

OMNIA

SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

MELLO, Jéssica Pereira; SEI, Maíra Bonafé; ZANETTI, Sandra Aparecida Serra. Quando o brincar inaugura um espaço de construção de uma nova possibilidade de ser: o relato de um caso clínico infantil. *Omnia Saúde*, v.10, n.2, p.49-58, 2013.

ISSN versão Online 2236-188X
ISSN versão Impressa 1806-6763

Recebido em: 19/10/2013
Revisado em: 14/12/2013
Aceito em: 20/12/2013

QUANDO O BRINCAR INAUGURA UM ESPAÇO DE CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA POSSIBILIDADE DE SER: O RELATO DE UM CASO CLÍNICO INFANTIL

WHEN PLAYING OPENS A SPACE TO STRUCTURE A NEW POSSIBILITY OF BEING: THE REPORT OF A CHILD CLINICAL CASE

Jéssica Pereira de Mello

Psicóloga (UEL)

Maíra Bonafé Sei

Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina
Mestre e Doutora em Psicologia Clínica (IP-USP)

Sandra Aparecida Serra Zanetti

Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina
Mestre e Doutora em Psicologia Clínica (IP-USP)

RESUMO

Este artigo apresenta os resultados de um estudo de caso clínico a partir da literatura psicanalítica winnicottiana. O artigo aponta para a importância do brincar e do jogo para o processo terapêutico, no sentido de possibilitar a construção de uma nova possibilidade de ser, quando associado à criação de um espaço potencial em sessão. Este estudo ainda ressalta a importância do trabalho que é possível de ser feito quando o psicólogo clínico adota uma postura coerente com as necessidades do paciente, adaptando-se e providenciando o nascimento de um espaço “suficientemente bom” para que o verdadeiro *self* deste possa emergir.

Palavras-Chave: Brincar; Psicoterapia Infantil; Clínica-Escola; Psicanálise.

ABSTRACT

This article presents the results of a clinical case study from Winnicott's psychoanalytic literature. The article points to the importance of playing and the game for the therapeutic process in order to enable the construction of a new possibility of being when associated with the creation of a potential space in session. This study also emphasizes the importance of the work that can be done when the clinical psychologist adopts an approach consistent with the needs of the patient, adapting and providing the beginning of a "good enough" space for the patient's true self can emerge.

Keywords: Game; Child Psychotherapy; Clinic-School; Psychoanalysis.

Jéssica Pereira Mello; Maíra Bonafé Sei; Sandra Aparecida Serra Zanetti. Quando o brincar inaugura um espaço de construção de uma nova possibilidade de ser: o relato de um caso clínico infantil. 50

INTRODUÇÃO

A psicanálise no campo da prática infantil encontra obstáculos desde seus primórdios, por se tratar de um processo terapêutico complexo e que exige dedicação do psicólogo, num nível diferenciado. As crianças não se comunicam da mesma forma que o adulto, que geralmente se comunica verbalmente. Elas possuem meios diferentes de se relacionar no processo terapêutico, como através de brincadeiras, jogos, imagens, histórias e fantasias.

Não fosse pela dedicação de autores sensíveis, como Klein, Balint, Winnicott, Aberastury, esse domínio da psicanálise ainda estaria encoberto com a crença de que uma análise só serve para adultos, de acordo com Seewald (1999). Este autor entende que este tipo de trabalho envolve uma disponibilidade do analista que inclui condições geográficas e ortopédicas: segundo ele, metáforas para o espaço mental e para a maleabilidade somatopsíquica, necessários para a manutenção de um *setting* analítico “suficientemente bom”, parafraseando Winnicott.

Sem dúvida, ainda segundo Seewald (1999), foi a genialidade de Klein que deu sentido ao brincar no campo da análise de crianças. Ela entendeu a necessidade de se criar uma estratégia para se ultrapassar a barreira da linguagem e percebeu que as crianças expressam suas fantasias, seus desejos e suas experiências de um modo simbólico, por meio dos brinquedos e jogos. Winnicott, segundo o autor, modifica consideravelmente este campo, apontando uma outra direção para o brincar: este é tomado como coisa em si, diferentemente de Klein que se atentava principalmente à interpretação do conteúdo da brincadeira.

