UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

NATASHA FRIAS NAHIM BAZHUNI

Dispositivos de atendimento na clínica psicanalítica para crianças com distúrbios graves: uma experiência em uma clínica-escola

São Paulo
2016

NATASHA FRIAS NAHIM BAZHUNI

Dispositivos de atendimento na clínica psicanalítica para crianças com distúrbios graves: uma experiência em uma clínica-escola

São Paulo
2016

NATASHA FRIAS NAHIM BAZHUNI

Dispositivos de atendimento na clínica psicanalítica para crianças com distúrbios graves: uma experiência em uma clínica-escola

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Jussara Falek (in *memorian*)

Orientadora: Profa. Dra. Léia Prizskulnik

São Paulo
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Bazhuni, Natasha Frias Nahim.

Dispositivos de atendimento na clínica psicanalítica para crianças com distúrbios graves: uma experiência em uma clínica-escola / Natasha Frias Nahim Bazhuni; orientadora Léia Prizskulnik. -- São Paulo, 2016.

170 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Distúrbios graves na infância 2. Saúde mental 3. Significante
4. Separação 5. Psicanálise infantil I. Título.

RJ504.2

BAZHUNI, N. F. N. **Dispositivos de atendimento na clínica psicanalítica para crianças com distúrbios graves: uma experiência em uma clínica-escola.** Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À (Ju)Sara Falek, com saudades...

Por ter tido esse espaço ao seu lado, pelo seu cuidado na relação comigo, pela sua leitura além daquilo que consegui escrever ou falar.

AGRADECIMENTOS

Tenho tão pouco a pedir e tanto a agradecer...

Agradeço a oportunidade que a Universidade na qual o presente trabalho se desenvolveu me deu de construir esse projeto com total autonomia e pela confiança na aposta da realização e concretização dessa proposta, tão bem representada especialmente pelas figuras de Kátia Jane e de Jackeline.

Aos estagiários que acharam a proposta interessante e resolveram empreender essa tarefa juntamente comigo, pois acredito que atender crianças demanda não apenas disponibilidade como também um carinho especial. Em especial, a Lidia, a estagiária que acompanhou a criança tomada como caso no presente trabalho, pela sua dedicação e envolvimento tanto com o estágio quanto com a criança.

À duas pessoas muito generosas que tive a felicidade de encontrar no percurso da minha vida: Camilla Zanetti Leite, a revisora do texto e Armand Angibaud, o tradutor do resumo para o francês.

À Maria Lúcia Baltazar, membro da banca de qualificação tanto do mestrado quanto do doutorado, que com as questões a mim endereçadas proporcionou momentos esclarecedores acerca do que eu realmente buscava falar.

À Oscar Angel Cesarotto, que foi de fato um “Angel” em minha vida, entrando na linhagem dos Césares que marcam minha história.

À Léia Prizskulnik por ter me acolhido como sua orientanda, por ter combinado com minha filha que seria “uma professora boazinha” e especialmente, por ter propiciado a inclusão de aspectos fundamentais nesse trabalho.

Agradeço ao meu irmão Carlos César Frias dos Santos Ruivo por todas as impressões de capítulos que fez para mim, encadernações, entrega e busca de trabalhos e matrículas na USP quando não pude estar presente. Por todas as vezes que preparou minha mochilinha e me levou em suas mãos para a escola. Por ter bordado um coração de lantejoulas vermelhas em minha blusinha da escola “Toquinha”. Por todas as vezes que disfarça os olhos embargados a cada conquista minha. O sangue que corre aqui, corre aí.

Agradeço a Edlene Santos da Silva, a babá de minha filha e minha também, que desde a época de estudos da língua francesa para seleção no doutorado me acompanhou,

me ajudou, cuidou de minha filha como se fosse sua, de mim e de minha família com todo empenho e amor. Esse tipo de apoio extrapola qualquer relação de trabalho... ela é minha “paceira” para o que der e vier.

Agradeço ao meu homem Marco Antonio que compartilha comigo o desejo pela vida, pelos estudos, pelo trabalho, pelos nossos filhos, pelo nosso amor, pela nossa casa. Este homem vem me mostrando o quanto sou capaz de ser melhor a cada fase de minha vida, a cada desafio e a cada mudança... e quantas mudanças! Obrigada por seu apoio na finalização de minha monografia de especialização, na realização do meu mestrado e na construção do meu doutorado. Um longo caminho... Obrigada especialmente pelo valor que reconhece no meu trabalho e mais ainda nas minhas funções de analista, de mãe, de mulher.

Agradeço a minha mãe Vilma Frias Nahim Bazhuni por ser esse trator ligado o tempo todo! Uma mulher que com muito pouco soube fazer muito em sua vida, na vida de seus filhos e de sua família. Uma mulher que sempre acha que tudo vai dar certo, que tudo vai melhorar, que a chuva sempre vai passar quando precisarmos... Por ser forte, resistente e perseverante. Graças a esses modelos pude ultrapassar muitas barreiras e conseguir continuar quando achava que não agüentaria mais.

Agradeço ao meu Pai, Tanus Nahim Bazhuni, responsável pela minha vida e pelo meu gosto por ela. As paixões que me deixou são sempre vividas com muita intensidade: a praia, a música, a comida, o amor, a família, o respeito, o trabalho – em sua memória, por seu amor. “Deixo-te as rosas, mas que bobagem as rosas não falam... simplesmente as rosas exalam o perfume que roubam de ti”.

