

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

PAULA VALERY CAVALHEIRO DE ALMEIDA

**IMPACTO SOCIAL E AFETIVO DA DERMATITE ATÓPICA: A PERCEPÇÃO DE
CRIANÇAS PORTADORAS E DE SEUS PAIS / RESPONSÁVEIS**

São Paulo – 2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

PAULA VALERY CAVALHEIRO DE ALMEIDA

**IMPACTO SOCIAL E AFETIVO DA DERMATITE ATÓPICA: A PERCEPÇÃO DE
CRIANÇAS PORTADORAS E DE SEUS PAIS / RESPONSÁVEIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência parcial para
graduação no curso de Psicologia, sob
orientação da Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Tosta.**

São Paulo - 2014

“É da alma que saem todos os males e todos os bens do corpo e do homem em geral, influenciando ela sobre o corpo como a cabeça sobre os olhos. É aquela, por conseguinte, que antes de tudo precisamos tratar com muito carinho, se quisermos que a cabeça e o corpo fiquem em bom estado.”

(Platão, 380 a.C.)

DEDICATÓRIA

A priori, dedico esta pesquisa a minha mãe, uma grande médica de almas, devido ao seu olhar humanizado com seus pacientes portadores de dermatite atópica e por me incentivar a atentar para o impacto sócio afetivo da doença na vida de crianças portadoras.

Dedico igualmente, a todas as crianças portadoras de dermatite atópica, com os mais sinceros votos de que esse trabalho permita, de alguma maneira, contribuir para uma maior visibilidade da sociedade frente a esta doença.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Silvia e Marciano, pois sem eles nada disto seria possível. Agradeço pelo carinho e dedicação em todos os momentos, por me apoiarem e vibrarem com as decisões da minha vida, me incentivarem e lutarem junto a mim para que eu finalmente pudesse seguir a carreira profissional que tanto almejei, e principalmente pelo amor incondicional que sempre me circundou, por me criarem com valores morais e princípios de vida íntegros, que hoje são diretrizes em minha vida.

Agradeço ao meu noivo, Felipe, por me encorajar nesta nova jornada, mesmo com outra profissão já iniciada, estando ao meu lado, nos momentos frutíferos e penosos deste novo galgar de conquistas em minha vida. Agradeço pela cumplicidade e paciência nestes cinco anos e nesta nossa longa vida de encontros e desencontros.

Agradeço aos meus pequenos anjos Frederico, Beatriz, Isabel e Cacá por me mostrarem a leveza da vida, encherem de alegria meus dias e permanecerem ao meu lado em todos os momentos. Igualmente, agradeço minha irmã, Renata, por contagiar minha vida com o seu alto astral e espontaneidade perpétuos.

Agradeço a minha avó, Dalva, por me ensinar que não existem limites para os sonhos, e meu avô, Loyd (*in memoriam*), por me apontar o caminho para conquistá-los de maneira digna e honesta.

Agradeço a minha orientadora, Rosa, por toda a disposição compreensão, apoio, dedicação e vasto conhecimento. Sem dúvidas, ver seus olhos brilharem desde o momento que aceitou a missão de ser minha orientadora até ler minhas páginas do trabalho ainda no rascunho, me estimulou a querer escrever mais e melhor.

Agradeço aos participantes, que consentiram em ceder parte de seu tempo (de imenso valor na atualidade) e paciência para colaborar, com muito zelo e disposição, a pesquisa.

Por fim, mas sempre presente, agradeço a Deus, que em suas diversas facetas, tornou possível a minha existência e os meus passos nesta trilha.

RESUMO

A presente pesquisa apresentou a investigação acerca da percepção de crianças portadoras dermatite atópica, bem com a de seus pais ou responsáveis, sobre as repercussões sociais e os impactos afetivos decorrentes da doença no contexto de vida destas crianças. Foi realizada na abordagem Psicanalítica e o enfoque dado de cunho qualitativo, com entrevistas semi-abertas, visando compreender as percepções dos pais e das crianças portadoras de dermatite atópica sobre os impactos sociais e afetivos da doença. Para tanto, foram entrevistadas três crianças portadoras de dermatite atópica e suas respectivas mães. No que tange o interesse acadêmico e social, esse se traduziu na possibilidade de contribuir com material de estudo acerca do tema de dermatite atópica e tornar visível a pauta da repercussão social e afetiva da doença em crianças, já que se tem verificado um crescente número de casos de dermatite atópica nos últimos tempos. Por fim, houve a análise e reflexão teórica das entrevistas, a partir de categorias elaboradas previamente e de eventuais temas que surgiram a partir das próprias entrevistas. Como resultado, em geral, as mães e as crianças expuseram que a dermatite atópica afeta as relações interpessoais, na medida em que as crianças já deixaram de realizar atividades sociais, se sentiram envergonhadas, receberam apelidos pejorativos na escola, chegando a, inclusive, reclamar do olhar reprovador de estranhos frente à aparência da pele, utilizando-se de vestimentas que escondem as feridas. Além disto, constatou-se que dermatite atópica afeta a rotina diária das crianças portadoras devido ao sintoma de coceira noturna, que atrapalha o desempenho social e escolar no outro dia. Os resultados convergem com a literatura estudada.

Palavras-chave: dermatite atópica, criança, pais, social, afetivo, pele.

SUMÁRIO

Introdução.....	p. 1
Método.....	p. 4
Capítulo I – Dermatite atópica em crianças e o impacto sócio afetivo.....	p. 6
I.I. Conceituação da Dermatite Atópica.....	p. 6
I.II. Impacto Sócio Afetivo da dermatite atópica em crianças.....	p. 9
Capítulo II – A pele e a psicossomática psicanalítica na infância.....	p.11
II.I. A pele e a criança.....	p.11
II.II. Psicossomática psicanalítica infantil.....	p. 17
Capítulo III – Infância: constituição da subjetividade, afetividade e relações sociais.....	p. 22
Apresentação dos Casos.....	p. 27
Análise dos Casos.....	p. 33
Discussão.....	p. 41
Considerações Finais.....	p. 46
Referências Bibliográficas.....	p. 48
Anexos.....	p. 52

INTRODUÇÃO

A dermatite atópica é uma doença inflamatória e alérgica de pele, de caráter crônico e recidivante e de aspecto clínico manifestado através de prurido cutâneo intenso e lesões eczematizadas, com maior predominância em crianças até os cinco anos de idade. Caracteriza-se por uma doença multifatorial, produto da interação entre fatores genéticos, ambientais e fisiológicos, tais como as alterações da barreira cutânea, infecções e respostas imunológicas. Devido a isto, deve ser analisada sob o ponto de vista de uma doença psicossomática, indicando a relação fundamental existente entre corpo e psique, capaz de influenciar todos os estágios da saúde e da doença.

Ao acompanhar o trabalho de uma médica alergologista com crianças portadoras de dermatite atópica, bem como ao coordenar voluntariamente, junto com uma psicóloga, um grupo de crianças com dermatite atópica no Hospital das Clínicas de São Paulo (Associação de Apoio à Dermatite Atópica - AADA), pude constatar o drama das famílias e pacientes portadores de dermatite atópica, por se tratar de ser uma doença complexa, crônica, de difícil tratamento e controle. Além disto, por acometer a pele, e desta maneira, possuir aspecto visível, a doença notadamente influencia a vida social do portador e parentes.

Nos relatos de familiares sobre crianças atópicas apareceram temas como a incessante e árdua busca pela melhora do quadro clínico, o prejuízo social e escolar causado pela doença, a vergonha do paciente perante seus colegas de escola, o preconceito da sociedade por não compreenderem a doença e o fato da criança se tornar o foco na família.

Neste sentido observa-se que a dermatite atópica é:

(...) uma doença que compromete de maneira significativa a qualidade de vida dos pacientes acometidos e de toda a família. O desempenho escolar, a qualidade do sono, o constrangimento pelo aspecto da pele e a dificuldade em executar tarefas ou participar de atividades esportivas ou de lazer, evoluem, em muitos casos,

associados a grande instabilidade emocional. (PRADO & CASTROS, 2011, p.383)

Em estudo realizado com pacientes adultos portadores de vitiligo segundo Nogueira e al (2009), 73% dos entrevistados declararam se sentirem impactados com a presença das manchas no corpo, relatando ter receio de que as manchas se espalhassem mais pela pele. Além disto, expressaram sentirem vergonha, inibição e desgosto diante da doença. Para os autores:

Tudo isso concorre para baixa autoestima do paciente. A sensação de transmitir imagem negativa para as outras pessoas e a falta de autoconfiança são outros resultados desastrosos, que interferem no rendimento da pessoa no trabalho e em relações sociais. (NOGUEIRA e al, 2009, p. 44)

No que tange à infância, este é um período de relevo na formação da subjetividade e desenvolvimento da criança, época de construção e elaboração das principais características de personalidade e psíquicas que irão refletir na vida adulta.

Diante disto, a interação social faz-se essencial à vida das crianças, que aprendem desde cedo, com as relações vivenciadas, a desenvolver suas capacidades e potenciais. Isto constitui, inclusive, capacidade exclusiva humana. Assim, os autores Silva & Lucas salientam que: “É a interação do indivíduo com o meio a característica definidora da constituição humana”. (SILVA & LUCAS, 2002, p. 132)

Outros autores referem que, em dermatoses de pele:

(...) Além do desconforto físico provocado pela própria doença e da necessidade de estabelecer rotinas de tratamento, que nem sempre produzem efeitos imediatos ou desejáveis, estas crianças estão sujeitas a constantes formas de discriminação em diversos contextos sociais. À medida que se torna alvo frequente de estigmatização, a criança tende a se sentir diminuída, menosprezada, desvalorizada e pouco aceita nesses contextos. (ROCHA & GON, 2005, p.2)

Silveira (2010) em pesquisa de estudo de caso de uma menina com nove anos de idade portadora de Dermatite Atópica, afirma que, na primeira entrevista

realizada, a mãe expressou angustia devido ao fato da filha ser isolada por outras crianças do convívio social na escola, por ignorarem o fato da doença não ser transmissível. Segundo a mãe, a criança não tinha mais laços de amizade na escola.

No que tange o interesse acadêmico da presente pesquisa, esse se traduz na possibilidade de contribuir com material de estudo acerca do tema de dermatite atópica e sua vinculação à repercussão social da doença em crianças.

Já com relação à relevância social, tem-se verificado um crescente número de casos de dermatite atópica nos últimos tempos. Neste sentido, estudo realizado no Rio Grande do Sul refere que: “A incidência da atopia vem aumentando muito nas últimas décadas, principalmente nos países industrializados (...)”. (NETO, 2006, p.78). Com o aumento dos casos de dermatite atópica em crianças, é importante que se realizem estudos objetivando confirmar os impactos da doença no campo social e afetivo, com a finalidade de proporcionar a estas crianças um ambiente de desenvolvimento sadio, garantindo a total inserção destas crianças portadoras de dermatite atópica.

O objetivo do trabalho consiste em compreender a percepção de crianças e de seus pais acerca do impacto sócio-afetivo que a dermatite atópica acarreta na vida destas crianças.

Para tal finalidade, a pesquisa contemplará a seguinte estrutura teórica: no primeiro capítulo será abordada a questão da dermatite atópica em crianças e o seu impacto sócio afetivo. No segundo capítulo será contemplado o tópico da pele e a psicossomática psicanalítica na infância, subdividido na questão da pele na criança e na psicossomática psicanalítica infantil. Por fim, o terceiro capítulo tratará da infância sob o viés da constituição da subjetividade, afetividade e relações sociais.

Em relação à pesquisa de campo, esta contemplará: apresentação dos casos, em que serão expostos de maneira sintética e selecionados segundo as categorias pré-elaboradas; análise dos casos a partir dos conteúdos de cada uma das entrevistas, em particular; discussão dos aspectos mais relevantes da pesquisa de campo, vinculados aos capítulos teóricos e considerações finais.

MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada com enfoque qualitativo, fundamentado na abordagem Psicanalítica. A escolha pela linha teórica se deveu ao fato desta se basear na ideia de que a subjetividade se constitui a partir da sua relação com o outro, inicialmente dual (mãe-bebê) e posteriormente através da linguagem e da cultura social (Telles, 2010). Já no que se refere ao enfoque, optou-se por garantir uma abertura de investigação, sem limitar o conteúdo trazido pelo sujeito, procurando compreender de maneira mais ampla e profunda as percepções dos pais e das crianças portadoras de dermatite atópica sobre os impactos sociais da doença.

Os participantes da pesquisa foram três crianças portadoras de dermatite atópica e, inicialmente, seriam seus pais ou responsáveis, selecionados a partir de grupos de apoio e/ou indicados por médicos dermatologistas e alergologistas, ou demais sujeitos aleatórios interessados em participar. No entanto, observa-se que somente houve participação das crianças e de suas respectivas mães.

O critério de inclusão para ser sujeito da pesquisa foi ser criança portadora de dermatite atópica, na faixa etária de seis a onze anos, independentemente da classe social, cultura, instituição de ensino ou sexo. A opção pela faixa etária se deu por se tratar de uma idade em que as crianças conseguem se expressar melhor. Apesar disto, devido a dificuldade de acesso aos sujeitos, houve extensão da faixa etária de cinco a onze anos.

Foram considerados critérios de exclusão ser portador de deficiência física /ou cognitiva importante e/ou transtorno psiquiátrico. Com relação aos pais não houve critérios de exclusão.