Gomes e França (2012) reconhecem um distanciamento entre a posição de Klein em análise com criança dos analistas kleinianos contemporâneos, salientando que após um fecundo exercício de reflexão sobre o furor interpretativo de Klein, foi possível reconhecer que o brincar, por si só, tem, muitas vezes, o poder de permitir a elaboração de determinadas tramas. Desta forma, as autoras salientam que a interpretação saiu do foco central de toda e qualquer sessão e passou a ser utilizada apenas nos casos em que seus recursos técnicos são indispensáveis.

Nesta direção, Barbieri, Ujikawa e Mishima (2011), pesquisando sobre o brincar de crianças com sintomas de encoprese, assinalam que o brincar dessas crianças é enrijecido e pouco criativo devido a um rígido controle pulsional. A compreensão dos autores passa por um olhar em que este sintoma se originava no relacionamento com a mãe e nas dificuldades desta de elaboração da própria ambivalência, que também conduziam a um hipercontrole de si mesma. Portanto, o sintoma e a dificuldade criativa da criança revelavam uma reação da mesma, diante da intrusão de um ambiente que não acolhia suas necessidades, nem permitia integrar amor e ódio.

Em sua relação com a fantasia, o brincar, para Di Paolo e Barros (2010), deve ser entendido como uma via para elaboração acerca de significantes vinculados com a construção do próprio corpo da criança, e ao mundo em que ela se apresenta como sujeito em constituição. O brincar, entendido aqui, portanto, como uma possibilidade de expressão fantasmática, viabiliza, segundo os autores, processos de representação de, paradoxalmente, algo que resiste a ser representando mas que continua a atuar no psiquismo.

No campo do brincar, portanto, predomina a ação, onde há espaço não só para o brincar com conteúdo, para o brincar como coisa em si, mas também para as formas da criança agir, condutas muito menos compreensíveis e menos toleradas, que também constituem o âmbito do trabalho com crianças (SEEWALD, 1999). Para este autor, a criança se comunica predominantemente brincado, isto é, fazendo. Por isso, entende que a ação e o ato precisam ser encarados como parte de seu discurso e precisam ser vistos pela psicanálise como conceitos fundamentais.

Generalizando o conceito do brincar, Almeida (2011) assinala que este deve predominar desde os estados primitivos da mente do analista. Sugere esta ferramenta como instrumento favorecedor de acesso ao infantil e de desenvolvimento psíquico. Nesta vertente, o brincar também pode ser pensado a partir da postura do analista, tomando um sentido abrangente: de liberdade, de investigação, de flexibilidade de pensamento, e modulação de estados mentais que permitam a promoção de um espaço para percepção do outro e do novo, para a possibilidade de transitar entre o faz de conta e a realidade, mundo interno e mundo externo, dentro e fora. Desta forma, mesmo a clínica com adultos se beneficiaria deste recurso.

Winnicott (1971) é o autor que está na base da maioria dos trabalhos apresentados acima e será o escolhido para fundamentar a prática e a escrita deste trabalho porque, como visto, traz considerações que valorizaram sobremaneira a importância do brincar no processo terapêutico, relativizando a importância da análise verbal e considerando o brincar como dotado de valor terapêutico. Afirma que somente através do brincar é possível descobrir o *self* e ser criativo, tão necessário para que alguém sinta que a vida é real e satisfatória. Franco (2003) destaca que a novidade epistemológica do pensamento de Winnicott é fazer do setting analítico um espaço vivo e alegre, que visa à integração e à espontaneidade do *self* e carrega uma radical visão do que seja a psicopatologia humana. Fulgencio (2008) concorda que o modelo clínico de tratamento de Winnicott tem sua finalidade no brincar, na criatividade e no encontro de si mesmo.

