternidade e maternidade nas relações entre pais e filhos. A dificuldade para uma melhor compreensão do papel dos avós dentro do núcleo familiar pode dever-se tanto a aspectos socioculturais quanto psicodinâmicos. Na so-

cidade industrial atual, as famílias multigeracionais se desmembram, e é exigido de cada indivíduo um papel específico. Junto com as várias perdas inerentes à velhice, citadas anteriormente, o idoso deixa de ter um papel de importância, à medida que não faz mais parte do processo produtivo. O ser idoso hoje, principalmente nas comunidades urbanas, traz consigo a idéia de degradação e morte. O nascimento do neto coloca o indivíduo frente a uma realidade do crescimento dos filhos, de passar para a terceira geração e, portanto, estar mais perto da morte. Por outro lado, essa crise vital que fere o narcisismo do indivíduo, se elaborada adequadamente, pode significar um novo crescimento pessoal, trazendo satisfações. Erikson designou como tarefa crítica da velhice a aquisição de integridade, no sentido de aceitação do ciclo de vida único de cada pessoa, que inclui a sabedoria de aceitar a realidade, os fatos da vida, como foram e como são. O oposto à integridade seria o desespero, a sensação de que uma vida única foi desperdiçada, acompanhando-se tal sensação de amargura para com os outros ou ódio para consigo.

Existem influências recíprocas que se estabelecem a partir da relação avós/netos. As lembranças da própria infância, da condição de neto, associadas às percepções dos seus netos sobre o seu papel de avô, auxiliam-no a exercer melhor essa nova função dentro da família. Com a experiência adquirida, aliada à sua posição de não estarem comprometidos diretamente na educação dos netos, facilitam o desempenho dos filhos como pais, servindo, muitas vezes, como modelo de identificação e também no relacionamento destes com os filhos, podendo atuar como amortizadores de crises. Nas situações de ruptura familiar, na medida em que o vínculo avô/neto pode fazer-se independente do seu relacionamento com o filho, o avô pode servir como substituto da própria função paternal e fornecer um sentido de estabilidade emocional em meio à crise.

Como referido anteriormente, quanto à própria experiência adquirida, cabe salientar que os avós são elementos intermediários entre cinco gerações, ou seja, já foram netos e são avós. Funcionam, dessa forma, como transmissores da tradição do grupo social e da memória da família, fornecendo a esta uma história própria, uma identidade, um senso de união, o que permite um sentido de continuidade e estabilidade para os netos. Ao mesmo tempo, tal função permite um desejo de permanência e/ou perpetuação para o idoso.

Uma outra forma de influência, sendo esta não-verbal, é a presença do avô como modelo de identificação. A maneira como o avô lida com as experiências de vida, elabora os seus lutos e vive os seus últimos anos proporciona aos descendentes a visualização de sua própria situação futura, como pais e avós. A possibilidade de receber de uma forma menos ambivalente estes bens simbólicos (memória, experiências de vida) possibilita aos netos a capacidade de estabelecer vínculos afetivos mais tranquilos, por meio da internalização de figuras objetais fortes. Um exemplo eloquente da relação entre uma avó e seus netos e de vários desses aspectos pode ser observada no filme *Rapsódia em agosto*, de Akira Kurosawa.

A capacidade de desempenhar adequadamente esses papéis está sujeita a interferências de fatores externos e internos ao avô, os quais podem fortalecer ou prejudicar o vínculo. Dentre os fatores externos, podemos identificar a idade de

ambos, a proximidade geográfica e as relações pai/criança e avô/pai. Quanto ao próprio indivíduo, o ser avô não é livre de conflitos. Essa fase do ciclo vital coloca o indivíduo frente não só ao declínio de funções vitais, mas também sociais, bem como à proximidade da morte, o que pode ser vivenciado como uma ferida narcísica. O indivíduo está agora novamente em uma encruzilhada, para a qual necessitará valer-se de recursos que provêm, dentre outros, da elaboração de situação de vida prévia. A resolução desse conflito pode seguir dois caminhos: o primeiro deles é o reinvestimento das catexias na figura do neto, vivenciando por meio do amor a este a satisfação de receber o amor da família e de encontrar um papel dentro desta, resgatando, dessa forma, o seu amor-próprio. Por outro lado, ao enfrentar esta realidade, a do fim inevitável, o indivíduo se depara com um impasse, provocador de ansiedade, ambivalência e ataque aos vínculos internos e externos, impossibilitando ou dificultando-lhe vivenciar de forma tranqüila essa fase da vida.

Nessa segunda alternativa, encontramos situações em que os avós podem assumir posições de antagonismo aos filhos, aliando-se aos netos para combater os primeiros. Dessa forma, expressam o repúdio à sua própria juventude, revelando a incapacidade de vivenciar vicariamente as conquistas e os progressos dos netos, como prolongamento e reedição de seus próprios, o que caracteriza um aspecto essencial da velhice sadia. (Eizirik *et al.*, 1993)

VELHICE E CONTRATRANSFERÊNCIA

As reações emocionais dos médicos e dos membros das equipes de saúde apresentam características específicas em relação aos idosos.

Vários estudos revelam a importância das atitudes e reações emocionais em relação aos idosos como elementos determinantes de uma relação médico-paciente ou equipe-paciente de maior ou menor efetividade. Ao referir-se pela primeira vez à contratransferência, Freud (1910) alertava que a reação emocional inconsciente do médico à transferência do paciente poderia constituir-se em um obstáculo ao tratamento. Assim, segundo ele, era necessário manter controlada a contratransferência, estabelecendo o conceito clássico.

Nos anos 50, Racker (1949) e Heimann (1950) propuseram um novo conceito, o totalístico, significando o conjunto das reações emocionais do analista ao paciente. Com isso, uma atenção mais detida aos seus próprios sentimentos forneceria informações sobre os do paciente, na medida em que este, pelo uso do mecanismo da identificação projetiva, colocava na mente daquele algo de si e tentava acioná-lo a pensar, sentir ou agir de acordo com tal projeção. Nessa nova visualização, a contratransferência passou a ser considerada uma valiosa fonte de informações sobre o mundo interno e as reações emocionais do paciente.