Agradeço a Jussara Falek por ter sido mais do que minha orientadora de mestrado e doutorado... suas supervisões, discussões e mesmo conversas aparentemente despretensiosas tiveram uma função analítica para mim. Acompanhar a escrita de alguém não é tarefa simples, mas ela fez isso e muito mais... me ajudou a construir ideias, posições, reflexões, argumentações, enfim me ajudou a me construir ao longo desses doze anos de presença em minha vida. Penso nela como uma avó, não pela idade, mas por lidar com determinadas coisas como quem já tivesse passado por aquilo inúmeras vezes, mas que soubesse o quanto é importante e novo cada vez que se passa pela mesma coisa novamente. Isso é muito generoso. Não se vive essa experiência com qualquer pessoa...

Ao invés de tomar a palavra, gostaria de ser envolvido por ela e levado bem além de todo começo possível (FOUCAULT, 2006, p. 5).

RESUMO

BAZHUNI, N. F. N. **Dispositivos de atendimento na clínica psicanalítica para crianças com distúrbios graves: uma experiência em uma clínica-escola.** 2016. 170 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

As experiências de tratamento no campo da saúde mental infantil com crianças com distúrbios graves, atualmente existentes no país, carecem de avaliações mais precisas de seus modelos clínicos e institucionais para examinar sua efetividade e propiciar a indicação de parâmetros mais detalhados para as exigências desse campo. Esta pesquisa se desenvolveu a partir do trabalho de supervisão dos atendimentos de crianças com distúrbios graves, orientados pela psicanálise Freud-lacaniana, desenvolvido em uma clínica-escola de uma Universidade particular de Psicologia da Bahia. Adotou-se como estratégia clínica a inclusão da escuta a pais e crianças, em sessões separadas, pelo mesmo estagiário de psicologia. A questão central desta pesquisa é apontar que esse dispositivo pode ser implementado e desenvolvido na clínica-escola com esses estagiários. Foram apresentados e discutidos fragmentos de um atendimento clínico, selecionados em função de terem sido os desencadeadores das principais observações e questões clínico-teóricas abordadas. Analisa-se que uma intervenção na loucura a dois que se instala na relação mãe e criança deve ser feita e tem a eficácia de permitir que o traço nomeador da criança se escreva ou acabe de ser escrito. Dessa forma, a separação é o processo visado nessa proposição de trabalho que busca desalojar a criança do lugar de objeto incluído no Outro, e do qual ela condensa o gozo, fazendo surgir um sujeito. Acentua-se que é o trabalho com o significante que permite a quebra da repetição, possibilitando ao sujeito, em uma nova temporalidade, se posicionar ante os significantes que o marcaram. A pesquisa revela sua relevância científica e social, na medida em que indica ser possível a implementação do dispositivo psicanalítico proposto numa clínica-escola de Psicologia, o que aumenta os espaços de atendimento de crianças com distúrbios graves no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Distúrbios graves na infância, Saúde mental, Significante, Separação, Psicanálise infantil.

ABSTRACT

BAZHUNI, N. F. N. Therapeutic devices in psychoanalytic treatment of children with severe disorders: clinical school experience. 2016. 170 pgs, Thesis (Ph.D.) - Institute of Psychology , University of São Paulo, São Paulo, 2016.

Current treatment experiences in the field of children's mental health for children with severe disorders, in our country, lack of more accurate evaluations of clinical and institutional models to be able to examine their effectiveness and to provide an indication for more detailed parameters for the requirements in this field. This research was developed from clinical supervision of the work with children with severe disorders based on Freud-lacanian's psychoanalyses implemented in a psychology school-clinic of a private university at Bahia. We adopted as a clinical strategy the inclusion of psychoanalytic listening to parents and their children, in separate sessions by the same psychology intern. The central contention of this research is that this therapeutic device can be implemented and developed in school-clinic with this interns. Fragments of sessions from a clinic consultation were presented and discussed. These fragments were selected because they triggered the main observations of the clinical and theoretical issues addressed. Our analysis found that an intervention in the shared psychotic disorder in the relationship of mother and child should be made and this is effective in allowing the nominator trace of the child to be written or the writing to be finished. These separation is the main objective of this proposed process, that seeks to change the child from being an object included in another person, in whom she condenses all her jouissance, to a subject in and of itself. We stress that working with the signifier allows them to break the repetition circle, enabling the subjects, in a new temporality, to position themselves before the signifier who has marked them. This research reveals its scientific and social relevance as it indicates that is possible to implement psychoanalytic treatment device in a psychology clinical-school which increases the attendance spaces for children with severe disorders.

Keywords: Children with severe disorders, Mental health, Signifier, Separation, Child psychoanalysis.