O brincar se inicia na relação familiar, especificamente na relação do bebê com sua mãe. Ao nascer, o bebê é completamente dependente de sua mãe e Winnicott (1975) demonstra a importância de um vínculo fortemente estabelecido entre uma mãe e sua criança, desde o seu nascimento, pois considera que não há possibilidade alguma de um bebê progredir do princípio do prazer para o princípio da realidade, ou no sentido da identificação primária, a menos que exista uma “mãe suficientemente boa”. Esta é aquela que se adapta em relação às necessidades do bebê, e o autor assinala que a assistência física da mãe ao bebê se transforma num processo psicológico. A técnica materna de pegar no colo, de banhar, de alimentar, de mantê-lo aquecido, de sensibilizar-se das necessidades do bebê proporcionará a este a experiência de se sentir integrado (WINNICOTT, 1975).

A adaptação quase completa promovida ao bebê oferece-lhe a ilusão da onipotência: um controle mágico da realidade externa correspondente a sua própria capacidade de criar, o que, para Winnicott (1896-1971/1975), é necessário a sua sobrevivência. No entanto, o trabalho de uma “mãe suficientemente boa” será o de promover uma adaptação que diminui gradativamente, seguindo a crescente capacidade do bebê de tolerar os resultados da frustração. Esta mãe é capaz de ir se afastando gradativamente do bebê à medida que ele a libera. Este processo promoverá condições para que a criança se desenvolva de modo sadio, frustrando gradativamente sua onipotência e podendo, assim, perceber a realidade (WINNICOTT, 1975).

Portanto, a “mãe suficientemente boa” promove uma passagem gradativa da ilusão à desilusão, quando a criança começa a deparar-se com a ideia de separação da mãe, porém ainda não discrimina completamente a realidade externa da interna. É assim que, para Winnicott (1975), surge uma *área intermediária* concedida ao bebê entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade: os fenômenos e objetos transicionais.

Os objetos transicionais, primeiras possessões tidas como não-eu pelo bebê (ursinhos, bonecas, brinquedos etc.) e os fenômenos transicionais são áreas neutras, intermediárias de experiências, incontestadas quanto a pertencer à realidade interna ou externa (compartilhada) e constituem a parte maior da experiência do bebê. Esses são facilitadores da passagem da dependência à independência, de um estado de estar fundido com a mãe ao de perceber-se separado, possibilitando a emergência da subjetividade. Por meio dos fenômenos transicionais, a criança poderá desenvolver sua capacidade criativa; condição do homem de realizar algo com prazer, com vivacidade e singularidade, proporcionando a individualidade, permitindo o acesso de contato com a realidade objetiva (WINNICOTT, 1971).

Quando tudo corre bem neste processo, a criança desenvolveu um verdadeiro *self*, reconhecido e amado pela mãe e possui satisfação em viver com espontaneidade e criatividade. Porém, falhas nesses processos são muito comuns e o espaço da terapia seria o promotor de uma retomada deste processo, por meio da brincadeira, para o autor. O vínculo que se estabelece entre terapeuta e paciente, portanto, será determinante para que o paciente seja capaz de recuperar o que ficou falho em sua experiência. Entretanto, este processo ocorre somente quando o terapeuta for capaz de promover um ambiente “suficientemente bom”, um espaço potencial para a revelação do verdadeiro *self*, adaptando-se às necessidades do paciente. Sendo assim, a subjetividade do analista também é utilizada para criação de um espaço potencial, onde é gerada a verdadeira comunicação, construtora do significado do jogo no processo terapêutico (AVELLAR, 2004).

Diante de tudo, de acordo com Winnicott (1997), o analista deve se basear na história de vida do paciente a partir dos estágios iniciais, pois, isto poderá ajudá-lo a compreender e identificar as necessidades do paciente, para posterior reconhecimento no *setting* analítico.

Aberastury (1992) corrobora as premissas de Winnicott ao ressaltar a importância da entrevista inicial com os pais para o processo terapêutico. A autora afirma que é necessário resgatar desde questões que antecedem o nascimento, como relação entre os pais, gestação da criança, parto e questões importantes referentes aos primeiros anos de vida da criança.

Considerando que a prática é uma forma rica de contribuição para a teoria, este trabalho almeja contribuir para a discussão sobre o brincar no processo terapêutico infantil por meio de um relato de um atendimento, ocorrido em uma clínica escola da cidade de Londrina (PR).