As entrevistas foram realizadas com data e hora marcadas, compatíveis com a rotina do sujeito. Foi proporcionado um ambiente reservado, com apenas o aplicador e o sujeito presentes, com a finalidade de propiciar um ambiente de serenidade e conforto ao participante. Ocorreram, em separado, com cada sujeito,

inicialmente com o (a) filho (a) e depois com a mãe. No momento da entrevista com as mães, as crianças permaneceram em outro ambiente, ficando a critério dos pais / responsáveis decidir qual seria o ambiente e se destinariam um cuidador responsável para permanecer com a criança durante a entrevista com os pais.

Inicialmente, as mães participantes foram informadas sobre a proposta da pesquisa e sobre o termo de consentimento livre e informado (anexo I), sendo garantido o total sigilo das informações obtidas, que visarão somente a finalidade da pesquisa, não podendo ser utilizadas para outros fins, com o intuito de assegurar o direito a privacidade e confidencialidade do material obtido.

Uma vez assinado o termo, e sanadas todas as dúvidas a respeito da pesquisa, houve a aplicação do roteiro de entrevista. As entrevistas foram gravadas com consentimento e autorização expressa das mães participantes.

As entrevistas realizadas com as mães e com as crianças foram semi-dirigidas, abrangendo os temas sobre o relacionamento interpessoal das crianças portadoras de dermatite atópica com outras crianças, adultos e familiares, em vivências no ambiente escolar, atividades extra curriculares e em suas rotinas diárias (anexo II e III).

Posteriormente houve a análise e reflexão teórica das entrevistas, a partir de categorias elaboradas previamente e de eventuais temas que surgiram a partir das próprias entrevistas, para verificar as repercussões de cunho social e afetivo vinculadas ao fato da criança ter a doença.

Nos resultados não foi observada necessidade psicológica em especial das crianças e mães envolvidas, não sendo necessário encaminhamento para a Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic da PUC/SP, o que, inicialmente era previsto, caso houvesse necessidade.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Plataforma Brasil e pelo Comitê de Ética da PUC/SP sob o número de protocolo 24985313.7.0000.5482.

I. Dermatite atópica em crianças e o impacto sócio afetivo

I.I. Conceituação da Dermatite Atópica

A denominação dermatite atópica (DA) foi inicialmente introduzida por Hill e Sulzberger em 1933. Trata-se de uma doença inflamatória de pele, de caráter crônico e recidivante e de aspecto clínico manifestado através de prurido cutâneo intenso e lesões eczematizadas (Prado & Castro, 2011).

Considerada multifatorial, a dermatite atópica deve ser analisada do ponto de vista biológico, ambiental e psicológico. É produto de uma complexa interação entre fatores genéticos, ambientais e fisiológicos (alterações da barreira cutânea, infecções e respostas imunológicas). Fatores psicológicos tais como o estresse emocional, aspectos da personalidade do doente, bem como dos cuidadores do portador da doença são responsáveis por desencadear ou piorar o quadro clínico da doença.

A dermatite atópica pode afetar pessoas de qualquer idade ou sexo, porém a predominância se dá entre em crianças até os cinco anos de idade e tende a diminuir entre os adolescentes e adultos. Segundo Boechat e Rios (2005), aproximadamente 85% dos pacientes apresentam sintomas nos primeiros cinco anos. Além disto, 45% dos casos ocorrem até os seis meses de idade, 60% ocorrem no primeiro ano de vida. (Prado & Castro, 2011, p.383 apud Bevilacqua).

Sobre o assunto, Rios e Carvalho referem que:

A dermatite atópica compromete principalmente crianças e tem início precoce, em geral por volta dos três meses de vida. Aos cinco anos, a maioria das crianças atópicas com dermatite já estarão comprometidas com manifestações de eczema, que em grande parte apresenta logo remissão, com uma minoria se estendendo até a adolescência. (RIOS E CARVALHO, 2007, p.323)

É comum também verificar a existência de dermatite atópica em pacientes portadores de outras atopias, tais como rinite alérgica e asma: “A DA frequentemente não só acompanha a alergia respiratória como, às vezes, a precede, aparecendo como manifestação inicial da doença alérgica.” (RIOS & CARVALHO, 2007, p. 321)

Além disto, o histórico familiar também é um fator relevante:

A DA apresenta nítido caráter hereditário. Em estudos populacionais, observou-se importante aumento de sua prevalência em famílias com antecedentes de atopia, chegando a 68% em pacientes filhos de pais com essa mesma alergia. (BRANDÃO & CASTRO, 2010, p. 325)

Em relação à raça e sexo, não se demonstra haver prevalência, a não ser uma discreta incidência maior no sexo feminino. Aparece com maior frequência em países desenvolvidos e em áreas urbanas. (Prado & Castro, 2011, p. 384, apud FLOHR et al).

Fato notório é que: “a frequência da dermatite atópica tem aumentado de modo significativo, especialmente em comunidades urbanas, com uma incidência estimada de 12%, e sua incidência na população geral fica em torno de 3 a 5%” (FERREIRA et al, 2006, apud Buske-Kirschbaum & cols.)

Os principais sintomas verificados em pacientes com dermatite atópica são: prurido (coceira), eczema, hiperemia, descamação, xerose (pele seca), pitiríase alba e ceratose pilar em alguns casos. Tais sintomas apresentam aparência visível e marcante, destoando do comumente observado. Neste sentido, segundo Rios e Carvalho (2007, p. 324): “O prurido é o sintoma principal da dermatite atópica. É em geral intenso e dificilmente controlado pela medicação habitual.”

A pele do paciente atópico é seca e áspera, sua barreira cutânea é alterada. Assim, suas características biológicas específicas tendem a torná-la mais vulnerável aos estímulos do ambiente, tais como mudanças de temperatura (ar seco, calor), certos alimentos, sudorese, produtos de limpeza, irritantes profissionais, ácaros da poeira, fungos do ar, infecções e até a depender do tipo de vestimenta usada. Diante de tais estímulos, a criança se coça, originando em sua pele o aparecimento de lesões (eczemas).

Sobre o prurido, Boechat e Rios referem que este: “(...) desempenha um papel fundamental no aparecimento de lesões eczematosas próprias da DA, provocadas ou intensificadas pelo ato de coçar.”

Leciona Rios e Carvalho que:

(...) O desconforto do prurido, o incessante ato de coçar, as consequências inflamatórias da coçadura com o aparecimento de novas lesões de eczema e exacerbação das antigas comprometem a aparência física e envolvem inexoravelmente o psiquismo do paciente. (RIOS & CARVALHO, 2007, p. 325)

Neste contexto, o paciente-criança passa a demandar da família atenção e cuidados intensivos e diários, que se refletem em exigências cada vez maiores para com a situação, fazendo com que a rotina familiar gire em torno do adoecimento de seus membros:

Cria-se uma situação familiar desesperadora: de um lado a mãe aflita com a doença de seu filho e do outro, uma criança doente e sofredora, com prurido quase contínuo, agredindo a família com seu coçar incessante. Quando chega nessa situação, todo o aspecto patogênico da dermatite atópica fica circunscrito ao entendimento das causas do prurido, busca de controle sintomático do eczema, apoio à criança e sua família e uma participação médica individual e eficiente. (RIOS & CARVALHO, 2007, p. 325)

Em relação ao diagnóstico da dermatite atópica, este é essencialmente clínico, podendo ser dificultado devido ao fato do espectro clínico ser bastante variável.

Devido ao fato de ser uma doença multifatorial, seu tratamento também é amplo e engloba uma série de aspectos. Inicialmente se dá ênfase à orientação dos familiares e do portador acerca das características gerais da doença, com a finalidade de diminuir a ansiedade e proporcionar o planejamento de estratégias terapêuticas.

Ainda, no tratamento da dermatite atópica deve se dar prioridade a banhos curtos e mornos, com uso de sabonetes oleosos, apropriados para a pele seca. É igualmente importante manter o controle ambiental contra o acúmulo de poeira e ácaro (retirada de tapetes, carpetes, limpeza rigorosa dos ambientes, entre outros), bem como garantir boa hidratação e avaliação criteriosa alimentar. Faz-se uso de medicamentos e pede-se evitar também o uso de tecidos de roupas com efeitos irritantes. (Rios & Carvalho, 2007).

A manutenção de um ambiente familiar sadio e equilibrado é essencial para o controle da doença, que por si só já acarreta mal estar e prejudica a dinâmica familiar como um todo. Recomenda-se que a família e o portador tenham acolhimento psicológico e informativo, a exemplo dos grupos de apoio, visando o entendimento da doença e partilha de informações similares entres as famílias que compartilham das mesmas dificuldades.

I.II. Impacto Sócio Afetivo da dermatite atópica em crianças

Por se tratar de uma doença de lesões visíveis, comprometedora da qualidade de vida e de difícil manejo, múltiplos são os fatores impactantes na vida de crianças que possuem dermatite atópica.

Diversos autores tem procurado dar ênfase ao tema e comprovar, por meio de pesquisas, as consequências de vertente social que a doença pode ocasionar em seus portadores, sobretudo em crianças e adolescentes.

Tem-se verificado que a dermatite atópica repercute negativamente na vida de crianças, na medida em que as pessoas em geral tendem a se mostrar aversivas as crianças portadoras, demonstrando ter receio de contaminação. Além disto, tais crianças costumam apresentar problemas escolares como dificuldade de concentração e de aprendizado, bem como demonstram ter sentimentos de inferioridade e inadequação, hipersensibilidade afetiva, instabilidade emocional, dentre outros (Hautmann, 1996).

Sobre o tema, de uma maneira geral, as pesquisas apontam que crianças portadoras de dermatite atópica costumam aparentar traços de irritação, depressão e sentimentos negativos.

É o que demonstra o estudo realizado por Neto e el. (2005) com crianças e adolescentes acerca dos sintomas emocionais e comportamentais dos portadores de dermatite atópica, que revela que as crianças portadoras de dermatite atópica sujeitas da pesquisa apresentaram menor competência social, mais problemas de

comportamento e sintomas emocionais como ansiedade, depressão, insegurança e menos resiliência que as demais crianças.

Neste contexto, outra pesquisa realizada recentemente aponta que as crianças com dermatite atópica demonstraram ter: “comportamentos de insegurança, desamparo, traços de depressão, sentimento de inferioridade e ressentimento.” (GASCON, 2012, p. 192)

Cabe ressaltar que na dermatite atópica:

O desempenho escolar, a qualidade do sono, o constrangimento pelo aspecto da pele e a dificuldade em executar tarefas ou participar de atividades esportivas ou de lazer evoluem, em muitos casos, associados a grande instabilidade emocional. (BLAUVELT & HWANG apud PRADO & CASTRO, 2011, p. 383)

O impacto da dermatite atópica na vida de uma criança pode ser tão grande a ponto de ser capaz de alterar sua personalidade em alguns casos. Neste sentido, Hautmann (1996) refere que o sono entrecortado durante a noite pelas intensas coceiras noturnas e a dificuldade em manter relacionamentos por conta da aparência da pele seriam alguns dos causadores de mudança de personalidade.

Outros autores também endossam a idéia de Hautmann, referindo que tais sujeitos: “(...) são inseguros, com baixa auto estima, provavelmente acionados pelo difícil manejo da doença, o que também possibilita a mudança repentina de humor.” (NETO, 2005, p. 48)

Ademais, o estudo de Gascon reforça o impacto social e afetivo da dermatite atópica nas crianças, revelando que:

A partir das respostas no Teste das Fábulas de Düss, pode-se observar a tendência destes pacientes em reprimir as emoções, dificuldade de expressar raiva, sentimentos de irritabilidade, hostilidade e hipersensibilidade. (GASCON et al, 2012, p. 191)

Mas a repercussão da doença não ameaça somente a vida social, como também acarreta alterações na vida afetiva e familiar da criança: “É uma doença que compromete de maneira significativa a qualidade de vida dos pacientes acometidos e de toda a família.” (BLAUVELT & HWANG apud PRADO & CASTRO, 2011, p. 383)

Sobre isto, sabe-se que:

É praticamente impossível que a pele inflamada, pruriginosa, esteticamente comprometida e os surtos repetidos da erupção atópica deixem de comprometer emocionalmente a criança e a família. Atitudes familiares de superproteção, rejeição e até de repulsa são bastante frequentes nos casos crônicos de difícil solução. Quando a dinâmica familiar está abalada, constitui-se em fator adicional do prurido e manutenção do eczema. (RIOS & CARVALHO, 2007, p. 332)

Segundo Ferreira et al (2006) há uma reestruturação da dinâmica familiar tanto por parte da família, que tende a superproteger a criança, e no caso desta, utiliza-se da situação para manipular as figuras parentais no sentido de conseguir o que se deseja. Para os autores: “esse quadro possui o poder de modificar de forma importante as comunicações entre os membros da família e, conseqüentemente, também altera a dinâmica familiar.” (FERREIRA et al, 2006, p. 624)

II. A pele e a psicossomática psicanalítica na infância

II.I. A pele e a criança

A pele, enquanto tecido orgânico existente em todos os seres vertebrados, possui como finalidade recobrir a superfície dos corpos, funcionando como isolante e protetora do meio externo, bem como órgão de percepção e transmissão de sensações físicas, tais como textura, pressão, dor, calor e frio e sensações emocionais, a partir da relação do eu com o outro. (Bitelman, 2010).