RESUMÉ

BAZHUNI, N. F. N. **Dispositifs de consultation dans une clinique psychanalytique d'enfants souffrant de troubles graves à partir d'une expérience en clinique-école.** 2016. 170 f. Thèse (Doctorat) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Les expériences de traitement dans le champ de la santé mentale infantile, avec des enfants souffrant de troubles graves, qui existent actuellement dans le pays, souffrent d'une carence d'évaluation de ses modèles cliniques et institutionnels qui sont d'examiner son efficacité et de permettre l'indication de paramètres plus détaillés exigés dans ce secteur. La présente recherche a été développée à partir d'un travail de supervision de consultations d'enfants avec des troubles graves, orientés vers une psychanalyse Freudo-Lacanienne développée dans une clinique école d'une Université privée de la région de Bahia. La stratégie adoptée est une insertion de l'écoute des parents et des enfants, en séances séparées, par le même stagiaire en psychologie. La question centrale de cette thèse est de montrer que ce dispositif peut être implanté et développer dans la clinique école avec ses stagiaires. Ont été présentés et discutés les fragments d'une consultation clinique, sélectionnés comme ayant été le déclenchement des principales observations et questions cliniques et théoriques abordées. On analyse qu'une intervention dans la folie à deux qui s'installe dans la relation mère enfant doit être faite et a l'efficacité de permettre que le trait nommé de l'enfant s'écrive ou achève d'être écrit. De cette forme, la séparation est le processus visé dans cette proposition de travail, qui cherche à déplacer l'enfant du lieu d'objet inclus dans l'Autre, où il condense son plaisir, pour faire surgir un sujet. Cela accentue le fait que c'est le travail avec son signifiant qui permet la rupture de la répétition, donnant la possibilité au sujet, dans une nouvelle temporalité, de se positionner avant les signifiants qui l'ont marqué. La recherche fait apparaître une révélation scientifique et sociale, dans la mesure où elle indique qu'il est possible d'implanter le dispositif psychanalytique proposé dans une clinique école en psychologie, ce qui augmente les possibilités de consultation d'enfants avec troubles graves dans le champ de la santé mentale.

Paroles-clés: Troubles graves de l'enfant, Santé mentale, Signifiant, Séparation, Psychanalyse infantile.

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	14
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INFANTIL NO BRASIL.....	37
2.1 AS DIFERENTES EXPERIÊNCIAS ACERCA DA LOUCURA.....	39
2.2 ORIGENS DE ALGUMAS CONCEPÇÕES SOBRE A CRIANÇA NO BRASIL.....	47
2.3 DA REFORMA SANITÁRIA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: SEMEANDO O CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTIL.....	55
2.4 A SAÚDE MENTAL INFANTIL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	66
2.5 INCIDÊNCIAS DA PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL INFANTIL.....	73
2.6 SAÚDE MENTAL & PSICANÁLISE: UMA RELAÇÃO NÃO TÃO SIMPLES.....	79
3 CONSTRUÇÕES TEÓRICAS A PARTIR DO TRABALHO PSICANALÍTICO COM CRIANÇAS EM UMA CLÍNICA-ESCOLA.....	87
3.1 FRAGMENTOS DAS SESSÕES COM OS PAIS.....	89
3.2 FRAGMENTOS DAS SESSÕES COM A MÃE.....	93
3.3 FRAGMENTOS DAS SESSÕES COM A CRIANÇA.....	97
3.4 SOBRE OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS NORTEADORES DO ATENDIMENTO CLÍNICO COM CRIANÇAS.....	99
3.4.1 O lugar da criança nos fantasmas materno e paterno: o sintoma.....	106
4 UMA PROPOSIÇÃO DE TRABALHO.....	132
4.1 A QUESTÃO INSTITUCIONAL E A PSICANÁLISE.....	132
4.2 A PROPOSTA PSICANALÍTICA: TEORIA E TÉCNICA.....	138
4.2.1 A especificidade da transferência.....	141
4.2.2 A intervenção na célula narcísica.....	143
4.2.3 O brincar e o ato da criança.....	149
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
REFERÊNCIAS.....	164

PREFÁCIO

Para justificar o percurso que será feito nesta tese, apresentarei brevemente o caminho que venho trilhando durante minha experiência profissional e, consequentemente, na produção escrita, que tem os alcances e limites dessa história singular.

Desde minha graduação, quando realizei em 2001 um curso extracurricular sobre “Acompanhamento Terapêutico”, deparei-me com a questão de qual seria o lugar do psicanalista fora do consultório. O contato com a clínica de pacientes graves promoveu intensas vivências contra transferenciais, que foram discutidas em minha análise pessoal e também me impulsionaram a buscar por formação especializada. Assim, venho realizando o trabalho psíquico e acadêmico teórico de pensar essa atuação nos diferentes campos sobre o qual a psicanálise incidiu, particularmente sobre o campo da saúde mental.

Procurei por uma especialização em *Psicopatologia e Saúde Mental* realizada no Núcleo de Análise Interdisciplinar de Políticas Públicas e Estratégia da Universidade de São Paulo – NAIPPE/USP, que me ofereceu importantes recursos diante do campo da saúde mental e cuja contribuição foi decisiva para a construção de um projeto de pesquisa. Este se desenvolveu no meu Mestrado, que foi realizado no Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo.

A presente pesquisa clínica relaciona-se com o desdobramento de algumas questões abordadas na Dissertação de Mestrado, publicada sob a forma de livro com o título *Circunscrevendo o campo diverso, divergente e diferente do Acompanhamento Terapêutico* (BAZHUNI, 2010). Esta levantou interrogações a respeito do exercício da prática clínica, quando seus fundamentos, conceitos e teorias não estão formalmente inseridos nos espaços tradicionais de tratamento ou campos institucionais, como é o caso do Acompanhamento Terapêutico (AT), bem como realizou um apanhado sobre as propostas desta prática baseadas na psicanálise para atuação no campo da saúde mental.