METODOLOGIA

Este estudo de caso se refere ao atendimento realizado com um menino de 11 anos de idade e, para efeito deste trabalho, foi escolhido um nome fictício para o paciente: Fernando. Os atendimentos ocorreram na Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, ligado ao Centro de Ciências Biológicas, durante o ano de 2013, especificamente do mês de abril até o mês de dezembro deste ano. Foram realizadas 28 sessões com duração de 50 minutos cada uma, na frequência de uma vez por semana, além das entrevistas com os pais do paciente.

Sendo assim, a seguir será relatado um pouco da história de vida do paciente, sua infância, sua família, e dados importantes do processo terapêutico ao longo do ano, a fim de que todo o material clínico possa ser analisado e discutido à luz da teoria winnicottiana.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para iniciar o processo de terapia, foi marcada uma entrevista com os pais de Fernando, porém somente a mãe compareceu, e esse fato se repetiu em outras ocasiões onde outras sessões com os pais foram agendadas. A família de Fernando é composta pela mãe, pai e um irmão mais novo. O pai acabou se mostrando ausente durante todo processo terapêutico, mas conteúdos a respeito deste vieram à tona em algumas sessões. A mãe de Fernando se encarregou de compartilhar a história do menino, incluindo os episódios anteriores ao nascimento. Segundo ela, sua gravidez foi tranquila, exceto por ter tido diabetes gestacional, mas que foi bem acompanhada pela equipe médica.

A mãe comenta que costumava chegar do trabalho, deitar no sofá, colocar uma música relaxante e descansar conversando com o filho. No discurso desta mãe, Fernando era uma criança totalmente normal, muito bonzinho e que não chorava por nada, desde pequeno já era assim: *“Ele não chorou nem quando o médico deu um tapinha nele, mas feitos os exames comuns a bebês, os resultados deram todos normais”*. Entretanto, a mãe relatou que ela achava que ele passou da hora de nascer por duas semanas. Segundo ela, o médico se enganou e marcou a cesárea atrasada e a criança nasceu com os dedinhos todos roxos, ela ficou preocupada, pois, as enfermeiras o levaram para longe dela e ela só pode vê-lo quando ele já tinha tomado banho.

A mãe afirmou que Fernando nunca teve problemas de saúde, teve um desenvolvimento normal, ressaltando sempre que o filho é um menino muito bom e que se preocupa muito com ele. Quando questionada sobre o contexto atual da vida de Fernando, a mãe afirmou que ele é muito inteligente, que é adiantado para sua idade, mas que não tem muitos amigos e briga muito com seu irmão mais novo que é bastante problemático, embora a relação da família seja boa. O motivo pelo qual a mãe trouxe Fernando para terapia é relacionado a sua entrada na fase da adolescência e em destaque a alguns comportamentos considerados assustadores pela genitora, tais como fazer desenhos com pessoas esquetejadas, com representação de sangue, além de mau comportamento junto aos professores. Entretanto, afirmou que o menino tinha melhorado após fazer terapia há algum tempo atrás.

Após esta sessão de entrevista, se iniciaram os atendimentos a Fernando, que demonstrou ser um menino tímido. As primeiras sessões foram direcionadas ao conhecimento do paciente que pareceu não gostar de falar muito. Poucas vezes optou por algum jogo ou brincadeira, porém, gostava de desenhar, pintar e contar sobre seus desenhos favoritos, também contava sobre suas músicas preferidas e os jogos de computador sempre estavam presentes em suas falas. Durante as primeiras sessões, Fernando usou o desenho para se comunicar, porém o espaço potencial ainda não havia sido criado e os benefícios da confiança envolvida ainda se mostravam incipientes. No decorrer das sessões, embora o processo transferencial estivesse ocorrendo devagar, alguns fatores referentes às características do paciente e fatos expostos pelo menino e por sua mãe puderam ser observados, o que contribuiu para que *insights* acontecessem.