Para Montagu:

A pele, como uma roupagem contínua e flexível, envolve-nos por completo. É o mais antigo e sensível de nossos órgãos, nosso primeiro meio de comunicação, nosso mais eficiente protetor. (MONTAGU, 1988, p. 21)

A estrutura orgânica da pele contempla três camadas (epiderme, derme - ou cório, e a hipoderme - ou subcutâneo) e anexos (glândulas sudoríparas e sebáceas, pêlos e unhas). (Neves, 2010).

A epiderme, a camada externa da pele, é responsável pela proteção da pele contra agentes externos, e é constituída de quatro camadas, de dentro para fora: germinativa, espinhosa, granulosa e córnea. A camada justaposta à epiderme é a derme, formada por tecido conjuntivo, fibras, vasos sanguíneos, terminações nervosas, glândulas e órgãos do sentido. Por fim, a camada interna de pele é a hipoderme, que contém as células adiposas (nutrição) e age no isolamento térmico. (Neves, 2010).

Em síntese, Neves (2010) salienta que as principais funções da pele são a proteção contra agentes externos e internos, controle de temperatura corporal, percepção através dos órgãos do sentido e secreção a partir da sudorese e da secreção sebácea.

Para além disto, a pele pode estabelecer diversas representações psíquicas a partir de ditos populares, referindo-se a aspectos de sensibilidade (“estou à flor da pele”), agressividade (“vou arrancar a pele do fulano”) e até para indicar reações emocionais (rubor, palidez). (Neves, 2010)

Em se tratando da relação da pele em face do desenvolvimento do organismo, Neves (2010) refere que: “A pele como órgão dos sentidos é o primeiro a se desenvolver no embrião, por volta do segundo mês de gestação, antes dos sistemas olfativo e gustativo, da visão e da audição.” (NEVES, 2010, p. 362)

Na fase embrionária e durante toda a gestação, a pele se mantém em contato direto com o líquido amniótico, com temperatura constante e ideal ao feto. O útero materno envolve e protege a pele do feto, estando esta livre de infecções, irritações e agressões externas, tornando o ambiente antes do nascimento propício e saudável para o desenvolvimento do feto. (Bitelman, 2010)

A importância da pele aparece desde a gravidez, já que as contrações e o trabalho de parto são importantes movimentos no sentido de garantir o desenvolvimento psíquico do bebê. Refere Montagu que:

(...) as contrações uterinas do trabalho de parto representam o início das carícias dispensadas acertadamente ao bebê, carícias estas que deverão continuar de modos muito especiais no período que se

segue imediatamente ao parto e por um período considerável de tempo daí em diante. (MONTAGU, 1988, p. 79)

A partir do nascimento, este cenário se altera, iniciando-se um processo de amadurecimento somático entre o cuidador, o bebê e os demais objetos externos de relação. O corpo e o potencial psíquico do bebê desenvolvem-se por meio da relação direta entre a pele dele e a da sua mãe ou cuidador, determinando as características de sua estruturação mental. (Bitelman, 2010).

Montagu aponta para a importância do contato da mãe com seu bebê no pós-parto, no momento da amamentação, não somente ao que se refere às propriedades nutritivas e imunológicas do colostro, mas também, e de não menor relevância, ao aspecto psíquico:

Depois do parto, os dois precisam evidentemente do conforto e da tranquilidade da presença do outro. Para a mãe, tranquilizar-se é ver seu bebê, ouvir seu primeiro choro, senti-lo próximo a seu corpo. Para o bebê, consiste no contato com o corpo da mãe e com o calor que dele emana, no apoio dos braços que o aninham, nas carícias, na estimulação cutânea por ele recebida, em sugar seu seio, as boas-vindas 'ao seio da família'. (MONTAGU, 1988, p. 84)

O toque da mãe em seu bebê é permeado por uma comunicação de amor e de segurança, capaz de acalmar a criança em seus momentos de perturbação:

Os contatos próximos e a estimulação tátil rítmica que acompanham os movimentos corporais do adulto que carrega a criança, os tapinhas carinhos, os carinhos, os toques suaves que ela recebe desta forma ou das mãos ou outras partes do corpo do seu carregador, são calmantes, reconfortantes, tranquilizantes. (MONTAGU, 1988, p.147)

Para Anzieu (1989), o toque materno na pele da criança é também responsável por ajudá-la a distinguir o que é seu e o que pertence ao outro:

Quando da amamentação e dos cuidados com ele, o bebê tem uma terceira experiência concomitante às duas precedentes: ele é segurado nos braços, apertado contra o corpo da mãe de quem ele sente o calor, o cheiro, os movimentos; ele é carregado, manipulado, esfregado, lavado, acariciado, e tudo geralmente acompanhado por um banho de palavras e de cantarolar. (...) Essas atividades conduzem progressivamente a criança a diferenciar uma superfície

que comporte uma face interna e uma face externa, isto é, uma interface que permite a distinção do de fora e do de dentro, e um volume ambiente no qual ele se sente mergulhado. (ANZIEU, 1989, p. 40)

Assim, é possível observar o imenso valor do contato tátil inicial mãe-bebê, responsável por estabelecer condições suficientes para o desenvolvimento e amadurecimento psíquico posterior da criança:

O bebê desenvolverá uma sensação de confiança ou de desconfiança, dependendo de suas impressões sensoriais recebidas principalmente através da pele, sejam elas gratificantes ou não. (MONTAGU, 1988 p. 242)

Além disto, para Anzieu (1989), as funções da pele podem se conectar as funções do eu, relacionando, desta maneira, os aspectos biológicos e psíquicos de uma mesma estrutura. Neste sentido, o autor propõe uma classificação em nove funções, a seguir descritas:

1. Sustentação

Primeiramente diz-se da função da pele em garantir a sustentação do esqueleto e dos músculos, vinculada à ideia de manutenção do psiquismo. Tal função se dá por intermédio dos cuidados da mãe para com o filho, a partir do conceito de “holding” de Winnicott. A mãe, ao segurar seu bebê, garante a ele estabilidade e a existência de uma estrutura corpórea, para que aos poucos a criança possa, por si mesma, encontrar seus apoios e recursos internos. Nas palavras de Anzieu: “A função psíquica se desenvolve por interiorização do holding maternal.” (Anzieu, 1989, p. 112)

2. Continente

Num segundo momento, a pele pode exercer o papel de suporte, envolvendo organicamente todo o corpo e psicologicamente, todo o aparelho psíquico. É a partir do contato sadio e das trocas valorosas com a mãe que a função continente se estabelece na criança. Para Anzieu:

O Eu-pele como representação psíquica emerge dos jogos entre o corpo da mãe e o corpo da criança e também das respostas da mãe

às sensações e emoções do bebê, respostas gestuais e vocais (...) que permitem ao bebê experimentar progressivamente essas sensações e emoções por sua própria conta, sem se sentir destruído.” (ANZIEU, 1989, p. 115)

3. *Pára-excitação*

Assim como a epiderme protege o corpo das agressões externas, a mãe representa para seu filho uma pára-excitação, até que o bebê encontre em si mesmo a estrutura suficiente para assumir esse papel.

4. *Individuação*

Da mesma maneira que a pele apresenta características específicas do ponto de vista da textura, odor e aparência, a psique humana também possui suas peculiaridades de acordo com cada pessoa, tornando-a única.

5. *Inter-sensorialidade*

Anzieu (1989) refere que a pele abrange diversos órgãos de sentidos, e assim sendo, se relaciona às diversas sensações do psiquismo, possibilitando a existência do “senso comum”.

6. *Sustentação da excitação sexual*

Sobre esta função, sabe-se que é tarefa da mãe no contato prazeroso com o seu bebê, oferecer a ele subsídios para que possa se auto-erotizar e garantir a sua sexualização. Para o autor:

O Eu-pele exerce a função de sustentação da excitação sexual, superfície sobre a qual, em caso de desenvolvimento normal, zonas erógenas podem ser localizadas, a diferença dos sexos reconhecida e sua complementariedade desejada. (ANZIEU, 1989, p. 118)

7. *Recarga libidinal*

Segundo própria definição de Anzieu (1989):

À pele como superfície de estimulação permanente do tônus sensório-motor pelas excitações externas responde a função do Eu-pele de recarga libidinal do funcionamento psíquico, de manutenção

da tensão energética interna e de sua repartição desigual entre os subsistemas psíquicos. (ANZIEU, 1989, p. 119)

8. *Inscrição dos traços*

A pele, por seu aspecto de envólucro do corpo humano, está em constante contato com o meio externo. Assim, a função pode ser compreendida do ponto de vista biológico e social, ao representar tanto os traços da realidade impressos sobre a pele, quanto pela inserção em grupos sociais específicos, através de tatuagens, pinturas, maquiagens e até roupas.

Observa-se que a função de inscrição dos traços é reforçada pelo comportamento da mãe ao garantir a seu bebê a devida apresentação aos objetos do mundo exterior.

9. *Auto-destruição*

As funções até o momento descritas vislumbram a pulsão de vida, porém Anzieu (1989) também aponta para seu caráter negativo, de destruição. A exemplo disto ressaltam-se as doenças auto-imunes, que reagem contra o próprio organismo do indivíduo.

Segundo Anzieu:

O exército celular é formado para rejeitar os tecidos estranhos - o não-Self, dizem os biólogos -, mas ele é às vezes suficientemente cego para atacar o Self, já que ele o respeita completamente em estado de saúde. (ANZIEU, 1989, p. 121)

Sobre esta função, o autor discorre acerca da condição do paciente alérgico:

Os médicos psicossomáticos descreveram, na estrutura alérgica, uma inversão dos sinais de segurança e de perigo: a familiaridade, ao invés de ser protetora e tranquilizadora, é evitada como má, e a estranheza, ao invés de ser inquietante, se revela atraente: daí a relação paradoxal do alérgico e também do toxicômano que evita o que lhe pode fazer bem e que é fascinado pelo que lhe é nocivo. (ANZIEU, 1989, p. 121)

Assim, em se sentindo um estranho em sua relação familiar, e assim, consigo mesmo, o sintoma e o eczema do paciente alérgico representariam uma tentativa de estar fora de seu próprio corpo.

Especificamente em relação à pele e ao tocar em face da dermatite atópica em crianças, Neves propõe que: “dificuldades da mãe em relação ao tocar provocará respostas desadaptativas no bebê; dermatites atópicas surgem com frequência em bebês cujo relacionamento com a mãe encontra-se alterado.” (NEVES, 2010, p. 366)

II.II. Psicossomática psicanalítica infantil

O campo de estudo denominado psico-neuro-imunologia investiga acerca das consequências do estresse em diferentes doenças. Isto porque, o sistema imunológico sofre influência do componente psíquico, uma vez que a angústia ou a depressão acarretam impacto sob o sistema límbico. (Bitelman, 2010)

Assim, algumas doenças de pele, dentre elas a dermatite atópica, estão relacionadas ao sistema imunológico: “constitui-se de um processo inflamatório da pele, considerado secundário à alteração do funcionamento imunológico.” (FERREIRA et al, 2006, p. 618)

Neste sentido, Ávila salienta que:

O que se pode demonstrar é que a função imune decresce, ou mesmo chega a se suprimir, diante de acontecimentos psicossociais significativos, e que isso pode acarretar a invasão do organismo por diversos agentes infecciosos, precipitando doenças ou agravando as já existentes. (ÁVILA, 2002, p. 94)

Nesta linha, Sami-Ali (1995) propõe que a alergia pode ser compreendida como uma disfunção do sistema imunológico que passa a fabricar anticorpos contra uma ameaça inexistente.

Para além do componente imunológico e não obstante a visão médica clássica, em que as doenças de pele estão estritamente vinculadas à presença de processos orgânicos, atualmente se reconhece que os aspectos relacionais devem

ser considerados no tratamento da patologia alérgica, devido ao fato da pele representar uma exteriorização de problemas físicos e emocionais do paciente.

Assim sendo:

Na doença, o corpo passa a demandar consideração, obrigando a mente a dirigir sua atenção para suas funções, às vezes até de forma exclusiva. A medicina moderna quase chegou a acreditar que poderia ater-se unicamente aos aspectos biológicos e bioquímicos do corpo, vendo-o fundamentalmente como organismo. A psicanálise veio demonstrar que este corpo era um corpo trabalhado pelas pulsões, um corpo sexual, que existe na mente como um corpo construído. A psicossomática, filha bastarda da medicina com a psicanálise, veio demonstrar o quanto esta mente é capaz de produzir manifestações no corpo biológico. (ÁVILA, 1996, p. 36)

Para Winnicott, o ser humano é uma totalidade, uma unidade coesa de psique e soma. A psicossomática é parte deste todo, existe em todos os estágios e acompanha o indivíduo em toda sua vida: “Não existe uma área do desenvolvimento da personalidade que deixe de ser envolvida em um estudo do transtorno psicossomático.” (WINNICOTT, 1994, p. 88)

Para o autor:

(...) o estudioso do psicossoma preocupa-se com as fantasias conscientes e inconscientes que constituem, por assim dizer, a histologia da psique, a elaboração imaginativa de todos os funcionamentos somáticos que são específicos do indivíduo. Se duas pessoas balançam um dedo, o anatomista e o fisiologista verão uma semelhança essencial nos dois eventos. Para o estudo do psicossoma, no entanto, à anatomia e à fisiologia da ação deve ser acrescentado o significado da ação para o indivíduo, e por isso, balançar o dedo é algo específico em cada caso, ao indivíduo que o fez. (WINNICOTT, 1990, p. 45)

A doença psicossomática, segundo Winnicott, pode ser compreendida como uma cisão corpo-mente, que denota seu aspecto negativo que se refere à existência da doença per si e seu aspecto positivo, na tentativa de resgate de uma unidade, uma totalidade psique-soma por parte do paciente. A doença constitui assim: “(...) a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade.” (WINNICOTT, 1994, p. 82)

Segundo esta concepção, Winnicott afirma que a enfermidade psicossomática se traduz numa falha na integração da psique-soma por parte da criança ou do estágio primário de não-integração psique-soma. Em relação a esta última, o caminho para a integração dependeria de dois fatores a se considerar: reforço egóico da mãe ou fracasso materno, a depender do bom ou insuficiente fornecimento ao filho de subsídios para os processos maturacionais, e assim, para a formação do indivíduo em sua completude, aceitando-se por inteiro, em sua “morada”. (WINNICOTT, 1994, p. 89)

McDougall (1991) reforça acerca do papel da mãe, afirmando que a psicossomática remonta a relação primária do bebê com a sua mãe, que deve ser suficientemente protetora e compreensiva, para que a passagem do bebê do útero ao mundo externo se dê de maneira sadia.