O conceito totalístico, contudo, tornou-se muito amplo, pois incluía o conjunto das reações emocionais do analista, desconsiderando que parte delas era oriunda de si mesmo, de sua própria personalidade. Isso deu origem a um terceiro conceito, o específico (Sandler, 1976; Thomä e Kächele, 1985), que visa a identificar quais

são as reações emocionais do terapeuta às qualidades específicas de seu paciente, naquele momento da relação terapêutica. Tansey & Burke (1989) propuseram critérios para validar hipóteses sobre a contratransferência, ou seja, tentar determinar a fonte do sentimento contratransferencial, se do paciente ou do analista, o que é feito por uma série de perguntas que o analista se faz, seguida de outra série, que visa a entender o significado e o propósito do que está ocorrendo na relação com o paciente.

Na última década, aproximadamente, a compreensão da contratransferência tornou-se uma área emergente ou solo comum entre analistas de diferentes orientações teóricas, sendo entendida como uma "criação conjunta" de médico e paciente. Essa área de interesse comum pode ser visualizada como um gradiente ou *continuum*, no qual em uma das extremidades é dado mais peso às contribuições do analista, e na outra enfatiza-se a contribuição do paciente (Gabbard, 1995).

As reações contratransferenciais aos velhos estão relacionadas com as características emocionais dessa etapa da vida. As vivências básicas e dinamicamente significativas no processo de envelhecimento são as perdas, já descritas anteriormente.

As expectativas sociais, traduzidas em termos familiares, dos cuidadores, médicos, assistentes sociais, enfermeiras, enfim, daqueles que lidam de maneira direta com o idoso, podem exercer um papel importante, entre outros temas, na possibilidade de o idoso manifestar a sua sexualidade. Um exemplo disso é a abordagem utilizada quando surgem aspectos relativos à sexualidade em idosos institucionalizados. Essas manifestações são, muitas vezes, entendidas como sinais de demência ou inadequação, sendo manejadas de maneira repressora por meio de sedação ou punições. A própria inexistência de espaços reservados para a atividade sexual já é uma manifestação nesse sentido. Considerando que as instituições carcerárias dispõem de espaços reservados para esse fim, questiona-se por que a velhice não é da mesma forma contemplada.

Na família, pode-se identificar situação semelhante, uma vez que não é contemplado um espaço para a sexualidade do idoso. Os próprios filhos, embora pertençam a uma geração mais permissiva, têm dificuldade em aceitar o contínuo interesse sexual dos pais. A estes não é destinada uma privacidade nesse sentido, não só mediante espaço físico dentro de casa, mas também por meio de momentos em que o idoso possa sentir-se mais à vontade. Em muitos casos, até mesmo a expressão de desejos é tida como atitude inadequada do idoso, sendo reprimida ou até ridicularizada. Isso parece decorrer de uma reatualização da situação edípica, em que os papéis sociais e familiares se inverteram e os filhos atuam como censores, vingando-se assim do que viveram ou fantasiaram como interdições superegóicas dos pais no passado.

Ainda como fator de interferência na expressão da sexualidade na velhice, encontra-se a confusão entre o que se refere à sexualidade do idoso e as características relativas à geração. A geração atual de idosos vem de uma experiência histórica na qual a sexualidade, como um todo, foi reprimida, cabendo-lhes uma série de mitos de ausência de desejo, de impotência, da falta de atratividade na estética corporal, o que redundaria em uma ausência de sexualidade. Esse fator de

confusão deve ser mais bem analisado, pois o que pode estar sendo atribuído ao envelhecimento talvez seja expressão de características culturais e históricas de uma geração (Eizirik *et al.*, 1993; Vasconcellos, 1996).

A relevância desses aspectos para o atendimento dos idosos reside na atenção que o médico e a equipe darão à sexualidade deles, baseando-se na expectativa de uma não-sexualidade.

Uma fonte comum de dificuldades no atendimento de idosos é o fato de que os sinais físicos de envelhecimento e a proximidade da morte podem produzir o distanciamento do médico ou do estudante de medicina, preocupado com o seu próprio futuro. A evidência das limitações físicas do paciente pode servir como uma forma de confrontação com o seu próprio medo do envelhecimento e da morte. Esse confronto pode ser suficientemente doloroso para que o profissional se abstenha de um contato mais próximo com o paciente.

O trabalho com os idosos pode evocar sentimentos ligados ao envelhecimento e à morte dos pais do terapeuta ou cuidador. Quando estão bem resolvidos e entendidos, é possível esforçar-se para lidar com a situação de maneira eficaz. Entretanto, se ocorrer que o terapeuta não se dê conta desses sentimentos, a tendência é o distanciamento na relação terapêutica.

A idade avançada e a limitação nos anos de vida do paciente podem produzir também o medo da perda no terapeuta, dificultando o investimento afetivo no paciente idoso. Uma outra situação freqüente é a de que esses pacientes despertem no terapeuta sentimentos dependentes e infantilizados, que nunca estarão de todo ausentes independentemente do nível de sua maturidade.

Já o idoso pode identificar a figura do terapeuta com a de um filho, fenômeno conhecido como transferência reversa. Por outro lado, o aumento na dependência, muitas vezes, predispõe o idoso a visualizar o terapeuta como uma figura paterna ou materna. Isso freqüentemente se choca com uma idéia preconcebida do terapeuta, que esperaria ser visto como filho pelo paciente mais velho (Lewis & Johansen, 1982).

Entretanto, a transferência é, por definição, inconsciente, além de ser atemporal e regida pela fantasia (Berezin, 1972), e a realidade cronológica é secundária na sua determinação.

Na situação da transferência reversa, o terapeuta pode ser acionado pelo idoso para ocupar o lugar do filho que ele sente tê-lo abandonado ou negligenciado. A conduta manifesta, usualmente de cordialidade ou indulgência, como se estivesse tratando com um filho, pode dar lugar a reações transferenciais negativas, sob a forma de queixas, acusações e recriminações. É importante atentar ao fato de que tais manifestações em geral não são diretas, mas predominantemente aludidas, deslocadas para outros objetos da vida atual ou do passado do paciente. Além disso, os idosos, conforme destacado, podem estabelecer uma relação transferencial infantil, em que o terapeuta representa o pai ou a mãe, mas também relações transferenciais de outras etapas da vida, como a adolescência ou a idade adulta, e aí o terapeuta representa o reviver de conflitos e desejos com irmãos, cônjuge, etc.