Desde a primeira sessão o menino relatou algumas obrigações que faziam parte de seu cotidiano, a mais gritante delas se referia ao cuidado com o irmão mais novo. Ele era responsável por seu irmão em casa e por diversas vezes ficou encarregado de levá-lo de ônibus para a escola ou até o trabalho de sua mãe. O discurso da mãe de Fernando a esse respeito era ambivalente, pois achava que o filho “já era adulto”, mas também se sentia culpada, já que em muitos momentos se percebia sendo “muito dura” com ele, incumbindo-lhe de diversas responsabilidades. Da mesma forma que a mãe contou que Fernando possuía poucos amigos, nas sessões a psicoterapeuta observou um menino fechado e com certo receio de fazer vínculos. Porém, era interessante notar que Fernando fantasiava a existência de novos amigos.

O processo de instauração da transferência foi bastante lento, o sentimento da psicoterapeuta era de que a formação da relação transferencial demandava o tempo do estabelecimento de uma relação de confiança entre eles. Entretanto, a inexperiência da psicoterapeuta em terapia infantil e suas próprias limitações de características e de personalidade, provavelmente contribuíram para que este tempo de aprofundamento do vínculo se prologasse. Demoraram alguns meses para que esse processo se concluísse, até que Fernando começou a esboçar nas sessões sua insatisfação com sua mãe e por vezes receio de que ela soubesse de conteúdos que ele trazia para a terapia. Garantido o sigilo e o tempo de vínculo, ele foi se soltando e o espaço potencial se consolidando.

Fernando começou a agir mais espontaneamente e a dividir aflições e fatos de sua vida. Nesta época, se instaurou um período em que o “brincar de lego” ocupou grande parte das sessões, representando um período de muitas construções diante da quantidade e qualidade de conteúdo trazido pelo paciente. Importante ressaltar que desde o início, durante todo o processo de investimento no vínculo terapêutico que culminou nesta experiência rica, Fernando se interessou em brincar: fazendo desenhos, construções em lego e, posteriormente, jogos de cartas. As situações de jogo propiciavam que ele pudesse demonstrar suas frustrações e falar sobre fatos que o estavam incomodando. Por exemplo, durante as construções com lego, por vezes destruía o que havia construído, quando não saía como planejado, demonstrando rigor consigo mesmo.

Em outros momentos demonstrava medo em perder o espaço da terapia, quando queria levar algum desenho para casa ou foto do que construía em sessão. Por meio de outras brincadeiras, extravasava sua raiva, muitas vezes simulando a morte dos personagens. Quando informado sobre o encerramento do processo terapêutico disse que estava tudo bem, porém durante um jogo de cartas, espalhou todas as cartas pelo chão da sala e disse que iria embora, mas logo após começou a recolher as cartas do chão e disse que gostava

muito do espaço da terapia porque ali podia contar à psicoterapeuta o que se passava com ele e que não seria julgado por isto.

Tendo em vista o contexto da Clínica-Escola, o atendimento foi finalizado após um ano letivo, perfazendo um total de aproximadamente 30 sessões com a criança. Por meio da psicoterapia de Fernando percebeu-se a necessidade de continuidade deste trabalho, acarretando no encaminhamento deste para uma nova terapeuta, cuja intervenção seria iniciada no ano seguinte. Sabe-se que este tipo de configuração não se apresenta como a mais interessante, especialmente no caso de crianças que possuem outra maneira de estruturar sua comunicação, sem a organização do adulto para selecionar os conteúdos que mais as afligem em determinados momentos. Todavia, este é um tipo de limitação a ser enfrentado por aqueles que se propõem a intervir nos espaços institucionais, especialmente aqueles ligados a espaços de formação em Psicologia.

No que concerne especificamente à psicoterapia de Fernando, ao analisar todo processo de terapia do menino, desde as entrevistas com a mãe, pôde-se observar a importância do espaço terapêutico através da possibilidade do brincar. Em menos de um ano foi possível uma resignificação do rigor e da cobrança de Fernando sobre si, na medida em que ele pôde experimentar um espaço de construção de uma nova possibilidade de ser.