Para Tosta: “quando a mãe se adapta com seu filho ao movimento do bebê podemos falar numa dança. Aqui a questão do ritmo e da sintonia é fundamental.” (TOSTA, 2001, p. 41)

No entendimento da linha psicanalítica francesa:

Os fenômenos psicossomáticos e os distúrbios funcionais são concebidos como vicissitudes da maternagem, o que implica em um além da instalação do circuito pulsional, mas um aquém de autonomia psíquica, ou uma forma singular de falha na autonomia psíquica. (RANÑA, 1988, p. 48)

Outra esfera de compreensão do fenômeno psicossomático é trazida por Sami-Ali (1995), que esclarece que a psicossomática freudiana implica em um modelo bidimensional, em que o somático se integra ao psíquico e, ao mesmo tempo o reconhece como algo que não se pode integrar. Assim, devem ser considerados três níveis de articulação. O primeiro, nosográfico, considera que os sintomas psiconeuróticos relacionam-se ao fracasso do recalque e volta do recalado no processo de recalque. Em seguida, no nível genético, estabelece-se um grau de evolução das neuroses para as psiconeuroses, tal qual a passagem do simples para o complexo, do somático para o psíquico. No terceiro nível, teórico, há

o reconhecimento de transformação do somático para o psíquico, considerando que uma doença real pode produzir uma conversão psíquica.

Não obstante a teoria de Freud, para Sami-Ali o modelo de somatização não seria bidimensional, mas sim, multidimensional, já que: “deve permitir uma leitura sistemática dos fenômenos, sem fechar-se dentro de um sistema” (ALI, 1995, p. 16).

Especificamente em relação às doenças de pele, Winnicott refere que: “as doenças crônicas da pele acham-se relacionadas, de maneira obscura, ao transtorno psicótico da mente.” (WINNICOTT, 1994, p. 91). Estariam elas ligadas a ameaça de despersonalização e perda de fronteiras do próprio corpo, a partir da não-integração psique-soma, como se faltasse ao indivíduo a sustentação psíquica interna. (Winnicott, 1994)

Na linha psicanalítica francesa, as doenças alérgicas de pele originadas na primeira infância são concebidas enquanto provenientes da estruturação mental da criança e da consequente caracterização das três instâncias do aparelho psíquico (inconsciente, pré-consciência e consciência), uma vez que o pré-consciente influencia na regulação do funcionamento psicossomático (Bitelman, 2010).

Neste sentido,

As alergias de pele, preocupações comuns das mães, ao levar seus bebês ao pediatra, podem revelar o grau de rejeição ou de super-proteção existente na relação. (BITEMAN, 2010, p. 354)

Nas palavras de Kreisler:

As principais estruturas infantis com risco psicossomático, até agora identificadas, são a estrutura comportamental, alguns funcionamentos neuróticos, os estados de inorganização e a estrutura dita alérgica. (KREISLER, 1999, p. 110)

Para Sami-Ali (1995), a alergia se traduz por um questionamento do que é próprio de si e o que é estranho:

Síndrome psicossomática por excelência, a alergia pode se manifestar, seja esporadicamente, em resposta a situações extremas em que, acuado, o sujeito utiliza recursos biológicos inabituais e até

agora desconhecidos, seja constantemente, como aquilo que duplica e determina a relação com o mundo. (ALI, 1995, p. 90)

As manifestações da dermatite atópica são consideradas como dificuldade de simbolização e verbalização dos sentimentos. Um estudo de caso realizado por pesquisadores na área da Psicologia e Medicina em Minas Gerais concluiu que o tratamento psicanalítico associado ao tratamento clínico demonstra ser positivo para regressão da doença. Como resultado, os pesquisadores sugerem que, no caso da criança estudada:

Suas crises de dermatite e rinite foram se espaçando; o “couro” da pele se recuperava. A medicação dermatológica passou a apresentar efeitos rápidos, surpreendendo o médico em suas respostas, e no momento da conclusão da análise R. apresentava a pele lisa e rosada, sem lesões. É preciso dizer que seu comportamento passou por muitas modificações, tanto na escola quanto socialmente, sua linguagem se organizou de forma mais clara e articulada do que antes. Mas, principalmente, R. se reconheceu mais corajoso para prosseguir seu caminho. (MYSSIOR, 2008, p. 182)

Outrossim, as doenças dermatológicas podem estar vinculadas a uma tentativa do bebê em chamar a atenção para si e solicitar o contato físico da mãe: “é provavelmente vantajoso para o bebê ter pele sensível, assaduras e outros distúrbios dermatológicos, pois que estes serão, pelo menos, motivos que lhes assegurarão algo mais parecido com a quantidade certa de estimulação cutânea.” (MONTAGU, 1988, p. 239)

Entende Montagu que a coceira representa um desamparo existencial, traduzido num apelo a cuidados:

Sentimentos de frustração, raiva e culpa não expressos, assim como poderosas necessidades de amor reprimidas, podem encontrar uma expressão sintomática na forma de movimento de coçar, mesmo na ausência de comichão. (MONTAGU, 1988, p. 187)

Para além disto, o coçar:

(...) pode ser uma fonte simultânea de prazer e desprazer, exprimindo culpa e uma tendência auto punitiva. Perturbações da sexualidade e hostilidade são quase sempre características presentes em pacientes com prurido. (MONTAGU, 1988, p. 188)

Para Kreisler, no que tange a personalidade do alérgico, verifica-se uma necessidade constante de ligação com outras pessoas e com o meio, a evitação de situações conflituosas, anulação de agressividade e a rápida substituição dos objetos de vinculação. Para o autor: “Esse conjunto sugere a persistência de um funcionamento psico-afetivo primitivo e um bloqueio dos processos de separação-individuação.” (KREISLER, 1999, p. 298)

Em relação ao período da infância, Winnicott ressalta que o estudo da psicossomática pode ser mais valioso na análise da criança:

(...) não apenas porque em crianças as condições são mais simples, mas também porque os estados da psique em adultos não podem ser compreendidos sem que se faça referências à infância dos sujeitos a serem investigados. (WINNICOTT, 1990, p. 44)

Neste contexto, é importante salientar que a dermatite atópica não afeta somente a criança, mas todo o núcleo familiar pode ficar comprometido. Estudo desenvolvido em na PUC/RS concluiu que:

O sistema familiar foi profundamente afetado pelo quadro de dermatite atópica, e igualmente pode-se dizer que a família também influencia de forma importante o desencadeamento, a permanência e o término dos sintomas. (FERREIRA, 2006, p. 623)

Assim:

O sintoma orgânico da dermatite atópica não é somente um ‘conflito que passa pelo corpo’, como assevera a visão clássica da psicossomática: esse quadro possui o poder de modificar de forma importante as comunicações entre os membros da família e, conseqüentemente, também altera a dinâmica familiar. (FERREIRA, 2006, p. 624)

III – Infância: constituição da subjetividade, afetividade e relações sociais

O período da infância é um episódio peculiar na vida humana, pois é nesta fase que a criança constrói a sua subjetividade, devendo ser cercada de um ambiente propício e saudável para seu desenvolvimento.

O laço materno com o filho se inicia desde a concepção e a gravidez. O bebê representa para a mãe um objeto imaginado e fantasiado por ela, chegando a, inclusive, desviar seu próprio self para seu filho. Este aspecto maternal é denominado por Winnicott de: "preocupação materna primária". O papel saudável da mãe na vida do filho é essencial no primeiro ano de vida de uma criança pois:

(...) há algo na mãe de um bebê que a torna particularmente qualificada para proteger seu filho nesta fase de vulnerabilidade, e que a torna capaz de contribuir positivamente com as claras necessidades da criança. (WINNICOTT, 2011, p. 3)

Tal estado de "preocupação materna primária" acarreta uma vinculação mãe-bebê de grande intensidade, que pode ser facilmente patologizada, na medida em que a mãe pode vir a permanecer identificada com o bebê durante muito tempo, demonstrando cuidados e preocupações excessivos. (Winnicott, 2011)

Winnicott (1996) refere que é na infância que a criança começa a distinguir o mundo interno do externo e posteriormente realiza a integração da personalidade. Neste processo, o manejo da mãe (cuidador) é imprescindível para auxiliar o bebê a integrar todos os "pedaços" de si mesmo. A mãe deve ser capaz de acolhê-lo em sua totalidade:

Eu tento pensar nisso como aquilo que a mãe faz quando pega o seu bebê. Ela não o pega pelo dedão do pé. Ela pode fazer um som suave para dar tempo a ele, ela o envolve e de alguma maneira o congrega. (...) Ela demonstra que sabe o que está acontecendo. (WINNICOTT, 1996, p. 48)

O cuidar torna-se necessário desde o ingresso do recém-nascido ao mundo, pois é a partir disto que a criança introjeta em si a capacidade de cuidar e ser cuidada, condições essenciais para a vida adulta. O cuidado deve vir acompanhado de um equilíbrio dinâmico, através da presença resguardada da mãe, que oferece cuidado sem sufocar. Isto é importante para que não ocorra falta ou excesso de cuidado, o que pode se tornar maléfico em seu desenvolvimento futuro. (Figueiredo, 2009)

A mãe, através do cuidar não-invasivo, possibilita a criação de um ambiente de confiança e segurança ao bebê, permitindo que ele brinque, invente e se

expresse corporal e verbalmente. É importante que a mãe forneça os subsídios necessários para que se instalem dentro da criança presenças humanas confiáveis, auxiliando a criança a deixar-se interiorizar. Tais subsídios referem-se ao cuidado materno (holding / containing) e à discriminação e separação existentes na função paterna. Trata-se, portanto, da mãe garantir que sua presença seja notada, porém, de maneira sutil, através da presença-ausência, de estar esta ausentemente disponível, suprimindo as necessidades sem sufocar a criança. Esta presença da mãe garante que a criança possa descobrir sua vida pessoal. (Cintra, 2007)

Neste contexto, forma-se a capacidade de estar só, representada na possibilidade do sujeito estar sozinho e em contato consigo mesmo, em silêncio, na intimidade com suas angústias, medos e prazeres. Trata-se, assim, de um fenômeno sofisticado de amadurecimento e crescimento emocional, na medida em que indica que o indivíduo se estabeleceu enquanto uma unidade, integrado e completo. (Cintra, 2007)

A capacidade de ficar só surge com a experiência infantil de se estar só na presença da mãe e se enraiza durante toda a sua vida, a partir do momento que a criança pode se descobrir enquanto pessoa, ela é capaz de dispensar a figura materna, que passa a ficar somente interiorizada nela (mãe introjetada). A criança que possui a mãe introjetada em si é capaz de usar objetos transicionais para estar só e lidar com a ausência da mãe. A paixão pela mãe é deslocada para outro objeto, que passa a ser o foco de sua libido e apreço, garantindo a criança prazer e interesse pelo mundo externo, ao mesmo tempo que interioriza em si as vivências. (Cintra, 2007)

Assim, a conduta da mãe de cuidar e manter presença reservada garante a existência de fenômenos transicionais, como uma possibilidade da criança lidar com as transformações e traumas vivenciais, tais como a separação da mãe e individualização. Assim, a criança cuidada desloca o seu desejo a outro objeto que não a mãe, como por exemplo o cobertor ou a chupeta (Cintra, 2007).

Sobre os objetos transicionais, Winnicott aponta que:

(...) pode surgir alguma coisa ou algum fenômeno – talvez uma bola de lã, a ponta de cobertor ou edredão, uma palavra ou uma melodia, ou um maneirismo – que para o bebê se torna vitalmente importante para seu uso no momento de ir dormir, constituindo uma defesa contra a ansiedade. (WINNICOTT, 1975, p. 17)

A partir do primeiro ano de idade inicia-se uma mudança na relação mãe-bebê em relação à dependência. A criança, aos poucos começa a conquistar sua independência frente à mãe, e assim, passa a se relacionar com o ambiente que a cerca. Além disto, é nessa fase que a criança experimenta a possibilidade de se reconhecer enquanto uma unidade integrada, dotada de um corpo seu e com início de desenvolvimento de sua mente e de seu mundo interno. (Winnicott, 2013).

Conforme a criança cresce há seu ingresso no mundo social, através inicialmente do espaço escolar. Neste processo, a criança passa a ter que se adaptar a uma realidade moldada e estranha a ela, com limitações e regras específicas que antes eram inexistentes em sua vida.