Para situar o leitor, o Acompanhamento Terapêutico trata-se de um dispositivo de intervenção utilizado na saúde mental que, no Brasil, surgiu associado ao movimento da Reforma Psiquiátrica. Este pregava a não institucionalização da loucura, bem como a disjunção da concepção de doença mental. Foi responsável por avivar o questionamento da hegemonia do saber médico psiquiátrico no tratamento da então chamada “doença

mental” e acabou constituindo o campo da saúde mental de forma multidisciplinar, heterogênea e plural, no qual diversos saberes e práticas estão incluídos.

A dissertação de Mestrado foi elaborada a partir de minha experiência como acompanhante terapêutico de pacientes adultos com transtornos mentais e dependência química, bem como de crianças com transtornos globais do desenvolvimento. No mestrado fiz um recorte e abordei apenas os trabalhos realizados com adultos, já que naquele momento não me sentia preparada para teorizar sobre o campo infantil. Acreditava que somente analistas com mais de vinte anos de prática estavam autorizados a tocar no assunto.

Terminado o mestrado, recebi uma proposta, que aceitei, para ministrar aulas em uma universidade particular de Salvador, na Bahia. Nessa instituição, atuei como docente de graduação em psicologia e como supervisora de estágio da clínica-escola, que faz parte de um Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade. Pude verificar nessa prática que as queixas mais comuns dos pais em relação às crianças, identificadas nas triagens, eram: problemas escolares, dificuldades de leitura e escrita, de compreensão e expressão da fala, comportamentos em atraso ao esperado para a idade. Quando estas eram chamadas para atendimento psicoterápico, muitas delas acabavam por apresentar distúrbios graves do desenvolvimento.

Analisando o perfil dessas crianças, identificou-se que havia uma lista de espera para atendimento psicoterápico de mais de duzentas crianças com semelhantes queixas e a partir dessa demanda é que foi construída a proposta de um estágio profissionalizante intitulado “*Clínica Psicanalítica dos distúrbios graves da infância*”, que se alinhava à ênfase em processos de atenção à saúde. O estágio se propôs, então, a acolher crianças com queixas sugestivas de transtornos globais do desenvolvimento, bem como seus pais, a partir da psicanálise de orientação freudo-lacaniana.

Nesse sentido, a experiência profissional atual seguiu oferecendo material para a articulação entre psicanálise e saúde mental, agora, mais especificamente em uma instituição educacional. A partir do lugar de supervisora desses casos foram surgindo questões tais como o que é um tratamento para crianças? Como lidar com os pais? Onde situar esse tratamento em um contexto institucional? Quais contribuições a psicanálise pode oferecer à criança? E às instituições?

Não posso mais recuar de buscar articular teoria e prática nesse mundo tão complexo e sutil que é o psiquismo infantil, já que a clínica psicanalítica com crianças nos interroga constantemente sobre o nosso lugar de analistas, pois diferentemente da

clínica com adultos, se refere a um sujeito que se encontra ainda em vias de constituição. E esse estado ‘em constituição’ se reflete nas diferentes propostas existentes para o tratamento ou cuidado dessas crianças. A proposta clínico-teórica que será discutida na presente tese é uma destas e permanece ‘em construção’.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, as propostas de tratamento no campo da saúde mental infantil, particularmente no âmbito das psicoses, urgem por avaliações e análises de seus modelos clínicos e institucionais com vistas a analisar sua eficácia e efetividade, bem como fornecer parâmetros mais detalhados para as exigências dessa área, para que possam ser elaboradas propostas mais específicas e a direção de tratamento que incluam tanto os aspectos biológicos quanto os subjetivos.

A presente pesquisa revela sua relevância científica e social, na medida em que amplia os estudos desses parâmetros, bem como explora proposições teórico-clínicas de orientação freudo-lacaniana para o tratamento de crianças psicóticas a serem consideradas e incluídas no campo da saúde mental.

O interesse deste estudo volta-se mais para a discussão de questões clínicas do que institucionais, no entanto a compreensão acerca das dificuldades encontradas no campo da saúde mental infantil no Brasil, na qual também se insere o trabalho clínico psicanalítico, fica parcializada se não forem identificados alguns elementos que constituíram esse campo, considerando suas possibilidades e, atualmente, suas importantes dificuldades.

As primeiras referências à teoria psicanalítica apresentadas no Brasil datam do final do século XIX, especificamente do ano de 1899 quando o psiquiatra Juliano Moreira, professor de psiquiatria na Faculdade de Medicina da Bahia, ministrou aulas referindo-se a Freud e suas formulações teóricas (ABRÃO, 2009). No entanto, somente a partir da década de 1920 que a disciplina freudiana encontrou maior ressonância no meio intelectual e científico brasileiro, destacando-se vários nomes das ciências médicas, especialmente psiquiatras (MOKREJES, 1993). Nesse período, as primeiras formulações teóricas relativas à psicanálise de crianças começavam a tomar forma por intermédio dos trabalhos pioneiros de Melanie Klein e Anna Freud, “o que influenciou as práticas dedicadas ao cuidado da criança existentes no país, tanto no âmbito da saúde, quanto no da educação” (ABRÃO, 2009, p. 424) e, por conseguinte, foram incorporadas nas práticas de assistência às crianças desenvolvidas no país nas primeiras décadas do século XX.