Como em qualquer outra psicoterapia, mas nesta com a complexidade decorrente do acúmulo de experiências e vivências afetivas, o terapeuta deve estar permanentemente atento para a sucessão de papéis que pode representar no mundo interno do paciente (Eizirik *et al.*, 1997; Eizirik, 1996).

Com ênfase crescente nos últimos anos, a visão da velhice como um conflito emocional entre desespero e integridade, conforme propôs Erikson (1963), vem privilegiando a criatividade (Limentani, 1995; Settlage, 1996; Segal, 1958) e a capacidade de enfrentar as perdas inevitáveis com mecanismos adaptativos eficientes (Billig, 1993).

Um exemplo disso é fornecido pela coletânea de depoimentos editada por Pollock (1992, 1994), na qual 34 psiquiatras relatam suas experiências com o envelhecimento, tanto em suas vidas pessoais como profissionais, com ênfase nas capacidades criativas e em várias formas encontradas para enfrentar as perdas, os lutos e a proximidade do fim da vida.

Isso posto, pode-se considerar que:

1. existem características emocionais peculiares à velhice e problemas intrapsíquicos e sociais que se manifestam nesse período;
2. as reações emocionais produzidas por essas características e problemas na mente dos médicos e dos membros da equipe de saúde podem ser úteis ou prejudiciais para o adequado atendimento dos idosos;
3. a identificação dessas reações emocionais e sua correta compreensão podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre essa etapa da vida.

COMENTÁRIOS FINAIS

A velhice é uma etapa do ciclo vital com características próprias e necessidades específicas, como descrevemos ao longo deste capítulo. Os vários estudos mencionados são uma amostra da quantidade e da qualidade das pesquisas em desenvolvimento, que ampliam o nosso conhecimento sobre a velhice, ilustrando os aspectos psicológicos, sociais e psiquiátricos dessa etapa, aqui privilegiados pela própria natureza deste livro. O crescente conhecimento desses vários aspectos permitirá ao estudante, ao médico e aos profissionais da saúde intervenções mais eficientes que dependem também do reconhecimento das próprias manifestações emocionais conscientes e inconscientes, despertadas no convívio com os idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, K. La aplicabilidad del tratamiento psicanalítico a los pacientes de edad avanzada. In: Abraham, K. *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós, 1959. 395 p.
- ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos: área urbana de Salvador-BA. *J. Bras. Psiquiatr.*, n.33, p. 114-120, 1984.

- FREUD, S. (1910) As perspectivas futuras da terapêutica analítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1970. v.11.
- _____. (1917) Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v.14.
- GOLDBARB, A. I. Prevalence of psychiatric disorders in metropolitan old age and nursing homes. *J. Am. Geriatr. Soc.*, n.10, p. 77-84; 1962.
- GOLDBERG, E. *et al.* Depressive symptoms, social networks and social support of elderly women. *American Journal of Epidemiology*, v.12, n.3, p. 448-456, 1985.
- HENDERSON, A. C. Epidemiology of psychiatry Disorders. In: KAPLAN, H. SADOCK, B. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
- HEIMANN, P. On countertransference. *Int. J. Psychoanal*, n.31, p.81-84, 1950.
- HUNTLEY, J. *et al.* Established populations for epidemiologic studies of the elderly: resource data book. Washington: National Institute of Aging, 1986 (NIH Publication, 86-2443).
- IBGE. Página na internet: [Http://www.ibge.gov.br/indicador/indica.htm](http://www.ibge.gov.br/indicador/indica.htm).
- JARVIK, L.; SMALL, G. Geriatric psychiatry. In: KAPLAN, H. & SADOCK, B. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
- Jornal do Brasil*, 9/06/1996.
- Jornal do Brasil*, 10/08/1997.
- KAY, D.W. *et al.* Mental illness and hospital usage in the elderly: a random sample followed up. *Compr Psychiatry* n.11, p. 26-35, 1970.
- KNIJINIK *et al.* Monografia realizada por acadêmicos da disciplina MED8831 – Desenvolvimento do Adulto e do Idoso. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.
- LEE, M. *et al.* Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States. *Int. J. Aging and Human Development*, n.24, p. 313-327, 1996.
- LEWIS, J.M.; JOHANSEN, K. Resistances to psychotherapy with the elderly. *Am. J. Psychotherapy*, v.24, n.4, p. 497-504, 1982.
- LIMENTANI, A. Creativity and the third age. *Int. J. Psychoanal*, n.76, p.825-833, 1995.
- LJUNDQUIST, B.E.; SUNDSTROM, G. Health and social networks as predictors of survival in old age. *Scan J Soc Med*, v.24, n.2, p. 90-101, 1996.
- LOUREIRO CHAVES, D. Perfil cognitivo de uma população de idosos de uma cidade de médio porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul. [dissertação] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica, 1996.
- MINOIS, G. *Historia de la vejez*. Madrid: Nerea, 1987.
- MITCHELL, J. The concept and use of social networks. In: MITCHELL, J. (ed.) *Social networks in urban situations*. England, Manchester Un. Press, 1969.
- MONTGOMERY, S.A.; ASBERG, M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatr.*, n.134, p. 382-389, 1979.
- NEWSON, J.; SCHULZ, R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, v.11, n.1, p. 34-44, 1996.
- NORMAN, H. The gradual transition to a full and active retirement. In: POLLOCK, G. (ed.) *How psychiatrists look at aging*. Madison, Int. Universities Press, 1992-1994.

- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. *La salud de los ancianos: una preocupación de todos*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, EUA, 1992.
- PALINKAS, L. *et al.* The biocultural context of social networks and depression among the elderly. *Soc. Sci. Med.*, v.30, n.4, p. 441-447, 1990.
- PFIFER, J.F.; Murrell, A. S. Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *J Abnorm Psychol* n.95, p.282-91, 1986.
- POLLOCK, G.H. The mourning-liberation process and creativity. *Ann Psychoanal*, n.10, p. 333-353, 1982.
- RAMOS, L.R. *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, n.27, p. 87-94, 1993.
- RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1973.
- ROBINS, L.N. *et al.* The national institute of mental health diagnostic interview schedule: its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry*, n.41, p.949-58, 1984.
- ROVNER, B.W. *et al.* Prevalence of mental illness in a community nursing home. *Am J Psychiatry*, n.143, p. 1446-9, 1986.
- SANDLER, J. Countertransference and role-responsiveness. *Int. J. Psychoanal*, n.3, p. 43-47, 1976.
- SEEMAN, T. *et al.* Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *Am J. Epidemiology*, n.126, p. 714-723, 1987.
- SEGAL, H. Fear of death. Notes on the analysis of an old man. *Int. J. Psychoanal*, n.39, p.178-181, 1958.
- SETTLAGE, C. Transcending old age. *Int. J. Psycho-Anal*, n.77, p. 549-564, 1996.
- SILBERMANN, C. *et al.* Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Rev. Saúde Pública*, n.29, p. 445-450, 1995.
- STEINBACH, U. Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *J. Gerontol.*, n.47, p. S183-90, 1992.
- STOPPE, Jr. A.; LOUZÃ NETO, M.R. *Depressão na terceira idade*. São Paulo: Lemos, 1996.
- TANSEY, J.J.; BURKE, W.S. Understanding countertransference: from projective identification to empathy. Hillsdal Analytic Press, 1989.
- TEETER, R.B. *et al.* Psychiatric disturbances of aged patients in skilled nursing homes. *Am J Psychiatry*, n.113, p. 1430-1434.
- THOMÄ, H.; KÄCHELLE, H. *Psychoanalytic practice*. Berlim: Springer-Verlag, 1985.
- TOMBAUGH, T.; MCINTYRE, N.J. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J. Am. Geriatr. Soc.*, n.40, p. 922-935, 1992.
- VASCONCELOS, M.C.G. A velhice na sociedade moderna: imagens e práticas ideológicas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFGRS. Dissertação de Mestrado, 1996.
- VERAS, R.P.; COUTINHO, E. Prevalência da síndrome cerebral orgânica em população de idosos de área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, n.28, p. 26-37, 1994.
- VERAS, R.P.; MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int. J. Ger. Psychiatry*, n.9, p. 285-295, 1994.
- Zero Hora, 18/07/1997.

A Morte: Última Etapa do Ciclo Vital

*Cláudio Laks Eizirik, Guilherme Vanoni Polanczyk,
Mariana Eizirik*

A morte e o ato de morrer são temas que provocam freqüentemente discussão, em especial entre os profissionais da saúde, que se encontram em contato direto e repetido com pacientes velhos e com pessoas que morrem sob os seus cuidados. Discutir o que representa a morte e como as pessoas encaram a sua morte pode apresentar dificuldades por conter um significado subjacente: o de refletir sobre a nossa própria morte e sobre como será o nosso morrer. Isso pode estimular a elaboração inconsciente dessa realidade inevitável, necessária para que possamos lidar melhor com a morte de nossos pacientes, auxiliando-os e a seus familiares, como médicos e como pessoas. Precisamos, assim, explorar as nossas próprias perspectivas sobre o significado de sofrer e de morrer a fim de desenvolver a capacidade de cuidar do paciente terminal.

Para os estudantes de medicina e os médicos, é difícil lidar com repetidas cenas de dor, sofrimento e tristeza no dia-a-dia. Assistir a pessoas sofrendo, especialmente quando nada ou muito pouco se pode fazer, torna-se, freqüentemente, algo penoso, porque nos lembra de que, como seres humanos idênticos aos nossos pacientes, também somos suscetíveis a essas situações e não podemos modificar o curso da vida, que se encaminha para a morte. Então, para que não se torne insuportável lidar com doenças e morte, lançamos mão de mecanismos de defesa que podem ser bastante úteis – como o humor e a negação – mas que, por outro lado, podem nos tornar resistentes a sentir empatia pelos nossos pacientes. Fica claro, portanto, que a posição ideal consiste em entender o que o paciente sente, identificar-se parcialmente com ele, mas não sofrer como se fosse ele, atitude mental difícil de alcançar e de manter.

Esse tema pode ser abordado a partir de vários ângulos: desde o clínico, até o psicanalítico, o histórico, o sociológico, o antropológico, o religioso ou o literário. Nosso objetivo, neste capítulo, é destacar algumas idéias a respeito da morte e do morrer e refletir sobre a presença da morte em nossa vida e, conseqüentemente, em nossa prática médica.

O MEDO DA MORTE

A morte representa, essencialmente, o poder sobre o qual não temos nenhum controle, invisível, intangível, indomável, desconhecido. Tememos a morte por não sabermos como será o nosso encontro com ela, em que momento da nossa vida ocorrerá, o que representará para nós. O medo do inevitável fim existe em todas as pessoas, ao longo de suas vidas, mesmo que seja negado ou mascarado.

O medo da morte é fundamentalmente tratado na psicanálise como análogo à ansiedade de castração. Entretanto, diversos autores defendem a idéia de que Freud, quando fez essa analogia, referia-se ao terror ou ansiedade mortal – definido como a resposta a situações de extremo e real perigo – e não ao medo da morte futura. Chadwick (1929) considera haver uma distinção entre o medo da morte proveniente de um atual e real perigo à vida e a ansiedade sem causa real.

O medo da morte é o terror do desenlace de um evento único e definitivo, que combatemos e evitamos durante toda a nossa vida. A antecipação desse sentimento, já que nunca experimentamos a morte, não se daria se essa não fosse vista como a repetição de uma situação prévia na qual o ego experimentou algo como a sua própria destruição. Assim, o medo da morte emerge já na infância inicial e é essencialmente o medo da repetição do terror mortal experimentado em situações traumáticas – definidas por Freud como eventos biológicos inevitáveis que ocorrem no desenvolvimento de todas as crianças, como o medo da perda de pessoas significativas (essencialmente a mãe), o medo da perda do amor, a angústia de castração e a angústia face ao superego.