Diante deste novo contexto, a mãe pode desempenhar o papel de estimular seu filho a crescer e conhecer essa nova vida, ou a mãe pode, inconscientemente, desejar que sua função materna seja perpetuada. No caso da mãe com dificuldade de se separar do filho, a consequência para a criança pode ser danosa, ainda que a criança goste do ambiente escolar, pois ela sente e percebe as reações da mãe: “Tem pena de sua mãe, pois sabe que esta *não suportaria perdê-lo* e que, por sua natureza, não conseguiria deixá-lo ir.” (WINNICOTT, 2013, p. 53)

Para além da característica materna, existe a insegurança que a criança sente em se envolver com o mundo, e nesta passagem, o objeto transicional é muito importante, pois permite que a criança adentre na realidade compartilhada externa e carregue consigo uma parte de sua mãe (Winnicott, 2013).

No caminho do mundo interno para o externo, a criança se verá em situações novas e conflitivas. Caberá aos pais acolhê-la e dar o suporte que ela necessita, e lhe dar ferramentas de decisão. Françoise Dolto preconiza que: “Nosso trabalho de educação junto à criança consiste em ajudá-la a saber o que deseja e a fazer o

melhor possível com os meios que tem, os meios atuais, os do ano.” (DOLTO, 2007, p. 164)

Outro ponto de relevo neste momento da infância se refere à capacidade dos pais em sustentar a fantasia de seus filhos, sem reprimi-los e força-los a uma realidade concreta:

Os pés de uma criança não precisam estar sempre firmemente plantados na terra. Se uma garotinha nos disser que quer voar, não nos limitemos a responder: ‘As crianças não voam.’ Pelo contrário, devemos agarrá-la e fazê-la girar em torno da nossa cabeça, colocando-a depois no alto do armário, de modo que ela sinta realmente que está voando como um pássaro para o seu ninho. (WINNICOTT, 2012, p. 78)

Assim, a criança, aos poucos, sozinha e o com a ajuda não-impositiva da mãe, começará a diferenciar a fantasia da realidade, e aprenderá a se relacionar com o mundo real dos adultos e suas especificidades científicas.

Por fim, para o desenvolvimento sadio de uma criança o brincar se mostra essencial, na medida em que exerce a função de dominar as angústias e medos infantis, levar a criança a adquirir novas experiência e conhecer seu próprio corpo por intermédio de explorações sexuais. Ademais, é por meio da brincadeira que a criança se relaciona com outras crianças, daí sua importância na sociabilidade (Winnicott, 2012).

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Foram entrevistadas duas mães e seus respectivos filhos e cada agrupamento formado por mãe e filhos foi considerado um caso. Com a finalidade de manter o sigilo e garantir a discrição para com os participantes, os nomes foram alterados.

Caso I - Mãe: Sandra (32 anos) / Filha: Carolina (7 anos)

Caso II – Mãe: Raquel (31 anos) / Filhos: Beatriz (5 anos) e Guilherme (7 anos)

As informações fornecidas pela mãe e pelo filho foram integrados por categoria. Organizaram-se as informações neste capítulo pelos tópicos ou eixos das entrevistas.

1.1. Descoberta do Diagnóstico

No caso I, Sandra refere que sua filha é portadora de DA desde os seis meses de idade, mas o diagnóstico se deu quando ela tinha dois anos de idade. Inicialmente o pediatra receitava pomadas, corticóide e creme hidratante e aos dois anos ela foi encaminhada ao dermatologista, que endossou o diagnóstico fornecido pelo pediatra. Refere que tanto o pediatra como o homeopata sempre trataram como se não fosse nada. Aos dois a três anos de idade as feridas sangravam um pouco. Para Sandra, a descoberta do diagnóstico de DA se deu de maneira tranquila, pois não sabia do que se tratava e achava que curaria na puberdade. Ficou preocupada posteriormente, quando foi ao grupo AADA e viu as crianças, mas refere que os três médicos afirmam que ela está bem clinicamente. Não apresentou mudanças frente ao diagnóstico da filha, disse que continua fazendo tudo da mesma maneira que fazia antes. Na entrevista, conta que a filha ficou sabendo que tinha DA por intermédio dos médicos, que, em consulta, falaram que era DA. Ademais, de acordo com Sandra, a filha acredita que herdou do pai uma alergia de pele, já que este tem

rinite alérgica. Acha que Carolina reagiu bem, porém em seu relato deixa transparecer que Carolina refere que gostaria de ter a cura para a DA.

Carolina não lembra ao certo quando descobriu que tinha, mas ouviu a mãe falar que foi aos seis meses. Não lembra o que sentiu quando teve o diagnóstico, mas hoje se sente diferente porque em meio a outras crianças, só ela tem dermatite atópica.

No caso II, Segundo Raquel, a Beatriz tem DA desde um mês de vida, e Guilherme desde os cinco anos de idade. Refere que foi mais difícil o manejo com a Beatriz do que com o Guilherme, pois ela era bebê, chorava muito e os sintomas eram mais severos (lesões, prurido e chorava muito). Apesar disto, Beatriz não teve o choque de receber a notícia, pois era portadora desde bebê, mas quando começou a crescer e compreender a doença, referia que não queria tomar remédio e a dizer que odiava tudo relativo à DA. Já quando o Guilherme descobriu teve um choque e tentou negar, pois via a irmã sofrer e não queria o mesmo para si. Raquel refere que ele ficou doente na época, contraiu um resfriado, que ela vincula ao recebimento da notícia da DA.

Beatriz afirma que tem DA desde bebê e Guilherme diz ter desde os cinco anos. Ambos concordam que se sentiram mal frente ao diagnóstico devido aos sintomas (coceira).

1.2. Desencadeantes

No caso I, de início, Sandra diz não saber ao certo o que piora, mas depois declarou que geralmente piora à noite e quando Carolina está fazendo lição sob pressão. Carolina, por sua vez, reforça que costuma piorar a noite e diz que melhora brincando.

No caso II, tal como Sandra, Raquel a princípio afirmou que não sabia ao certo o que ocasionava a piora em Beatriz. Depois referiu que os sintomas pioram com a ingestão de certos alimentos (chocolate, tomate), vestuário com lã e contou o

caso da avó com AVC internada. Já sobre Guilherme, a mãe ressalta que há piora quando ele fica estressado, nervoso ou preocupado (ex. jogo de futebol na escola).

Para Beatriz a DA piora a noite, já o Guilherme não soube identificar quando piora, refere que seu quadro é leve (nunca piorou).

1.3. Família

No caso I, em entrevista, Sandra diz que sua família não se importa, não dá atenção para o fato de sua filha ter DA. Carolina reitera a declaração da mãe, dizendo que sua família não fala nada sobre o assunto, só os pais falam que tem que passar creme hidratante, que tem que cuidar para coçar menos.

No caso II, Raquel declara que o marido chorou muito quando descobriu, não sabia direito lidar com a doença, fazia piadas com a Beatriz. Segundo ela, a família sempre apoiou e ajudou, ela se sente muito respaldada, pois todos moram perto e a avó das crianças, como já teve uma filha com DA, sabia como manejar e distrair a Beatriz nos momentos de crise da doença.

Guilherme diz que o pai e mãe falam para não coçar e para passar creme, Beatriz endossa a resposta do irmão com aceno de cabeça.

1.4. Social

No caso I, Sandra refere que sua filha não deixa de fazer atividades e não tem restrições por conta da doença (ainda que peça para não ir às atividades), a não ser dormir na casa de colegas para não dar trabalho para a família. Acha Carolina “meio devagar” para interagir com outras crianças, mas desvincula esse fato da existência da DA. Segundo a mãe, a filha realiza como atividade extra-curricular a natação. Mãe refere que ela gosta de ir, mas não gosta de ser chamada a atenção, pois tem pouca desenvoltura na água. Além disto, faz evangelização infantil para outras crianças em um centro espírita. Para Carolina, a percepção parece ser a

mesma, pois ela declara que os colegas brincam com ela normalmente, não perguntam o que ela tem.

No caso II, segundo Raquel, a Beatriz é bastante comunicativa e de fácil relacionamento, porém chegou a comentar com a mãe que os amigos não gostavam dela devido a DA. Reclamou uma vez sobre o olhar de uma pessoa estranha no ônibus para sua ferida de pele. Quando tem muito prurido, não quer sair por vergonha das pessoas ficarem perguntando o que ela tem, e quando mancha a roupa de sangue, tenta se cobrir. Guilherme tem menos lesões de pele, o que afeta menos suas relações interpessoais, porém ele sempre foi tímido e aos poucos está conseguindo se soltar, mãe refere que a terapia tem o ajudado. Ambos realizam atividades extra-curriculares artísticas (dança, teatro, música) em um grupo de uma biblioteca pública. Tem dificuldade em dormir a noite, o que influencia o outro dia na escola (professores deixam eles tirarem um cochilo).

1.5. Escola

Conforme relata Sandra no caso I, ela nunca foi procurada na escola por conta da DA e acha que Carolina não tem problemas com isso. Diz que Carolina gosta de ir para a escola, mas ultimamente tem pedido para faltar por conflito com outras crianças, segundo a mãe, questões inerentes ao desenvolvimento normal da idade e não relacionadas à DA. Nunca retirou a filha da escola por conta da DA. Carolina diz que gosta de ir para a escola, gosta de brincar e sua brincadeira preferida é pega-pega. Tem trabalho em grupo na escola, faz com todo mundo, brinca com todo mundo e gosta dos professores.

No caso II, Raquel refere grande apoio de toda a equipe escolar de Beatriz diante da DA e da alergia a ácaro (limpeza, higiene, alimentação, etc). Em se tratando do Guilherme, Raquel acredita que por ele ser tímido e ter menos lesões, ele mesmo resolve seus problemas, sem precisar de ajuda da escola. Em geral, refere que ambos têm amigos e brincam na escola, mas acha que são amigos mais selecionados, os que perguntam menos sobre a DA.

Beatriz refere que todos os colegas dizem que ela tem catapora, ela conta para a professora, que repreende os alunos. Não tem trabalho em grupo em sua escola. Ela brinca com outras crianças e sua brincadeira preferida é pega-pega, esconde-esconde e boneca. Não gosta de brincar com uma das crianças, mas desvincula isto da existência da DA. Gosta de todos os professores.

Guilherme afirma não gostar de ir para escola porque sente falta da mãe, mas nada relacionado à DA. Não tem trabalho em grupo em sua escola. Brinca com outras crianças e sua brincadeira preferida polícia-ladrão. Ele refere que não gosta de brincar com as meninas, mas nada relacionado à DA. Gosta de todos os professores, menos de uma porque briga com ele.

1.6. Limitações em função da dermatite atópica

Segundo Sandra, no caso I, Carolina não tem restrição de vestuário e não se incomoda sobre as lesões da pele e a parte estética frente a outras crianças e pessoas. Conta que em um caso esporádico a filha não conseguiu terminar uma prova devido a DA. Carolina diz que deixou de fazer prova porque coçava muito.

De acordo com o caso II, Raquel refere que a Beatriz no começo não queria ir ao parque da escola de shorts porque tinha feridas na perna e os amigos falavam que ela estava doente. Hoje em dia vai de shorts e saía no parquinho. Ficou uma semana afastada da escola. Deixou de ir a festas infantis por causa dos alimentos (molho de tomate da salsicha, brigadeiro) servidos que as outras crianças podiam comer e ela não. Não queria ir ao shopping e praia brincar por causa da coceira e de vergonha por causa das lesões. Tentou fazer “ballet” mas a meia calça dava alergia. Guilherme também não ia às festas infantis para acompanhar a irmã. No começo e por pouco tempo não queria usar bermuda, mas em geral as lesões aparecem em locais que a bermuda cobre. Beatriz reitera o que a mãe falou, declarando que deixou de comer certos alimentos e de ir a festa porque tinha muito doce. Já Guilherme diz que nunca deixou de fazer nada por conta da doença.

1.7. Aspectos Negativos

No caso I, Sandra ressalta como aspecto negativo o fato de Carolina não dormir bem à noite por causa da coceira. Sandra costuma permanecer com ela acordada até ela melhorar e pegar no sono. Carolina diz ter dificuldade em acordar e cansaço no outro dia por se coçar muito a noite.

Em se tratando do caso II, Raquel diz que o que mais a incomoda são as perguntas constrangedoras de estranhos, que são inconvenientes tanto para mãe quanto para as crianças. Beatriz não gosta de dormir se coçando e Guilherme afirma que não gosta de passar creme.

1.8. Aspectos Positivos

No caso I, inicialmente, Sandra diz ser o contato mais próximo com a filha, já que passa a noite com ela. Porém depois diz que não tem nada de bom, que passaria tempo com ela mesmo que não tivesse DA. Já Carolina afirma não ter nada de bom em ser portadora de DA.

No caso II, para Raquel, é positivo a aproximação com os filhos por meio do cuidado e preocupação dobrados e de manter-se conectada com novidades sobre a DA. Para Beatriz e Guilherme, o aspecto positivo da DA é a melhora do quadro.

ANÁLISE DOS CASOS

I. Caso I

Logo no primeiro contato, Sandra esteve aberta e se dispôs a contribuir com a entrevista. Agendamos um horário e compareceram a mãe, o pai e a filha. Inicialmente foi realizada entrevista com Carolina e posteriormente com a mãe (em separado). A mãe solicitou à criança que respondesse tudo o que eu perguntasse, enquanto Carolina demonstrava apreensão e timidez.