O pesquisador Jorge Luís Ferreira Abraão (2009) dedicou-se a realizar uma pesquisa qualitativa de caráter histórico, na qual investigou todos os textos de autores nacionais que difundiram informações relativas às teorias psicanalíticas voltadas a

compreender o universo infantil ou a subsidiar o tratamento psicológico de crianças entre os anos de 1920 a 1950. Ao analisar o conjunto destes trabalhos e estabelecer conexões com o momento histórico e o contexto social em que surgiram, concluiu que a psicanálise tanto foi apropriada pelo contexto educacional quanto serviu como modelo teórico complementar ao tratamento de crianças com problemas emocionais atendidas em instituições que objetivam a promoção da saúde mental infantil, em sua maioria vinculadas ao meio psiquiátrico.

Já no Brasil, nas décadas de 1940 e 1950 a psicanálise passou a ser aplicada praticamente à higiene mental da criança. A partir desse momento, a psicanálise vai participar de programas de assistência à infância “influenciando propostas de atuação geradas no âmbito da medicina, uma vez que a teoria psicanalítica passou a ser considerada como um instrumento para o tratamento dos transtornos emocionais da criança” (ABRÃO, 2009, p. 428). Esse momento correspondeu à reforma sanitária que foi seguida pela reforma psiquiátrica, e sendo assim, é pertinente o destaque desses movimentos no presente trabalho, que serão abordados no Capítulo 2.

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica nasce marcado pelas referências às dimensões política e clínica. Em retrospectiva histórica, podemos considerar que, primeiramente, a dimensão política assumiu a frente desse movimento, por meio do combate ao caráter segregador do modelo manicomial e da luta pela cidadania do louco. Essa faceta ofuscou a discussão sobre as questões clínicas, uma vez que o paradigma da desinstitucionalização, que norteou a reforma, representou não apenas uma crítica à instituição asilar, onde os direitos mais elementares dos loucos não eram respeitados, mas à própria instituição da clínica psiquiátrica, que fundamentou e sustentou as práticas excludentes calcada na ciência tradicional.

Desta forma, a psicanálise inseriu-se no campo plural da saúde mental acentuando a importância da clínica a partir da inclusão de um lugar para o sujeito em contraposição ao, até então hegemônico, discurso da ciência. Quando se fala, a partir da psicanálise, em incluir um lugar para o sujeito não está se tratando da inclusão social, mas sim da inclusão do desejo e das fantasias inconscientes que podem articular uma posição psíquica considerada patológica, não recorrendo apenas ao biológico ou à genética como determinantes do sofrimento e das diferentes formas de existência.

É importante ressaltar, desde já, que há diversas formas de praticar a psiquiatria, como nos informa Maria Lúcia Baltazar (2005). A partir da formalização da teoria dos

discursos¹ feita por Lacan, em 1980, foi possível identificar a presença de dois discursos psiquiátricos diferentes que incidem sobre a psiquiatria. Um discurso é definido por uma modalidade de vínculo social, de inscrição em um grupo, em um campo comum. François Morel (1997)², citada pela referida autora, analisou que no século XIX deu-se uma passagem do discurso do mestre para o discurso universitário, o que modificou o modo de conceber o sintoma. Constituíram-se, assim, uma tradição psiquiátrica que se atém ao discurso do mestre, mas que dá lugar e convoca o sujeito, ao menos parcialmente; e outra psiquiatria chamada de moderna e surgida a partir do método médico anátomo-clínico, assim como afirma Baltazar (2005, p. 8).

No séc. XIX, após a entrada em cena do método anátomo-clínico como método de validação da verdade da doença, o sintoma não é mais um signo falante, torna-se um signo mudo que reenvia à lesão, perdendo seu caráter simbólico.

Dessa forma, a psiquiatria moderna ficou marcada pelo discurso universitário, entendendo o homem em seu aspecto puramente biológico e os transtornos mentais como produtos ou diferentes resultados de alterações nesse plano. Por isso considera-se que a psiquiatria moderna funciona próximo da exclusão ou forclusão³ do sujeito operada pelo discurso da ciência.

Esta medicina da qual a alma foi sequestrada ignora a mente e a faculdade que ela possui em produzir doenças e curá-las (...) Desta psiquiatria “desalmada” não há que esperar nenhuma possibilidade de diálogo com as práticas vizinhas, tal como seja a psicanálise, dominada que é pelo autômato cartesiano privado de seu ser, cujos pensamentos não são senão produtos da secreção neuroendócrina (BALTAZAR, 2005, p. 6-7).

Em contraposição a Morel (1997), Baltazar (2005) considera que esses dois discursos sempre estiveram presentes em toda a história da medicina e ainda permanecem, tendo coexistido e, em alguns momentos, prevalecendo um sobre outro.