Ninguém está livre do medo da morte, que se encontra a todo instante em nosso funcionamento mental. Se esse medo fosse constantemente consciente, seríamos incapazes de realizar as nossas atividades normalmente. Assim, deve ser apropriadamente reprimido para que continuemos vivendo com um mínimo de conforto. Pelo menos em alguns momentos, para que a ansiedade causada pelo conhecimento da nossa morte seja aliviada, procuramos manter a convicção interna de que somos mais fortes do que todos os perigos que a nossa sociedade “moderna e civilizada” pode nos infligir e que, dessa forma, somos exceções que a morte não irá abater. Daí a origem do nosso interesse e fascinação por acidentes fatais, execuções, pela morte em geral. As tendências sádicas e egocêntricas, por mais reprimidas que sejam, satisfazem-se vendo a morte de outros, o que nos afirma que não fomos nós que morremos, que não fomos nós que sofremos. Em suma, são os outros que passam por tal situação, não nós; portanto, reafirma-se que também no futuro isso não nos ocorrerá, mas apenas aos outros, nos quais

projetamos o terror que nos desperta esse acontecimento inevitável. Tolstoi (1982), em *A morte de Iván Ilitch*, ilustra essa situação: "(...) 'Três dias de sofrimentos terríveis e depois... a morte. Mas isso pode acontecer também comigo, a qualquer momento, agora', pensou, deixando-se dominar pelo terror. Logo, porém, sem que percebesse sequer, foi socorrido pelo pensamento comuníssimo de que tudo aquilo sucede a Iván Ilitch e não a ele, de que aquilo não devia, nem podia acontecer-lhe, que pensando em tais coisas entregava-se a idéias fúnebres, o que era preciso evitar. Com esse raciocínio, tranqüilizou-se e indagou com interesse os pormenores da morte de Iván Ilitch, como se a morte fosse algo que não pudesse atingir senão a Iván Ilitch e nada absolutamente tivesse a ver com ele (...)".

A integração do medo da morte à estrutura da personalidade é uma parte necessária no desenvolvimento humano, e deficiências nessa adaptação contribuem para os transtornos emocionais. Zilboorg (1943) refere que o aspecto afetivo da autopreservação – esforço contra alguma força de desintegração – é o medo da morte. Para Stern (1968), "pode-se considerar a necessidade para se superar a morte um dos mais poderosos motivos do grandioso desenvolvimento da cultura humana". O medo do desaparecimento que a morte provoca, segundo muitos pensadores, suscita uma necessidade de perpetuação do homem, que se encontra expressa de diversas maneiras. Hermann Hesse (1992), em *Narciso e Goldmund*, diz: "(...) Talvez seja o medo diante da morte a raiz de todas as artes e talvez até mesmo de todo o espírito. Nós a tememos, estremecemos em face à transitoriedade e contemplamos com tristeza como, continuamente, as flores murcham, as folhas caem e sentimos dentro do próprio coração a certeza de que também somos passageiros e em breve feneceremos. Se, porém, como artistas criamos imagens, ou como pensadores vamos em busca de leis ou formulamos pensamentos, então agimos no sentido de poder salvar algo da grande dança da morte, colocando ali alguma coisa que possua uma duração maior do que nós mesmos (...)".

A REAÇÃO DO HOMEM FRENTE À SUA MORTE

A morte, como uma realidade presente desde o nascimento, desperta numerosas fantasias inconscientes e as correspondentes defesas contra elas. Dentre as fantasias, destacam-se as de caráter persecutório. A morte é vista como uma criatura antropomórfica, em geral uma mulher com uma foice, envolta em um temível manto negro, que vem buscar e levar a pessoa para um destino incerto. Esse ser assustador é a projeção dos próprios impulsos agressivos do moribundo e representa alguma pessoa de sua história passada, alguém a quem sente ter atacado ou mesmo destruído. A morte, dessa forma, pode ser vivida como um castigo por supostos crimes, faltas ou má conduta, o que a torna, então, algo terrível, assustador, insuportável.

Mas a morte também pode ser vivida como uma forma de reencontro com pessoas perdidas, recriando-se um mundo desaparecido e refazendo-se antigos laços. Aqui temos uma certa negação do fato biológico da cessação da vida, que se torna aceitável pela criação imaginária de um novo mundo de acordo com a

visão religiosa tradicional, que propõe uma continuação da vida sob nova forma, melhor, mais harmônica, sem sofrimento ou dor.

Na linha da negação, encontram-se as defesas maníacas, que levam o paciente a sentir alegria, júbilo, prazer. A morte transforma-se, de perda do bem mais precioso, que de fato é, em um triunfo, em uma superação, na realização do sentimento oceânico ou no encontro nirvânico com o pai, com a mãe, em suma, na entrada no paraíso. Assim, a morte pode tornar-se desejável, glamourizada, freqüentemente representada por uma bela mulher, envolta em véus diáfanos. Isso pode ser observado em vários filmes, como em *All that Jazz*, de Bob Fosse, ou em *Sonhos*, de Akira Kurosawa. Neste, isso fica evidenciado em um episódio no qual um alpinista exausto tomba sobre a neve e sonha com uma bela mulher que se inclina para beijá-lo e convidá-lo a repousar. Impelido pela pulsão de vida, o alpinista luta contra o desejo de ceder, percebendo que na verdade estava sendo estrangulado por essa figura fantasiada, e dessa forma desperta e se põe a lutar contra a tempestade de neve em que se encontra, procurando seus companheiros de escalada e conseguindo encontrar uma saída.

Elisabeth Kübler-Ross (1987), psiquiatra suíça, realizou um importante estudo com doentes terminais e distinguiu os estágios de reação à morte pelos quais passam desde o momento em que tomam conhecimento do seu prognóstico. Esses estágios não se apresentam necessariamente em ordem cronológica e, com freqüência, o paciente pode experimentar, ao mesmo tempo, sentimentos diversos.

O primeiro estágio é de negação e isolamento. Nesse período, a reação do paciente pode ser sintetizada na seguinte frase: "Não, eu não, não pode ser verdade". A negação, usada por quase todas as pessoas, é um mecanismo de defesa simples, mas radical, que funciona como um "pára-choque" depois da notícia inesperada e chocante da morte iminente, possibilitando a recuperação parcial para a mobilização posterior de outros mecanismos de defesa. A negação é uma necessidade mais freqüente logo após o conhecimento da doença fatal, que posteriormente vai e volta, sendo somente mais tarde substituída pelo isolamento.

O segundo estágio descrito é o de revolta. Depois que a negação esgotou-se e que é impossível não ver os sinais da doença, o paciente sente uma extrema revolta e freqüentemente pergunta-se: "Por que eu?". Sente-se revoltado porque está a ponto de perder sua vida; tem profundo ressentimento por aqueles que ficarão, por aqueles a quem ama e que continuarão vivendo mesmo depois de sua morte. Inconscientemente, tem a ilusão de que por meio da sua revolta, exteriorizando sua raiva, fará com que alguém se compadeça do seu estado e o livre da sua doença.