Trata-se de uma mãe expansiva, alegre e de personalidade marcante, e de uma criança meiga, recatada e introspectiva. A mãe falou bastante, ao contrário de Carolina, que deu respostas curtas a quase tudo que lhe foi perguntado.

Durante a entrevista realizada com Sandra, esta demonstrou, por meio de sua fala, incômodo ao fato de Carolina ser retraída, v.g., “Eu acho ela meio devagar”. Paradoxalmente, a mãe denota assumir o papel ativo frente à filha em alguns momentos, deixando para esta a opção de se manter passiva. Verifica-se que Sandra, procurando auxiliar a filha no processo de desenvolvimento social com outras crianças, ofusca de certo modo a espontaneidade e possibilidade de Carolina agir conforme lhe convém. Isto fica claro em frases como: “Eu que preciso ir na frente e falar: como é seu nome? Quer brincar? Vamos lá, var nadar junto”, e no fato de Carolina não poder expressar seu desejo de interromper a natação, ainda que ela exteriorize sua dificuldade de dormir a noite e, portanto, acordar cedo (8h da manhã), devido à dermatite atópica: “Você vai porque é bom você aprender a nadar, e eu já paguei um ano, então vamos fazer até um ano, depois a gente volta a falar e vê se vai sair”. Agindo desta maneira, Sandra frustra a possibilidade de existência concreta da filha real, permanecendo na fantasia da filha idealizada, que deve seguir os desejos maternos de ser ativa e expansiva.

No que tange à dermatite atópica, a mãe conscientemente aceita a doença, porém, inconscientemente nota-se uma tentativa de minimizar a importância de certos aspectos clínicos da doença e do sofrimento psíquico de sua filha. A demora

no processo de diagnóstico, bem como a carência de informações e a despreocupação familiar podem ter contribuído para isto. É interessante notar que tal comportamento de desconhecimento é compartilhado pela criança durante a entrevista, que não soube dizer quando e como descobriu que tinha doença e o que a família acha sobre isso.

Assim, Sandra refere que a doença não afeta a vida da criança, que não realizou mudanças frente ao diagnóstico e que a doença poderia servir como um aprendizado, muitas vezes aparentando querer assegurar a si mesma que está tudo bem e procurando justificar com respaldo religioso a existência da doença e de seus efeitos, apesar de referir que a criança e ela não dormem bem à noite, que a menina costuma ter sono pela manhã e que ao realizar as tarefas da escola em casa junto a ela, Carolina se coça bastante. Além disto, conta que Carolina, assistindo a um programa de televisão sobre a cura do Alzheimer dá indícios que gostaria de ter a cura para a dermatite atópica (“a cura da dermatite atópica que é bom ninguém acha...”) e a própria Carolina, em entrevista, reclamou se sentir diferente das outras crianças por causa da DA, referiu dificuldade em dormir e narrou um episódio que não conseguiu realizar uma prova na escola por conta da coceira.

Neste contexto, embora realmente Carolina pareça ter um quadro clínico aparentemente não tão comprometido e, inicialmente, o relato da mãe tenha soado à pesquisadora como resiliente e esperançoso, parecendo a mãe estar conseguindo a estrutura básica para o enfrentamento e apoiando-se no amparo religioso para tanto, ao se verificar com atenção, nota-se a tênue e inconsciente tentativa da mãe em negar a relevância da doença.

Sobre o assunto, Simonetti (2011, p. 39) refere que: “Na posição de negação a pessoa pode agir como se a doença simplesmente não existisse, ou então minimiza sua gravidade e adia as providências e cuidados necessários”. O autor (2011, p. 40) diz que: “Apesar de todas as dificuldades originadas pela doença, a pessoa, na posição negação, pode apresentar como emoção predominante uma certa alegria que para um observador geralmente parece falsa.” Ademais, Simonetti (2011, p. 119) também ressalta que a negação pode exercer um papel positivo, ao

representar uma alternativa, uma defesa psicológica frente aos efeitos adversos que a doença assume na vida e rotina.

No caso de Sandra, a negação serviria como uma forma de amenizar o sofrimento dela e de sua filha. Em seu relato, ela não demonstra deixar de realizar exames e consultas médicas, situações que poderiam prejudicar o estado clínico de sua filha, mas também não proporciona a sua filha cuidados mais específicos, tal como mudanças na rotina que poderiam contribuir para a melhoria da dermatite atópica, além de não oferecer espaço para Carolina expor seus sentimentos, considerando que o fato da filha ter DA pode ser entendido como uma “prova” de Deus para que Carolina aprenda a ter mais paciência. Assim, Sandra declara que: “A gente tem tapete, a gente tem cachorro, porque eu achei que não era nada e procuro continuar com essa imagem que não é nada, a gente não vai restringir” e “ela pergunta ‘porque que só ela tem’, eu falo: ‘Carol, pára’... E a gente procura sair dessa situação e falar: ‘Deus não ia te mandar isso de sacanagem, você tem que aprender alguma coisa com isso’, e ela: ‘aprender o que?’ ‘A ser mais paciente, filha, isso não é nada, tem gente que tem coisa pior’”.

Por outro lado, Sandra demonstra ter um bom “holding”, acolhendo o sofrimento da filha no período da noite, nos momentos em que a Carolina não consegue dormir por conta da coceira. A mãe oferece seu colo, seu contato físico e a sustentação que a criança necessita. Sandra permanece acordada e junto à filha desde o momento que ela acorda até o momento em que consegue pegar no sono, conversando e acalmando-a. O espaço de vínculo mãe-filha ocorre no período noturno, em que a criança desfruta de todo o cuidado que a mãe pode e está disposta a oferecer: “todo dia de madrugada ela acorda, a uma e meia, e eu vou ficar lá com ela ate a hora que melhorar... A gente põe a toalha molhada, dá as ‘bolinhas’, dá um antialérgico, ai não dá mais jeito a gente reza um pai nosso... Eu acho que tá tão no final, ela tá tão cansada que quando ela tá num pai nosso que estais no céu, ela já abre a boca e já dorme (risos).”

Segundo pesquisa de Ferreira et al (2006) crianças com dermatite atópica podem utilizar de seus sintomas para obter atenção dos familiares:

Os resultados desta investigação sugerem que as crianças com dermatite atópica algumas vezes utilizam os sintomas, especialmente a coceira, para tentar manipular o comportamento parental e familiar, no sentido de obterem ganhos para si ou para evitar punições. (FERREIRA et al, 2006, p. 624)

No caso em tela, isto se mostra não como forma de manipular, mas sim, clamando a mãe que dedique seu tempo e paciência no trato com a filha. A coceira, desta maneira, vem à noite, selando a necessidade implícita de Carolina em manter perto de si a mãe.

Nesta linha, Montagu (1988) defende que o prurido representa sentimentos reprimidos, tais como frustração, raiva e culpa e necessidade de amor. Pode-se, inclusive, interpretar um dos atos falhos de Sandra, que confunde as palavras emergência e emocional, ao relatar que quando ela faz a lição com a filha, esta se coça bastante. Segundo a mãe: “Quando ela vai fazer lição de casa comigo e eu sou um pouco chata, que eu falo: Carol, lê isso daí, olha pra isso... Ela fica inventando o resto da palavra, né? Tá escrito *emergência*, ela fala *emocional*.” A utilização como exemplo da palavra “emergência” e troca de palavras da mãe pelo termo “emocional” reafirma a necessidade da criança em ser escutada e ter seus sentimentos validados, sejam eles provenientes da doença ou da relação mãe-filho.

Em se tratando do âmbito social, as entrevistas realizadas com Sandra demonstram sua percepção sobre não haver impacto significativo na relação de sua filha com outras crianças, embora expressamente Carolina refira que se sente diferente das outras crianças. Além disto, a própria mãe refere em seu diálogo que os sintomas da DA já chegaram a comprometer a vida escolar e social de Carolina, a exemplo do prurido cutâneo que ocasiona frequentemente uma noite de sono entrecortada e cansaço no dia seguinte, bem como refletiu na impossibilidade de realização de uma prova na escola e na inviabilidade de Carolina dormir na casa de colegas.

Verifica-se, outrossim, que a mãe percebe que sua a pressão é um fator estressante para Carolina, que costuma manifestar o sintoma de coceira quando estuda com a mãe.

Por fim, tanto a mãe quanto a filha concordam que o ponto negativo da DA refere-se ao sono prejudicado devido à coceira e não vislumbram nada de positivo sobre a doença.

II. Caso II

Raquel consentiu em realizar a pesquisa desde o início. Agendamos um horário e estavam presentes a mãe e os dois filhos. Os dois filhos são portadores de DA, e desta maneira, ambos foram entrevistados. Beatriz é portadora de DA desde o primeiro mês de vida e o Guilherme foi diagnosticado aos cinco anos. Cumpre destacar que Beatriz possui um quadro clínico mais severo do que Guilherme. Em separado, primeiro foi entrevistada a mãe e depois os filhos.

Na data da entrevista, Raquel mostrou-se uma mãe preocupada e atenta às necessidades dos filhos e a questão da DA, porém, devido ao fato de Beatriz ser mais comprometida na doença, Raquel, muitas vezes, dirigiu o teor da entrevista com foco na Beatriz. Beatriz é uma criança expressiva e sorridente, enquanto Guilherme é mais tímido e reservado.

É interessante ponderar que Raquel teve DA em sua infância, fato este que ela ressaltou como importante frente ao trato com os filhos, pois a experiência prévia auxiliou na compreensão e identificação para com o sofrimento físico e psíquico de seus filhos. Aliado a isto, Raquel sempre teve apoio familiar e na escola frente a DA dos filhos, além do que, ambos os filhos em algum momento da vida frequentaram um psicólogo. Tal respaldo pode ter contribuído para um maior esclarecimento, manejo e cuidado para com os filhos. Para Raquel, o fato dela também ter tido DA auxiliou Beatriz: “ficou mais fácil pra ela porque às vezes eu também tô com coceira, a dermatite de contato piorou ontem e ela falou: ‘mãe, você também tá com coceira?’, eu falei: ‘é, a dermatite da mamãe também atacou hoje’, ai ela falou: ‘ah, então vamos passar creme juntas’, a gente faz tudo junto. Então pra ela é legal, a minha mãe tá ali, junto comigo.. É bem mais tranquilo por conta disso, então...”

No que concerne a percepção acerca do impacto sócio-afetivo da DA, durante toda a entrevista com a mãe e com os filhos, foi trazido à tona reiteradamente a relevância das consequências da dermatite atópica na relação com outras crianças e com adultos, em virtude de seus filhos, em particular principalmente Beatriz, esconderem suas lesões por meio de vestimentas que cobrissem as partes do corpo feridas, restringindo seu círculo social a crianças e adultos que não questionam a doença. Nota-se um impacto maior principalmente no caso de Beatriz, que tem um quadro clínico com aparência mais visível. Assim, Beatriz refere que na escola os colegas dizem que ela tem catapora devido às lesões de pele e a mãe relata que ela reclama que os colegas não gostam dela. Além disto, já se sentiu desconfortável em público (dentro do ônibus) diante do olhar curioso de uma pessoa estranha e deixou inclusive de frequentar a escola durante certo período de tempo. Adicionado a isto, a mãe refere que há prejuízo de desempenho de atividades no dia seguinte, devido à dificuldade de dormir a noite: “dormir a noite quase é impossível, quando tá em crise, então... No outro dia pra levantar é cansado, daí já não quer mais fazer atividade na escola, daí eles querem dormir na escola, a professora deixa tirar um cochilinho de meia hora porque sabe que por causa da dermatite não dormiu bem, mas assim, é bem difícil, essa parte é difícil, eles não dormem muito bem não...”

Além disto, em dado período de tempo, ambas as crianças deixaram de ir para festinhas infantis, pois Beatriz não podia comer salsicha e brigadeiro. É interessante notar a mãe, procurando proteger Beatriz e não fazer diferença entre os filhos, acaba por privar Guilherme destes eventos sociais.

Em ambas as crianças o fator psíquico se mostra relevante na aparição e perpetuação dos sintomas. Em se tratando do Guilherme, a doença demonstra ter seus sintomas agravados em momentos estressantes. Desta maneira, a mãe refere que “piora muito quando ele fica muito estressado, muito nervoso com alguma coisa, ou preocupado com escola, ou se vai ter um jogo de futebol e ele não sabe se vai jogar, então ele começa a ficar estressado com as coisa (sic), eu vejo que dá uma piorada, quando ele fica mal humorado com alguma coisa, então eu percebo que piora”.

Já no caso da Beatriz, inicialmente a mãe não soube informar o que poderia desencadear a piora do quadro clínico, mas lembrou-se de um episódio que a avó da criança teve AVC e ficou durante muito tempo hospitalizada. Sobre este fato, a mãe refere que foi um choque muito grande para Beatriz, que tinha um vínculo forte com a avó: “Quando a minha mãe adoeceu eu senti que piorou a dermatite da Beatriz, foram os picos piores dela, porque ela foi sempre muito apegada a minha mãe, e ela chorou muito, foi muito difícil, foi o tempo que a gente passou mais dificuldade com ela foi esse período, porque, ela não entendia, ela só tinha 3 anos quando a minha mãe teve o AVC, ela não vê a avó todos os dias foi difícil, ela entender que a avó tava no hospital era difícil, porque ela não podia entrar, foi muito difícil”.