¹ No que diz respeito aos discursos, há quatro lugares, sendo três significantes (S1 – Significante mestre, S2 – saber e sujeito barrado) e uma letra (*a* – mais de gozar) que por meio de seus giros em diferentes lugares determinam novos discursos, pois ao girarem cada um deles adquirem diferentes valores. São eles Discurso do Mestre (do Outro, do Inconsciente), da Histórica (da Ciência), do Universitário e do Analista (BALTAZAR, 2005).

² MOREL, François. Une fiction de la psychiatrie. Acheronta. **Revista de psicoanálisis y Cultura**, n. 5, 1997. www.acheronta.org.

³ Conceito forjado por Jacques Lacan para designar um mecanismo específico da psicose, através do qual se produz a rejeição de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. Quando essa rejeição se produz, o significante é foracluído. Não é integrado no inconsciente, como no recalque, e retorna sob forma alucinatória no real do sujeito. No Brasil também se usam "forclusão", "repúdio", "rejeição" e "preclusão" (LACAN, 1985).

Quinet (2009) também afirma que o discurso da ciência pode assumir uma estrutura tanto análoga ao discurso universitário, quanto ao do mestre. Dessas duas concepções decorrem éticas distintas que implantam práticas e formas diferentes de operar com e sobre o sintoma

a medicina sempre oscilou entre esses dois discursos, o do mestre e, por regressão, o universitário, sendo que em um há a possibilidade de um lugar para o sujeito, mesmo que não seja o sujeito do inconsciente, e o outro simplesmente o forclui (BALTAZAR, 2005, p. 11).

É com o equívoco da psiquiatria, dessa psiquiatria que exclui o sujeito, que a presente tese abre diálogo, uma vez que a crítica que a reforma psiquiátrica realiza, também, se endereça a essa forma de considerar o sintoma. Para ampliar esse ponto, a teorização acerca dos discursos e da sua relação com a psiquiatria será discutida no capítulo 4.

Para esclarecer esse ponto, é preciso dizer que a Reforma Psiquiátrica tratou-se de uma tentativa de dar ao problema da loucura uma determinada resposta social. Marcada pela influência do modelo italiano de reforma (psiquiatria democrática), a reforma psiquiátrica brasileira valorizou o dispositivo da atenção psicossocial sustentada na noção de reabilitação psicossocial que objetiva reinserir os indivíduos afetados pelo sofrimento psíquico na vida social (AMARANTE, 1995). No cumprimento de sua tarefa, a reforma buscou reorganizar o campo de práticas e instituições de tratamento, como o próprio hospital psiquiátrico, bem como propôs novos serviços para comporem a rede de saúde mental, tais como as residências terapêuticas e os centros de convivência que organizam a atenção psicossocial. No enquadramento estabelecido pela especificidade de cada serviço, os dispositivos da reforma são todos lugares de cuidado, mas não são necessariamente (nem se reivindicam) lugares clínicos. A instituição psiquiátrica no Brasil abarca não apenas o hospital psiquiátrico de ambulatório, de emergência e de internação, mas também as Unidades Básicas de Saúde, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Convivência (CECOS), as residências terapêuticas e outros serviços que correspondem à atenção psicossocial.

Foi também a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica que os cuidados em saúde mental infantojuvenil se desenvolveram, propiciando o surgimento de diversos serviços de saúde, como atenção básica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

(CAPSi), ambulatórios e hospitais gerais que, articulados a uma rede intersetorial, têm como meta primordial a inclusão social de seus usuários.

O CAPSi, serviço de atenção diária voltado a crianças e adolescentes com grave comprometimento psíquico que envolvem prejuízos severos e persistentes, é tido como a principal estratégia de serviço para essa clientela vigente na atualidade, resultante do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2002a). No entanto, as agendas das políticas de saúde nacionais e internacionais promoveram a inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil. Estudos realizados pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2002a) revelam que a implantação dos CAPSi e o estabelecimento de diretrizes para a articulação intersetorial da saúde mental com outros setores públicos (visando a cobertura de problemas mais frequentes que envolvem prejuízos mais pontuais) são as bases da saúde mental pública para crianças e adolescentes. Contudo, identifica-se que o acesso da população aos serviços ainda está muito aquém do necessário.

Dessa maneira, o conhecimento da estruturação das políticas públicas de saúde no Brasil é essencial para o entendimento de como está organizado o campo de saúde mental na atualidade, bem como os diferentes tratamentos que oferece. Para isso, faremos um breve percurso sobre aspectos importantes nessa esfera, passando por algumas características da Reforma Sanitária a fim de identificar em que medida seus elementos afetaram o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e determinaram sua conformação atual, também desenvolvido no Capítulo 2.

Devido às dificuldades de acesso aos equipamentos adequados do sistema público de saúde e em função, também, da demanda ser maior do que esses equipamentos podem suportar, as famílias procuram por outros recursos na comunidade para tratar de seus filhos. É justamente nesse ponto que o trabalho oferecido pelas clínicas-escola das Universidades aparece como opção. O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) afirma que no campo da saúde mental é fundamental que a rede seja pautada na intersetorialidade – que inclui intervenções junto a todos os equipamentos ou agências sociais não clínicas, que atravessam a vida das crianças e jovens; e na corresponsabilidade – estabelecimento de parcerias com outras instituições públicas e privadas, tais como as universidades.