Depois que o paciente percebe que por mais raiva que tenha ninguém o salvará e que sua fúria não o levará a lugar algum, atinge o terceiro estágio, caracterizado pela barganha. Barganhar com Deus, pedir alguma coisa e dar outra em troca, significa estabelecer um compromisso que o deixaria ligado à vida e o impediria de morrer. É uma meta, um compromisso que tem de cumprir e que, só depois de tê-lo feito, pode morrer.

Após ter tentado inúmeras barganhas, o paciente percebe que é impotente, que não tem força alguma perante a morte e que dela não escapará. Então entra no

quarto estágio, caracterizado pela depressão. Não pode mais negar sua doença e sua morte; sua revolta, então, cede lugar a um sentimento profundo de perda. Imagina tudo aquilo que deixará de conhecer, de sentir, de viver; pensa no mundo existindo sem ele. Essa depressão geralmente é silenciosa e preparatória à perda iminente de pessoas amadas.

O paciente, depois de tantos sentimentos fortes, não terá mais depressão ou revolta. Externalizou os seus sentimentos de inveja, de perda de lugares, de momentos e de pessoas queridas; estará cansado e fraco. Quer ficar só, sem notícias do mundo exterior, em paz consigo mesmo, junto daqueles a quem ama, esperando a morte. Este é o quinto e o último estágio por que passam aqueles que estão à morte; a aceitação.

É necessário destacar que o significado e as repercussões da morte diferem conforme o momento do ciclo vital em que ocorre. Assim, as reações do paciente e de sua família, quando se trata de uma criança ou adolescente, assumem características mais dramáticas, por exemplo, do que o final da vida que coincide com a velhice, em que tal desfecho já é esperado e, por isso, tende a ser mais elaborado e mais facilmente aceito. Portanto, devem-se considerar as características emocionais específicas de cada período e as circunstâncias da morte (doença, acidente, suicídio, morte provocada pela violência urbana), para que se tenha uma compreensão mais abrangente de suas repercussões na família e no meio social em que a pessoa que morreu estava inserida.

Lowental (1981) defende a idéia de que o processo de morrer leva a pessoa à regressão a ideais e a relações predominantemente infantis e a um modelo de resposta emocional infantil, o que serviria como “defesa contra a percepção da ameaça de extinção”. Para esse autor, os eventos que ocorrem com pessoas que dizem ter tido experiência de morte e voltado à vida – atravessar um túnel escuro, ver uma luz forte e brilhante, reencontrar-se com pessoas queridas e ser invadidas por sentimentos de amor e paz – são fenômenos regressivos, memórias pré-verbais. Atravessar o túnel escuro representaria atravessar o canal uterino, encontrando uma pessoa querida, a mãe, com um rosto radiante, que a acolhe e lhe transmite amor e tranquilidade. Essa idéia vai ao encontro dos dados colhidos por Kübler-Ross (1987), que referiu comportamentos e necessidades infantis nos pacientes terminais.

Assim, somos todos imortais em nosso inconsciente; por mais que aceitemos a morte, temos a ilusão de que ela jamais ocorrerá. Quando pensamos em nossa morte, a imaginamos de fora, como espectadores e não a sentimos como algo que acontece a nós. “Não está na natureza humana aceitar a morte sem deixar uma porta aberta para uma esperança qualquer”. Entretanto, em alguns casos, a morte pode ser um grande alívio, e se torna mais fácil morrer quando se é ajudado a desapegar-se de todos os relacionamentos importantes na vida. Kübler-Ross (1996) refere que os pacientes que melhor reagem à morte e a aceitam melhor são aqueles que são encorajados a extravar suas raivas, a chorar, a comunicar seus medos e fantasias, a falar a quem possa ouvir.

O paciente terminal, mais do que qualquer outro, necessita da oportunidade de manifestar suas ansiedades e fantasias. A possibilidade de discutir esses assuntos,

de repassar sua vida, de fazer despedidas, de dar recomendações, de expressar anseios, de acertar contas afetivas, tudo isso dá ao paciente terminal uma sensação de tranqüilidade e alívio. Ele sente que pôde cumprir suas tarefas. Um homem que viveu por longos anos a constante perspectiva da morte, que se definia como um "tísico profissional", pois era tuberculoso em uma época na qual não havia qualquer tratamento médico eficaz para a doença, o poeta Manuel Bandeira (1961), captou a essência desse momento da seguinte forma: "Quando a Indesejada das gentes chegar (não sei se dura ou coroável) / Talvez eu tenha medo / Talvez sorria, ou diga: Alô, iniludível! / Meu dia foi bom, pode a noite descer (A noite com seus sortilégios) / Encontrará a casa limpa, a mesa posta / Com cada coisa em seu lugar".

A MORTE EM NOSSA CULTURA

A negação da nossa morte física acontece da mesma forma que negamos outras perdas do nosso dia-a-dia. Na sociedade contemporânea, não podemos nunca perder; temos sempre de ganhar: dinheiro, poder, *status*, reconhecimento. Christopher Lasch (1978) denominou tal situação atual de a "cultura do narcisismo", caracterizada pela dificuldade de discriminar a realidade da fantasia e o que realmente somos daquilo que os produtos que consumimos sugerem que sejamos. Assim, a disciplina coletiva e o trabalho concentrado ficariam substituídos por um mundo de impressões, aparências e disfarces. Evitamos, portanto, a morte porque ela é a confirmação de que não somos onipotentes, de que o mundo não vai parar quando deixarmos de existir e, se não fizermos nada em nossa vida, ela é o nosso limite. Se estamos aprisionados na busca de valores que não levam à essência da vida, e os vemos como um fim e não como meios para viver, certamente a morte nos revelará tudo isso.

A morte, então, é a mais profunda perda. Falar dela significa falar da última negação da vida, e isso nos aterroriza tanto por nos levar a pensar sobre o que estamos fazendo com a nossa própria vida. Entre os budistas e os hindus, há concordância geral de que nenhuma vida humana pode ter significado a menos que seja vivida na plena aceitação da morte. Segundo essas crenças, o meio mais eficaz de se relacionar com a morte é aceitá-la como o principal fato da vida e que todas as coisas pelas quais se espera, se ama e se deseja acabarão a seu devido tempo. Já na cultura ocidental contemporânea, há uma necessidade desesperada de compreender o porquê da finitude humana e o que vai acontecer conosco após a morte.