Sobre o tema, Françoise Dolto discorre sobre a importância em comunicar à criança sobre o adoecimento e falecimento de um familiar, ressaltando que a percepção da criança difere da do adulto:

Seu desejo é muito mais importante do que a preocupação de conservar seus corpos, justamente porque nelas o desejo não é vinculado ao corpo. Ele está no imaginário, mais importante do que o corpo. (DOLTO, 2007, p. 124)

Neste sentido, apesar da circunstância do adoecimento da avó, Raquel conseguiu fornecer a filha um bom suporte para o enfrentamento da dor e sofrimento que a filha estava experienciando, na medida em que proporcionou que a filha tivesse contato com a avó ainda no ambiente hospitalar, num espaço reservado, a pedido da própria criança, sem privá-la da realidade e respeitando seu limite. Além disto, garantiu a filha um acompanhamento terapêutico com psicólogos nesta época. Nas próprias palavras de Raquel, sobre a equipe hospitalar: “Eles fizeram tudo direitinho para ter um outro ambiente e a Beatriz ver, a Beatriz ficou: eu vou ver a minha avó, eu vou ver a minha avó e ela ficou bem ruim essas semanas pela expectativa, né? Quando ela viu minha mãe ela não quis chegar perto, minha mãe tava na cadeira de rodas, ela abaixou a cabeça e chorou, e eu falei: ‘tudo bem, você não quer? Vamos lá pro outro quarto, não tem problema, é normal, se você não quiser conversar com a vovó agora, a mamãe entende’... Então foi toda uma conversa difícil. Ai depois a gente levou, ela tinha feito desenho em casa, falou que

não ia dar mais, e eu falei: ‘tudo bem, não tem problema nenhum, a vovó não vai ficar chateada, a mamãe conversa com ela’... E depois de uns 2 minutinhos que ela ficou chorando, ela chorou muito, ela respirou fundo e falou: ‘Pronto, mãe, agora eu acho que eu posso ver a minha avó’. Ai foi, ela já tava com 4 anos, e ai ela foi ver minha mãe, e ai ela conversou, perguntou se podia tocar nela, eu falei: pode e tal, e depois que ela viu, entregou o desenho, falou tudo o que ela tinha que falar, que tava com saudades, que sentia falta, que amava a avó, acho que ela jogou tudo o que ela tinha, sabe? Ela ficou lá com a minha mãe por meia hora, pelas condições físicas, não podia ficar mais que isso, e ai, ela relaxou, depois ela saiu e no carro ela falou: ‘nossa, mãe, agora eu to bem, agora eu já vi minha avó’, foi quando ela deu uma amenizada, ela tranquilizou a alergia, e ai ela ficou bem, mas foi o pior pico de alergia, foi o emocional.”

DISCUSSÃO

Nos dois casos analisados, as crianças possuíam menos de cinco anos quando foram diagnosticadas, sendo que, em duas delas, a descoberta se deu antes dos seis meses. Desta maneira, as crianças estavam dentro do perfil predominante de DA, tal como Boechat e Rios (2005) referem que aproximadamente 85% dos portadores de dermatite atópica apresentam os sintomas iniciais nos primeiros cinco anos de idade, sendo que uma parcela deles tem um início entre o segundo e o sexto mês de vida.

Em um dos casos, verifica-se a existência do fator hereditário, tendo em vista que ambos os filhos herdaram a carga genética da mãe, reiterando o fato de que:

A DA apresenta nítido caráter hereditário. Em estudos populacionais, observou-se importante aumento de sua prevalência em famílias com antecedentes de atopia, chegando a 68% em pacientes filhos de pais com essa mesma alergia. (BRANDÃO & CASTRO, 2010, p. 325)

Em relação à pele, em um dos casos, uma das crianças e sua mãe referem desconforto social diante da aparência das lesões. De acordo com esta mãe, os adultos e as outras crianças, que desconhecem a doença, usualmente questionam as crianças portadora DA e seus familiares se se trata de uma patologia contagiosa, além de demonstrarem ter aversão ao seu aspecto. A mãe refere que sua filha já deixou de ir ao parque da escola de shorts porque tinha feridas na perna e os amigos comentavam que ela estava doente, além disto, não queria ir a espaços de lazer como shopping e praia brincar por causa da coceira e de vergonha por causa das lesões, deixou de frequentar festas infantis, chegando a, inclusive, ficar uma semana afastada da escola. Ainda, neste caso, a criança expõe que na escola seus colegas costumam se referir a ela como alguém que tem catapora por causa da aparência da sua pele.

No outro caso estudado, embora a mãe reforce que sua filha permanece com a mesma rotina e não apresenta problema nos relacionamentos afetivos, a criança refere se sentir diferente das outras crianças por somente ela ter dermatite atópica.

Sobre o descrito acima, o impacto da dermatite atópica nos relacionamentos afetivos e na vida social da criança é fundamentado na literatura. Dessarte, Rocha & Gon (2005) descrevem que crianças com dermatoses de pele estão constantemente sujeitas a discriminação da sociedade.

Outrossim, cumpre evidenciar que em um dos casos, a mãe explicita que preferia ter a doença no lugar da filha. Este exemplo, bem como o sentimento desconfortável da outra mãe em relação ao questionamento de pessoas desconhecidas sobre o aspecto visível da doença dos filhos, demonstram o sofrimento das mães frente ao adoecimento de seus filhos.

Neste sentido, as mães indicam ter identificação para com seus filhos, sofrendo com o sofrimento deles. Além disto, a doença, por seu aspecto visível, traz a tona a questão da ferida narcísica.

Sobre o narcisismo, impera salientar que ele se refere ao olhar do outro, a um sentimento de si mesmo a partir do outro. Fala acerca da aprovação do outro, atento ao fato de não sermos seres isolados, mas sim, existirmos segundo uma individualidade exterior baseada na imagem. Nesta idealização da imagem, segue-se a valorização da estética e do corpo, com predomínio constante de ser admirado e valorizado.

Sobre o assunto, filósofos, psicólogos, sociólogos expõem suas infatigáveis críticas acerca do preço pago pela sociedade ocidental por alimentar a cultura voltada ao prazer e beleza, que gera um estado de completude com pequena duração de tempo, além de acarretar sentimento de inferioridade nos que não dispõem das condições ditas ideais. É assim também para Guy Debord: “No plano das técnicas, a imagem construída e escolhida por outra pessoa se tornou a principal ligação do indivíduo com o mundo.” (DEBORD, 1997, p. 188)

Em relação a situações que propiciam o aparecimento e predomínio de sintomas, ambos os casos demonstram haver relação com aspectos psíquicos da criança, tais como o estresse, pressão e acontecimentos importantes, segundo prelecionam os autores: “O estresse pode ser um fator agravante para os pacientes

com DA” (PRADO & CASTRO, 2011). Tais condições contribuem para o rebaixamento do sistema imunológico, originando os sintomas, bem como podem ser compreendidos como uma necessidade do organismo em exteriorizar, por meio da pele, as manifestações psíquicas: “projeta-se em nossa pele, como se fora sobre uma tela, a gama variada das experiências da vida; emergem emoções, penetram os pesares, a beleza encontra sua profundidade” (Montagu, 1988, p. 24)

Neste caso em particular, uma das mães refere que seu filho piora dos sintomas em situações que, para ele, são vivenciadas como fatores estressantes. Além disto, uma das crianças refere à melhoria da coceira quando brinca, ou seja, quando há distração e um ambiente acolhedor e propício para seu desenvolvimento. Ainda, de maneira geral, as crianças mencionam que a piora dos sintomas se dá no período noturno, tal seja, no momento em que não existem atividades capazes de dirigir a atenção delas para atividades.

Outrossim, para Winnicott (1994) as doenças psicossomáticas vinculam-se a uma dissociação psique-corpo, provenientes de uma relação materna não suficientemente boa, incapaz de garantir sustentação e cuidado aos seus filhos. Similarmente, no entendimento de Bitelman (2010), as doenças alérgicas podem ser compreendidas como advindas da estruturação mental da criança a partir do grau de rejeição ou super-proteção maternos.

Devido ao fato da presente pesquisa ser voltada para a compreensão da percepção dos pais e das crianças sobre os aspectos sócio-afetivos da doença, não foi foco principal aprofundar a análise acerca da relação de vínculo afetivo materno estabelecido com as crianças. Apesar disto, aparentemente observa-se no caso II, uma mãe adequada e com indícios de ser suficientemente boa, proporcionando a seus filhos um ambiente acolhedor e rico para seu crescimento e desenvolvimento. Já no caso I, a mãe demonstra em alguns momentos acolher e dar o devido respaldo a sua filha e em outros momentos se mostra pouco cuidadosa para com as questões emocionais da filha.

É de relevo também esclarecer que em um dos casos, houve a introdução da psicoterapia infantil, não destinada ao controle da doença, mas sim, para

acompanhamento de momentos vivenciais específicos do desenvolvimento de crianças. Neste caso em particular, propõe-se que a psicoterapia pode ter auxiliado no auto conhecimento e fortalecimento egóico, garantindo que os conflitos internos pudessem ser elaborados e não manifestados corporalmente corroborando com o estudo de caso realizado em Minas Gerais (Myssior, 2008), que demonstrou a eficácia do tratamento psicanalítico na mudança de comportamento, com vistas a aceitar-se e seguir seu caminho.

Mais um ponto de destaque se refere ao comportamento das crianças entrevistadas. Duas delas demonstram serem mais tímidas, apesar de suas mães desvincularem isto da existência da dermatite atópica e uma delas, a mãe afirma ser “muito dengosa”. Esta constatação está de acordo com a pesquisa do Rio Grande do Sul (Neto, 2005) acerca da avaliação sócio-comportamental de crianças portadoras de dermatite atópica, que constatou que elas demonstraram serem queixosas, ansiosas, sensíveis e mais dependentes que as outras crianças.

Ademais, a dermatite atópica não afeta somente a criança, mas também todo o núcleo familiar e sua rotina, segundo estudo desenvolvido em na PUC/RS (Ferreira, 2006). Nos casos estudados nesta pesquisa, verifica-se que em ambos, com menor ou maior intensidade, houve comprometimento da rotina dos pais e da família. Assim, em um dos casos, a mãe passa o período noturno acordada com a filha, aguardando que a coceira atenuie, indo dormir no meio da madrugada e acordando bem cedo, além de toda a rotina de médicos e grupos de apoio que a família se dedica. No outro caso, as mudanças encontradas foram ainda maiores, pois a família chegou a inclusive mudar sua rotina e deixar de ir a eventos sociais familiares (aniversários de crianças) e frequentarem locais públicos devido a vergonha dos filhos frente ao aspecto visível da dermatite atópica.

Por fim, é de comum acordo em ambos os casos, entre as crianças entrevistadas suas mães, a percepção delas acerca da existência do prurido, que compromete, de grau leve a moderado, o desempenho de funções sociais ou escolares. Uma das crianças refere que já deixou de realizar uma prova por conta da coceira e outra deixou de fazer atividade de “ballet”.

Tal constatação vai de encontro ao que dispõe a literatura sobre o tema, a exemplo de Rios e Carvalho (2007) que referem que o prurido é o principal sintoma da dermatite atópica.

Ainda, sobre o tema:

O prurido é um dos principais critérios diagnósticos da dermatite atópica e, ao mesmo tempo, um dos sintomas mais perturbadores no comportamento do paciente. Interfere em vários aspectos da vida do portador de DA. Afeta a qualidade do sono e repouso, com reflexos no rendimento escolar e nas relações familiares e sociais. (RIOS & CARVALHO, 2007, p. 325)

Neste contexto, as próprias crianças e suas mães referem o incômodo da coceira noturna, que atrapalha o sono e a rotina do dia seguinte. Em particular, uma das crianças salienta que sente dificuldade em acordar e cansaço no dia seguinte, e a mãe de outra refere que, por vezes, é necessário que seus filhos cochilem na escola durante certo período de tempo.

Assim, faz-se mister salientar a importância do sono, não somente em seu caráter reparador após um dia intenso de experiências e vivências, mas também, frente ao acesso ao conteúdo dos sonhos, com a finalidade de garantir a elaboração psíquica deste material inconsciente.

Para Freud (2001), os sonhos refletem lembranças inacessíveis durante o período de vigília, sendo, portanto, um material único e precioso para o acesso ao inconsciente. Em especial nas crianças, o autor pondera que os sonhos representam os desejos infantis:

Os sonhos das crianças pequenas são frequentemente pura realização de desejos (...). Não levantam problemas para serem solucionados, mas, por outro lado, são de inestimável importância para provar que, em sua natureza essencial, os sonhos representam realizações de desejos. (FREUD, 2001, p. 140)

Assim sendo, crianças que, como a dos casos analisados nesta pesquisa, não tem uma boa experiência de sono padecem tanto com o cansaço no dia seguinte, como também com o prejuízo no campo onírico frente à compensação de seus desejos não atingidos na vida real.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado teve como principal objetivo constatar o impacto sócio-afetivo que a dermatite atópica acarreta na vida de crianças portadoras, a partir da ótica e percepção delas mesmas e de seus pais / responsáveis. Como resultado, em geral, as mães e as crianças referiram que a dermatite atópica afeta as relações interpessoais das crianças, na medida em que as crianças já deixaram de realizar atividades sociais devido aos sintomas e vergonha das lesões de pele, utilizaram vestimentas nas áreas lesionadas para esconderem as feridas e receberam apelidos pejorativos na escola. As crianças e pais também foram unânicos em expressar que a dermatite atópica afeta a rotina diária das crianças portadoras devido ao sintoma de coceira noturna, que atrapalha o desempenho no outro dia.