No Brasil, a faixa etária entre 0 e 14 anos constitui o segmento mais numeroso da clientela que busca atendimento em clínicas-escola de psicologia (ROMARO;

CAPITÃO, 2003⁴ apud MANTOVANI; MARTURANO; SILVARES, 2010 e LHULLIER; NUNES; HORTA, 2006⁵ apud MANTOVANI; MARTURANO; SILVARES, 2010). Em clínicas brasileiras que oferecem serviços gratuitos de saúde mental, a queixa escolar é um dos principais motivos de procura de atendimentos para crianças e adolescentes (BRAGA; MORAIS, 2007⁶ apud MANTOVANI; MARTURANO; SILVARES, 2010; ROMARO; CAPITÃO, 2003 apud MANTOVANI; MARTURANO; SILVARES, 2010; SCHOEN-FERREIRA et al., 2002⁷ apud MANTOVANI; MARTURANO; SILVARES, 2010). Os autores apontam como um dado relevante o fato de que aliado às queixas de ordem escolar, na maioria dos casos, há presença de problemas emocionais e de comportamento nas crianças. Como nos alerta Mariage (2007, p. 34) os sujeitos psicóticos recusam ou fazem a educação fracassar na medida em que não se inscrevem no discurso do mestre, que é o discurso que permite o laço social, e dessa forma acabam sendo identificados como fracassos escolares. Como supervisora de uma clínica-escola, pude acompanhar a consistência desses achados teóricos, já que as crianças que apresentavam os referidos sintomas tinham distúrbios graves do desenvolvimento. Dessa forma, o trabalho proposto foi de acolher crianças com queixas sugestivas de transtornos globais do desenvolvimento, bem como seus pais.

Para desenvolver um trabalho que se propõe a trabalhar com o psiquismo da criança, convém perguntar-nos: o que é uma criança? Como disse Rodrigué (1978) “a condição da criança é um efeito social” (informação verbal)⁸. Para desenvolver essa questão abordaremos, ainda no Capítulo 2, as definições de criança que foram se constituindo e modificando desde a Idade Média, passando pela Renascença e se estabelecendo atualmente a partir dos princípios capitalistas e dos ideais da burguesia, associados aos fundamentos cristãos. Somente a partir das teorizações de Freud esses discursos puderam ser interrogados e modificados.

⁴ ROMARO, R. A.; CAPITÃO, C. G. Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. **Psicologia: teoria e prática**, 5 (1), p. 111-121.

⁵ LHULLIER, A. C.; NUNES, M. L. T.; HORTA, B. L. Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In: SILVARES, E. F. M. (Org). **Atendimentos psicológicos em clínica-escola**. Campinas: Alínea, 2006. p. 229-246.

⁶ BRAGA, S. G.; MORAIS, M. L. S. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. **Psicologia USP**, 18 (4), p. 35-51.

⁷ SCHOEN-FERREIRA, T. H. et al. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. **Psicologia em estudo**, 7, p. 73-82.

⁸ Conferência proferida por Emilio Rodrigué em Salvador, 1978, para o primeiro grupo de formação de psicanalistas.

Podemos considerar que por meio do trabalho de Freud com o pequeno Hans surgiu a psicanálise com crianças, mesmo que não tenha sido o próprio a atendê-lo, mas o pai da criança. Pode-se dizer que Freud supervisionou seu trabalho, já que era o pai que escrevia cartas endereçadas a este nas quais relatava minuciosamente os comportamentos de Hans, bem como suas intervenções e resultados a partir das orientações do pai da psicanálise. Nas palavras de Freud (1909, p. 15) “o próprio tratamento foi efetuado pelo pai da criança, sendo a ele que devo meus agradecimentos mais sinceros por me permitir publicar suas observações acerca do caso”, e ainda afirma que acredita que o tratamento só foi possível justamente por ter sido conduzido pelo pai da criança que reunia as autoridades de médico e educador. Esse fato da história psicanalítica gerou polêmicas, tendo servido como modelo para algumas intervenções por um lado, e por outro, sendo criticado, já que se deu a partir de circunstâncias tão específicas. No entanto, Lacan (2003) considera que Freud ocupou o lugar de analista para o menino na medida em que este sabia que seu pai escrevia cartas para Freud, se endereçando a um *sujeito suposto saber*⁹.

Freud considerava que o tratamento psicanalítico não poderia se dar com as crianças, já que estas não produzem associações livres, mas o caso do pequeno Hans mudou sua concepção e representou um marco singular no desenvolvimento da psicanálise (COSTA, 2010). Frisou o engajamento freudiano à causa da criança, ao seu poder desmascarador do meio social, e revelou uma cumplicidade à lógica infantil, em situação de transferência. Além de utilizar o caso para demonstrar clinicamente sua teoria sobre a sexualidade infantil, Freud pôde introduzir a concepção de que o brincar infantil corresponde à fantasia do adulto. Foi a partir desta

constatação que, entre 1920 e 1940, ocorreu o verdadeiro nascimento e desenvolvimento da psicanálise com crianças, a partir das pesquisas das primeiras analistas: Hermine von Hug-Hellmuth, Anna Freud e Melanie Klein (COSTA, 2010, p. 20).