É muito difícil falar de morte em uma sociedade que a nega e tenta desesperadamente esquecer da sua finitude. Morte, para muitos, é um assunto depressivo, que lembra tristeza, perdas, sofrimento, impotência. Ter consciência da própria morte, entretanto, não significa ter pensamentos ininterruptos de destruição e sim objetiva aproveitar a vida, desfrutando de todas as suas manifestações. Montaigne (1962) diz que: "Nos apegamos à vida com tanto maior desejo de conservá-la quanto sabemos sua conservação pouco segura e receamos perdê-la".

Philippe Ariès (1988), em sua obra *O homem perante a morte*, detecta uma modificação na atitude da sociedade em relação à morte, no século XX, particu-

larmente. Segundo ele, todas as atitudes perante a morte durante o milênio não alteraram esse fato fundamental, nem a relação permanente entre a morte e a sociedade: a morte foi sempre um acontecimento social e público. Um tipo absolutamente novo de morrer apareceu durante o século XX, em algumas das zonas mais industrializadas, mais urbanizadas, mais tecnicamente avançadas do mundo ocidental. Trata-se, segundo ele, de uma imagem invertida, o negativo: a sociedade expulsou a morte, exceto a dos homens de Estado. O antigo carro mortuário negro e prateado é substituído pela banal caminhonete, indistinguível no trânsito. É como se o desaparecimento de alguém não afetasse a continuidade da vida. Ao lado disso, algo mudou na relação do moribundo com o seu ambiente, instituindo-se o início da mentira: é preciso não falar na morte iminente. Todos são, portanto, cúmplices de uma mentira que vai empurrando a morte para a clandestinidade. O "nada mudou", "tudo ainda é possível". Aos poucos, o moribundo passa a ser controlado pela família, que decide a forma de conduzir a morte. Ao contrário do século XIX, quando aumentara a importância do diálogo último, das despedidas, das últimas recomendações, observa-se agora que essa troca íntima e solene foi suprimida pela obrigação de manter o moribundo na ignorância. Este acaba partindo sem dizer nem ouvir nada sobre o momento de sua morte.

Paralelamente, tem início o processo de medicalização. A morte torna-se inconveniente, como os atos biológicos do homem; torna-se, pois, indecente fazê-la pública. Surge uma nova imagem da morte, diferente daquela romântica ou heróica de outros séculos: agora a morte é feia e escondida; escondida porque é feia e suja. A partir dos anos 30 e 40, e principalmente dos 50, institui-se a morte nos hospitais. A valorização do conforto, da intimidade, da higiene pessoal, da assepsia, tornou tudo mais delicado: os sentidos já não suportam os odores e os espetáculos que, ainda no século XIX, faziam parte, com o sofrimento e a doença, do dia-a-dia. O quarto do moribundo passou da casa para o hospital, que oferece às famílias o asilo onde abrigar o doente e toma para si o seu cuidado, possibilitando que a vida siga o seu curso.

O hospital passa, aos poucos, a se tornar não só o lugar onde se cura e onde se morre por um fracasso terapêutico, mas também é o lugar da morte normal, prevista e aceita pela equipe médica, e também por ela regulada, adiada ou abreviada. Mudou, pois, o estilo de morrer: a família afastou-se, o hospital encarregou-se do moribundo ou mesmo dos muito velhos, e se instituiu a ignorância do paciente acerca de sua real condição. Como médicos e estudantes de medicina, devemos nos opor ao silêncio que cerca o paciente terminal; torna-se necessário vencer nossa própria resistência a penetrar em seu mundo de dor, angústia e solidão, para podermos ajudá-lo na travessia dessa etapa final.

O ESTUDANTE DE MEDICINA E A MORTE

Todos os aspectos mencionados anteriormente adquirem particular intensidade no estudante de medicina, que, além de sua condição de pessoa, encontra-se em uma etapa evolutiva específica (adolescente-adulto jovem) e em uma fase de iden-

tificação que consiste em abandonar posturas e atitudes anteriores e adquirir uma identidade médica. O impacto da morte, do sofrimento e da doença terminal adquire características específicas. Várias atitudes defensivas podem ocorrer: negação, projeção, formação reativa e identificação excessiva.

O objetivo do ensino médico nesse âmbito, nem sempre conseguido, é possibilitar ao estudante ser exposto a sucessivas experiências de contato com a morte, observar de que forma os professores e residentes lidam com tais situações, para que, afinal, consiga adquirir uma posição sugerida por Racker (1973): a verdadeira objetividade baseia-se em uma forma de dissociação interna que capacita o médico a tomar a si mesmo (sua própria subjetividade) como objeto de sua observação. Assim, o médico identifica-se parcialmente com o paciente, mas mantém, ao mesmo tempo, sua objetividade científica e sua capacidade de intervir terapêuticamente de forma eficaz.

A experiência em uma escola médica é acompanhada por uma progressiva dissociação entre a doença física (do inglês, *disease*) e todo o espectro que envolve essa condição, com a visão do paciente como um todo (do inglês, *illness*), com um interesse acadêmico fortemente voltado ao primeiro aspecto. Se a segunda visão se tornar um sinônimo da história humana, e a primeira significar a realidade biomédica, a disjunção entre os dois termos pode ser diretamente responsável por uma atitude médica que pode ser problemática. É nessa base fundamental que as sementes para a produção de médicos considerados "pouco humanos" são plantadas.

O enfoque racional, não-emocional e científico é um modelo que os estudantes de medicina podem estar sendo encorajados a seguir com os pacientes e com suas famílias, mesmo quando se trata de pessoas com doenças incuráveis. Adotando uma postura autoritária e distante, claramente defensiva, o médico e o estudante passam a lidar com a morte como algo da realidade cotidiana, tentando banalizá-la. Treinados para investigar, diagnosticar, prolongar a vida e curar, quando deparados com um paciente terminal, essas metas tornam-se inúteis. Esse quadro é complicado pelo modo como a educação médica ensina a lidar com a doença terminal, desafiando-os a utilizar princípios científicos e tecnologia avançada, promovendo a crença de que, com tais princípios corretamente aplicados, será possível prevenir a morte.

Tais fatores impulsionam cada vez mais o estudante e o médico a criarem falsas expectativas e ilusões em relação à sua capacidade de prevenir situações inevitáveis, promovendo enormes frustrações e sensações de impotência quando deparados com a realidade. Isso poderia ser amenizado se tais expectativas deixassem de ser estimuladas durante a formação médica e fossem bem discutidas e analisadas.