Destarte, analisando-se a pesquisa em seu todo, verifica-se que o objetivo do trabalho foi alcançado, pois ambos os agrupamentos estudados trouxeram aspectos subjetivos significativos acerca da repercussão social e afetiva frente à existência da dermatite atópica. Observa-se, também, que ambos os casos convergiram com a literatura sobre o tema referente ao impacto sócio afetivo da dermatite atópica.

No decorrer da pesquisa, houve certa dificuldade de conseguir sujeitos dispostos a participar da entrevista. Isto se deveu ao caráter específico da doença e da faixa etária a ser estudada, que restringiu bastante o rol de pessoas que poderiam contribuir com a pesquisa.

Apesar disto, durante todo o processo de elaboração do trabalho, tive muita satisfação em realizar as entrevistas e coletar os dados. As histórias contadas e as vivências e percepções trazidas foram de grande aprendizado para mim enquanto pesquisadora e como pessoa.

Acredito que a presente pesquisa servirá como mais um ponto de partida, em meio a tantas outras pesquisas de grande relevo, para o estudo da doença no viés social, e sobre as repercussões afetivas desta doença ainda não muito conhecida pela sociedade.

Para futuras pesquisas com crianças, pondero como sugestão a aplicação de testes projetivos, com a finalidade de trazer ao conhecimento aspectos inconscientes não explorados através da conversa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALI, Sami. Pensar o somático. Imaginário e patologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995
- ÁVILA, Lazlo Antonio. Doenças do corpo e doenças da alma – Investigação Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1996.
- ÁVILA, Lazlo Antonio. Doenças do corpo e doenças da alma – Investigação Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Escuta, 2002, 3ª edição.
- BITELMAN, Bernardo. Pele. Em VOLICH, Rubens Marcelo., FERRAZ, Flávio Carvalho., RANÑA, Wagner. (Orgs). *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- BOECHAT, José L.; RIOS, José L. M. Dermatite Atópica: aspectos clínicos e imunológicos. São Paulo: Segmento Farma, 2005.
- BRANDÃO, Ana Cláudia, CASTRO, Ana Paula B. Moschione. *Dermatoses Alérgicas*. JACOB, C. M. A., PASTORINO, A. C. (Orgs.) *Alergia e Imunologia para o Pediatra*. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2010 – Coleção Pediatria. Instituto da Criança HC-FMUSP.
- CINTRA, Ellsa Maria de Ulhôa. Trate-me como um cachorro. Ou assim que for possível. Cad. Psicanál. – SPCRJ, Rio de Janeiro, v. 23, n. 26, p. 35-51, 2007.
- DOLTO, Françoise. As etapas decisivas da infância. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 2 ed.
- DEBORD, Guy. A sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- FERREIRA, V. R. T., MULLER, M. C., JORGE, H. Z. Dinâmica das relações em famílias com um membro portador de dermatite atópica: um estudo qualitativo. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 617-625, set./dez. 2006

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. As diversas faces do cuidar – Novos ensaios de Psicanálise Contemporânea. A metapsicologia do cuidado. São Paulo: Editora Escuta, 2009.

FREUD, Sigmund. A interpretação dos sonhos. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

GASCON, M. R. P., BONFIM, M. C., PEDROSO, T. G., CAMPOS, T. R., BENUTE, G. R. G., AOKI, V., TAKAOKA, R., LEÃO, R. O., LÚCIA, M. C. S. de, NETO, C. F. Avaliação Psicológica de crianças com dermatite atópica por meio do teste das fábulas de Düss. Estudos interdisciplinares em psicologia, Londrina, v. 3, n. 2, p. 182-195, dez 2012.

GON, M. C. C., ROCHA, M. M., & GON, A. S. *Análise do conceito de estigma em crianças com dermatoses crônicas*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva, São Paulo, v. VII, nº 1, p. 015-020, 2005.

HAUTAMANN, Giuseppe. Biologic Psychophysiologic approach to stress-induced dermatoses.http://www.giuseppehautmann.com/hautmann/public/upload/documenti/doc_5065c6a912f3a

KREISLER, Leon. A nova criança da desordem psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

LAVADO, Ana Maria. *Relações de vinculação em crianças com dermatite atópica*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2008.

MCDUGALL, Joyce. Teatros do corpo. O psicossoma em Psicanálise. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1ª edição, 1991.

MONTAGU, Ashley. Tocar: o significado humano da pele. São Paulo: Summus, 1988, 10ª edição, volume 34.

MYSSIOR, Sílvia G.; FONTES, Maria Jussara Fernandes; FERREIRA, Roberto Assis; MARQUES, Maria Cândida. O tratamento psicanalítico associado ao tratamento clínico em uma criança com dermatite atópica: o caso R. Rev Med Minas Gerais, 2008; 18 (4 Supl 1): S179-S184

NETO, Paulo de Tarso da Luz Fontes. Avaliação sócio-comportamental de crianças portadoras de dermatite atópica. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, Brasil, 2005.

NETO, P. F., WEBER, M. B., FORTES, S. D., CESTARI, T. F., ESCOBAR, G. F., MAZOTTI, N., BARZENSKI, B., SILVA, T. L. da, SOIREFMANN, M., PRATTI, C. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul vol. 27 no.3 Porto Alegre Sep./Dec. 2005.

NETO, P. T. L. F., WEBER, M. B., FORTES, S. D., CESTARI, T. F. *A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática*. Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul 28(1): 78-82, 2006.

NOGUEIRA, L.S.C.; ZANCANARO, P. C.Q.; AZAMBUJA, R. D. Vitiligo e emoções, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962009000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 nov. 2013.

PRADO, Evandro Alves, CASTRO, Ana Paula B. Moschione. *Dermatite Atópica*. SOLÉ, Dirceu., BERND, Luis Antonio Guerra., FILHO, Nelson Augusto Rosário. (Orgs.) *Tratado de Alergia e Imunologia Clínica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

RANÑA, Wagner. Psicossoma III – Interfaces da psicossomática. A criança e o adolescente: seu corpo, sua história.

RIOS, J. B. M., CARVALHO, L. P. de. *Dermatite Atópica*. RIOS, J. B. M., CARVALHO, L. P. de, e al. (Orgs). *Alergia Clínica: Diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2007, 2 edição.

SILVA, S. M., LUCAS, M. A. O. F. *A importância das interações sociais na educação infantil: um caminho para compreender o processo de aprendizagem*. Monografia (Trabalho 4º ano letivo) - Faculdade de Pedagogia, Universidade Estadual de Maringá. 2002.

SILVEIRA, Sandra Telles. *Quadros colados: Relato de um caso de uma criança com eczema*. Em VOLICH, Rubens Marcelo., FERRAZ, Flávio Carvalho., RANÑA,

Wagner. (Orgs). *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

VOLICH, Rubens Marcelo., FERRAZ, Flávio Carvalho., RANÑA, Wagner.-organizadores. *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. BITELMAN, Bernardo. *Pele*.

VOLICH, Rubens Marcelo., FERRAZ, Flávio Carvalho., RANÑA, Wagner.-organizadores. *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. NEVES, Sônia Maria Rio. *Eu-pele, psicossomática e dermatologia: nos limites da palavra, da transferência e do corpo: a pele*.

WINNICOTT, D. W., Transtorno [*disorder*] Psicossomático. In: WINNICOTT, D.W. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

WINNICOTT, D. W., O campo psicossomático. In: WINNICOTT, D.W., *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. , *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

WINNICOTT, D. W. , *A criança e o seu mundo*. 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

WINNICOTTO, D. W., *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ANEXOS

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
_____, RG _____, aceito participar da pesquisa “O impacto social e afetivo da dermatite atópica: a percepção de crianças portadoras e de seus pais / responsáveis”, realizada por Paula Valery Cavalheiro de Almeida, aluna do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; sob orientação da Professora Dra. Rosa Maria Tosta. Estou ciente que posso contatar a pesquisadora executante a qualquer momento através do telefone (11) 98741-5118 e do e-mail paulavalery@hotmail.com, e a pesquisadora responsável pelo projeto, Rosa Maria Tosta, através do telefone (11) 98380-3553 e do e-mail proffachs@pucsp.br.

O objetivo deste trabalho é compreender a percepção de crianças e de seus pais / responsáveis acerca do impacto afetivo e social que a dermatite atópica acarreta na vida destas crianças.

Fui informado (a) que serei submetido a uma ENTREVISTA, contendo dados profissionais como nome (apenas as iniciais) e profissão, e que abordará questões acerca das repercussões sociais e afetivas em crianças portadoras de dermatite atópica. Consinto também que meu filho (a) / pupilo (a) seja submetido a ENTREVISTA, nos mesmos termos supracitados.

Concordo que a entrevista seja gravada;

() Sim

() Não

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho

Nacional de Saúde. O participante será abordado pela pesquisadora e ao aceitar participar desse estudo permitirá que a mesma utilize fragmentos de situações observadas bem como do que foi relatado na fase de entrevistas. Os participantes têm a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e abandonar o estudo, sem que isto lhes traga qualquer prejuízo.

Os procedimentos usados nesta pesquisa não oferecem riscos à minha dignidade ou prejuízo dos meus direitos. As informações oferecidas por mim serão mantidas em lugar seguro e só terão acesso a elas a autora que conduz o estudo e sua orientadora. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, minha identidade será preservada. A mesma disposição vale para meu filho (a) / pupilo (a).

Declaro que li as informações e recebi todos os esclarecimentos necessários junto à pesquisadora e concordo em participar do estudo. Recebi uma via deste documento, que ficará em meu poder.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Executante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Anexo II

Roteiro de Entrevista dos Pais / Responsáveis:

Dados de Identificação Pais / Responsáveis:

- Nome
- Sexo
- Idade
- Grau de escolaridade
- Profissão
- Grau de parentesco com a criança portadora de dermatite atópica

Dados de Identificação da criança:

- Nome
- Sexo
- Idade
- Grau de escolaridade

1. Quando foi diagnosticado dermatite atópica em seu (a) filho (a)? Como se deu? Quantos anos ele (a) tinha? Descreva sucintamente.
2. Como foi para você saber que seu filho (a) tem dermatite atópica? Você mudou sua maneira de lidar com ele (a)? Se sim, em que aspectos?
3. Como a sua família reagiu diante do diagnóstico de dermatite atópica? Você tem apoio dos familiares?
4. Você sabe informar quando geralmente o quadro de dermatite atópica piora (sintomas, crises, etc.)?
5. Como acha que seu filho reagiu frente a situação de ter a dermatite? Como ele sente a situação? O que ele fala a respeito?

6. Seu (a) filho (a) deixou ou deixa de realizar atividades sociais devido a dermatite atópica? Quais e por quê?
7. Como é a interação do seu filho (a) com outras crianças? E com os adultos?
8. Ele (a) gosta de ir à escola? Caso negativo, por quê?
9. Como a escola, os professores e outros educadores lidam com o fato de seu filho (a) ter dermatite atópica? Já teve algum problema relacionado a escola ou aos professores / educadores?
10. Você já chegou a retirá-lo (a) da escola por conta de algum motivo vinculado à dermatite atópica? Caso positivo, qual o motivo e por quanto tempo ele (a) deixou de frequentar a escola?
11. Seu filho (a) realiza alguma atividade extracurricular (natação, inglês, aula de música, etc.)? Ele (a) gosta de ir às atividades? Em caso negativo, por quê?
12. Seu (a) filho (a) tem alguma restrição de roupa, por conta da dermatite atópica, quando vai a lugares públicos? Caso positivo, quais? O que você fala para ele (a) se ele (a) se recusa a vestir alguma roupa?
13. Ele (a) já se queixou para você sentir algum tipo de desconforto social relacionado à dermatite atópica em atividades rotineiras (transporte público, parques, padaria, cinema, etc.)? Seu (a) filho (a) já foi alvo de preconceito? Caso positivo, como foi? O que seu filho sentiu? Qual foi a reação dele?
14. Você acredita que os sintomas da dermatite atópica influenciam no convívio social do seu (a) filho (a) com outras crianças ou adultos? Se sim, por quê?
15. Para você, o que incomoda mais de ter um filho (a) com dermatite atópica?
16. Tem alguma coisa boa que você está vivendo por conta de ter um filho (a) com dermatite atópica?

Anexo III

Roteiro de Entrevista Crianças

1. Quando você soube que tinha dermatite atópica? Como você descobriu?
2. Como você se sentiu quando descobriu que tinha dermatite atópica? Como você se sente hoje?
3. Quando você costuma piorar da dermatite atópica? Como você reage?
4. O que a sua família fala sobre a dermatite atópica?
5. Você gosta de ir à escola? O que você mais gosta da escola? Por que gosta / não gosta de ir pra escola?
6. Na escola tem trabalho em grupo? Você costuma participar?
7. Você brinca com outras crianças? Em que lugares? Do que?
8. Tem alguma criança com quem você não gosta de brincar ou fazer trabalho? Por quê?
9. Com relação aos professores (as), quais você gosta e por qual motivo? Há professor/a do qual você não gosta? Se sim, por quê?
10. Você já deixou de fazer alguma coisa que gosta por causa da dermatite atópica? Se sim, o que, quando e por quê?
11. Para você, o que mais incomoda sobre a dermatite atópica?
12. Há alguma coisa boa no fato de ter dermatite atópica?