O rigor das exigências do paciente sobre si indica uma construção subjetiva falsa, um “falso-*self*” que procura constantemente adaptar-se ao ambiente, ao que é esperado dele, aguardando um momento até que seu verdadeiro *self* possa aparecer, quando sentir a confiança necessária de que será realmente aceito e reconhecido em sua espontaneidade. Fernando sempre procurava ter atitudes corretas e quando não as executava, se desculpava e muitas vezes demonstrava sentir culpa. Neste sentido, entende-se o tempo que necessitou para que realmente pudesse trazer à tona seu verdadeiro *self* e o fato da psicoterapeuta ter tido suas dificuldades em estar com Fernando também pode ser considerado um aspecto positivo neste processo. Isto porque, considera-se que as falhas dela foram fundamentais para contribuição da construção de um espaço de maior liberdade para o paciente. Winnicott (1955) ressalta que as falhas do analista podem retomar fracassos passados do paciente e com a relação permitir que ele possa se zangar no agora do *setting* terapêutico, fato que esteve presente em várias sessões, onde o paciente se frustrava e encontrava liberdade para expressar seus sentimentos com o apoio da psicoterapeuta.

Para finalizar, é interessante ressaltar a criação do espaço potencial como fator determinante para o progresso do caso clínico. Este espaço foi denominado potencial, pois nele foram incluídas experiências do paciente, atividades lúdicas, psicoterapia e a experiência cultural. Winnicott (1971) afirma que onde há confiança e verdade, há um espaço potencial, espaço considerado sagrado para o indivíduo porque experimenta o viver criativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Corroborando ao que a literatura afirma, o processo terapêutico infantil possui particularidades, sendo necessário que o terapeuta seja sensível às formas pelas quais a criança se comunica. Neste processo o brincar e o jogo ocupam um lugar de destaque, porque possibilitam a criação de um campo de experiências criativas ao paciente. Fator

observado de perto na vivência deste caso clínico ao decorrer dos atendimentos, além disso, estes recursos contribuíram para criação do vínculo transferencial entre a criança e o terapeuta.

No caso clínico apresentado, evidencia-se uma postura da psicoterapeuta de abertura para o novo, para o inédito e o espontâneo da experiência e da relação, já que esta inaugurava sua prática clínica infantil com este paciente, e juntos puderam construir um ambiente rico em possibilitar que a essência verdadeira do tratamento se fizesse presente, de acordo com a teoria winnicottiana. Portanto, para muito além, ou aquém, de necessidades em se fazer uma interpretação correta, foram as baixas expectativas da psicoterapeuta sobre o seu trabalho clínico que disponibilizou o nascimento de um espaço e de um vínculo “suficientemente bons” já que era exatamente disso que o paciente precisava. Assim, esta pôde adaptar-se às necessidades de seu paciente, promovendo um clima na sessão de “não-saber” que potencializou o nascimento de uma subjetividade nova, correspondente não com a obrigação em ser um “menino bonzinho”, mas de poder ser verdadeiramente quem se é.

Por fim, salienta-se que este tipo de trabalho é muitas vezes aquele possível em uma Clínica-Escola, espaço de aprendizado e com suas limitações, mas espaço que abarca muito bem o campo do “não-saber”, no sentido mais construtivo possível, principalmente se observarmos este fenômeno pelo olhar da teoria de Winnicott.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

ALMEIDA, M. M. DE. Facilitando trânsitos no espaço analítico: o brincar como estado de mente. *Jornal de Psicanálise*, v.44, n.80, p.165-176, 2011.

AVELLAR, L. Z. *Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BARBIERI, V.; UJIKAWA, M.I.; MISHIMA, F.K.T. O amor e o ódio no brincar da criança com encoprese. *Tempo psicanalítico*, v.43, n.2, p.321-337, 2011.

DI PAOLO, A.F.; BARROS, C.V. Considerações acerca do brincar e do estatuto da fantasia a partir de proposições teóricas que baseiam a pesquisa IRDI. *Estilos da clínica*, v.15, n.1, p.178-193, 2010.

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

FULGENCIO, L. O brincar como modelo do método de tratamento. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.42, n.1, p.137-150, 2008.

GOMES, N.F.; FRANÇA, C.P. Ainda interpretamos crianças à maneira de Melanie Klein? *Estilos da Clínica*, v.17, n.2, p.290-305, 2012.

SEEWALD, F. Fundamentos Psicanalíticos com Crianças e Adolescentes. (p.421-435). In: ZIMERMAN, D.E. *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

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

WINNICOTT, D. W. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

WINNICOTT, D. W. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.