Os médicos e os estudantes precisam explorar suas próprias perspectivas sobre o significado do sofrimento a fim de desenvolver seus enfoques a respeito do paciente que está atravessando essa etapa. Identificar os fatores relacionados aos médicos, pacientes e sistema de saúde que impõem barreiras ao atendimento apropriado no final da vida deve ser o primeiro passo em direção à educação dos profissionais da saúde nesse tópico.

ENFOCANDO O CUIDADO DO PACIENTE TERMINAL

A evolução tecnológica da medicina ocorrida no século XX permitiu que os médicos se distanciassem progressivamente do cuidado aos pacientes terminais. Influenciados por um pensamento cientificista, racional ou mecanicista, tornaram-se árbitros de uma existência final, mais do que mediadores de um fenômeno natural, como no passado. Discutir as causas desse fenômeno e as posições do médico e do paciente no processo de morrer são fundamentais para uma abordagem mais humana e efetiva daqueles que estão sob os nossos cuidados.

Muitos médicos têm a convicção estabelecida de que o mundo daquele que está morrendo é algo que ninguém pode ou deve violar, e esperam ser abordados abertamente em vez de se aproximarem gradualmente. Muitos médicos, com a piora da condição de saúde de seus pacientes, tornam-se menos amistosos e mais frios; suas visitas são mais raras e curtas e suas atitudes são caracterizadas por um afastamento progressivo.

A morte desencadeia sentimentos e emoções não apenas naquele que está morrendo, mas nos médicos responsáveis pelo cuidado, que podem não estar preparados, como profissionais e como pessoas, para suportar esse processo. Dostoievski (1979) chamou a morte, o sofrimento e a vida de “questões eternas” que os seres humanos não podem resolver definitivamente. O melhor que podemos fazer é buscar e oferecer alternativas, viver com o risco de estar errados e permanecer abertos para novos *insights*.

Todo médico tem a tarefa inerente à sua profissão de ajudar seres humanos em necessidade. No entanto, quando a inexorável morte de um paciente se anuncia, há uma alteração desse suposto, a menos que o médico tenha a capacidade e a sensibilidade de adicionar uma nova dimensão à relação médico-paciente. Passa do enfoque do cuidado físico do paciente para o auxílio de uma pessoa que encara a morte. Agora, fazer o bem e promover o bem-estar adquire uma nova conotação e baseia-se no contato entre dois seres humanos, estando o médico despido de todas as defesas e convenções que o protegem. O seu papel passa do curar para o cuidar. A consciência do pouco poder que temos frente à morte e da nossa restrita função como assistentes de uma pessoa doente é muito bem traduzida em uma conhecida frase: “curar, raramente; aliviar, frequentemente; mas confortar, sempre”.

COMENTÁRIOS FINAIS

Apenas a morte é irreversível, absoluta, final; primeiro, e acima de tudo, a nossa própria morte, mas igualmente a dos outros. A morte, última negação da vida, impõe mais intensamente o problema do significado da vida e, como limitação, dá a ela sua qualidade única e, a nós, o desejo de saborear ao máximo cada um de seus momentos.

Heidegger (Pollock, 1971) diz que “desde o seu nascimento o homem já é suficientemente velho para morrer”, afirmando que “percebemos o tempo apenas

porque sabemos que temos de morrer". Assim, a morte, presente durante toda a nossa vida, deve ser uma verdade que desperte em nós o desejo de viver para aproveitar tudo aquilo que nos é oferecido, lutando ainda por aquilo que não temos, usufruindo de cada momento de prazer.

Dessa forma, o enfrentamento com a própria morte é a última tarefa do ciclo vital, que pode ser melhor ou pior vivida caso predomine, conforme propõe Erikson (1969), o desespero ou a integridade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIÈS, P. *O homem perante a morte*. Lisboa: Publicações Europa-América, 1988.
- BANDEIRA, M. *Antologia poética*. Rio de Janeiro: Editora do Autor, 1961.
- CHADWICK, M. Notes upon the fear of death. *Int. J. Psychoanal.*, n.10, p.321-334, 1929.
- DOSTOIEVSKI, F. *Crime e castigo*. Rio de Janeiro: Editora Abril, 1979.
- DYER, K. Reshaping our views of death and dying. *JAMA*, n.267, p. 1265-70, 1992.
- EIZIRIK, C.L. Relatório apresentado na reunião plenária "O paciente terminal". II Encontro Brasileiro de Interconsulta Psiquiátrica, Porto Alegre, 30/10/1991.
- EIZIRIK, C.L.; POLANCZYK, G.V.; EIZIRIK, M. O médico, o estudante de Medicina e a morte. *Revista da AMRIGS*, v.44, n.1, 2, p. 50-55, 2000.
- ERIKSON, E. *Childhood and society*. New York: Norton, 1969.
- FRIEL, P. Death and dying. *Ann. Intern. Med.*, n.97, p. 767-771, 1982.
- GEPPERT, C. The rehumanization of death: the ethical responsibility of physicians to dying patients. *JAMA*, n.277, p. 1408-1409, 1997.
- HESSE, H. *Narciso e Goldmund*. Rio de Janeiro: Record, 1992, p.153.
- KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- _____. *Morte: estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- LASCH, C. *The culture of narcissism*. New York: Norton, 1978.
- LOWENTAL, U. Dying, regression and the death instinct. *Psychoanal Rev*, n.63, p.363-370, 1981.
- MONTAIGNE. Nosso desejo cresce com a dificuldade. In: MONTAIGNE. *Ensaios*. v.3. Porto Alegre: Globo, 1962.
- POLLOCK, G. On time, death, and immortality. *Psychoanal Q*, n.40, p. 435-446, 1971.
- RACKER, E. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1973.
- SERAVALLI, E. The dying patient, the physician, and the fear of death. *N. Engl. J. Med.*, n.319, p. 1728-1730, 1988.
- STERN, M. Fear of death and neurosis. *J. Am. Psychoanal. Assn.*, n.16, p. 3-31, 1968.
- TOLSTOI, L. *A morte de Iván Ilich*. Rio de Janeiro: Saraiva, 1982. p. 12-13.
- ZABRENKO, R.; ZABRENKO, L. *The doctor: three development stages in the growth of physicians*. Pittsburgh: University of Pittsburg Press, 1978.
- ZILBOORG, G. Fear of death. *Psychoanal. Q*, n.12, p. 465-475, 1943.