De acordo com a autora citada, Hermine von Hug-Hellmuth (1871-1924) é considerada a pioneira da psicanálise com crianças, com as quais utilizava jogos e desenho, afirmando que com esse material as crianças elaboravam as situações difíceis e traumáticas. Ela combinava a interpretação do material inconsciente com a influência pedagógica direta. Não considerava o atendimento de crianças muito pequenas, que não

⁹ O conceito de *sujeito suposto saber* se destaca como uma proposta de estruturação lógica do fenômeno da transferência analítica em todas as suas manifestações (repetição, sugestão, resistência) aplicável aos casos de Neurose (LACAN, 1998).

tivessem passado pelo Complexo de Édipo, pois acreditava que seriam prejudicadas em função do trabalho mobilizar o recalque e fortalecer as tendências impulsivas das crianças. Dessa prática Anna Freud herdará a influência pedagógica e Melanie Klien o uso do brincar (COSTA, 2010).

Anna Freud (1971) estudou o comportamento das crianças em jardins de infância e quais os tipos de brinquedos eram mais utilizados nas diferentes etapas do desenvolvimento. Aplicou conceitos psicanalíticos a essas observações e forneceu uma orientação prática às professoras. Recomendava ao analista de crianças desempenhar um papel ativamente pedagógico. Ela identificou que à criança faltava o elemento fundamental para a entrada em análise, que seria a angústia relacionada ao sintoma e por isso propôs um período de preparação, chamado de entrevistas preliminares: “para produzir artificialmente uma demanda de análise, ou seja, conscientizar a criança de seu sofrimento e da necessidade de ser ajudada a se livrar de seu sintoma” (COSTA, 2010, p. 24).

Defendia ainda que o tratamento analítico com crianças não deveria visar a suspensão do recalque, como se faz com o adulto, pois esta poderia sempre buscar a satisfação imediata de seus impulsos (FREUD, 1971). Caberia ao analista controlar e decidir o que deveria ser rejeitado, domado ou satisfeito, exercendo, assim, uma ação educativa. O analista deveria, portanto, analisar e educar funcionando como ego¹⁰ auxiliar da criança. Compreende-se que ao posicionar-se nesse lugar de mestre diante do analisante, afasta-se da possibilidade de tratá-lo via psicanálise. Assim, o que se originará deste trabalho será a psicologia do ego e a chamada “psicoterapia de orientação psicanalítica”.

A fundadora da técnica da análise pela atividade lúdica com crianças foi Melanie Klein (1882-1960). Para ela o brincar, atividade natural das crianças, é a expressão simbólica da fantasia inconsciente. O elemento organizador essencial do pensamento de Melanie Klein (1981) é a prevalência da fantasia e dos “objetos internos” sobre as

¹⁰ Os termos *Ego* e *Eu* são utilizados de forma diferenciada no presente trabalho, pois há uma problemática relativa às múltiplas interpretações da obra freudiana que deram origem às denominadas neo-escolas de psicanálise. Entende-se que a escola norte-americana de psicanálise, surgida nos anos de 1920 e denominada “Psicologia psicanalítica do ego”, confronta-se com os conceitos fundamentais pertinentes à psicanálise freudiana. Baratto (2007) defende a ideia de que a “psicologia do ego” desenvolveu suas teses em torno da segunda tópica freudiana, compreendida como constituída pelo abandono da primeira. O resultado, desviante em relação à psicanálise, foi o abandono do conceito fundamental do inconsciente, em troca de um valor supremo conferido ao ego, tido como consciente e racional. Assim, em seu resgate a Freud, Lacan utiliza o termo *Eu* para se afastar dessa posição/interpretação.

experiências desenvolvidas no contato com a realidade externa. Afirmava assim, que a diferença entre psicanálise de adultos e de crianças é o método que se utiliza e não os princípios básicos, pois o brincar substitui a livre associação. Sua proposta teórica acerca do início aos seis meses do complexo de Édipo, e não aos cinco anos como afirmou Freud, colocou-a em posição de ser criticada tanto por Anna Freud quanto por Sigmund Freud. Mas logo, chegou-se à conclusão de que o Édipo e o superego existiam desde a mais tenra idade, tendo suas raízes muito antes da segunda fase oral, o que aponta para uma estruturação muito precoce do aparelho psíquico. “O que fica evidente é que ela localiza os processos de constituição da subjetividade muito mais cedo do que Freud havia teorizado” (COSTA, 2010, p. 39). Melanie Klein (1981) enfatizou o mundo interno do bebê, que vai se constituindo desde o nascimento, abandonando as formulações freudianas sobre o complexo de Édipo e propôs uma estrutura anterior e muito mais determinante, que seria o vínculo arcaico e sem limites do bebê com a mãe, no qual, em sua concepção, o pai não interviria.

Uma importante contribuição de Klein (1981) foi o conceito de *posição*, entendendo a constituição subjetiva não mais em termos de fases ou etapas do desenvolvimento, mas como um sistema integrado. Outra contribuição kleiniana foi o reconhecimento do papel dos objetos parciais – objetos sem limites, que guardam sua lógica no processo primário. Já na prática clínica, desenvolveu um método psicanalítico inteiramente novo utilizando como meio de intervenção recursos tais como o jogar, o brincar, o desenhar. No entanto, seu principal instrumento foi a interpretação da ação da criança que eram dadas diretamente a ela, mesmo na primeira entrevista. Assim, para ela a função do analista é abrandar a severidade do superego primitivo e não auxiliar o eu da criança a controlar os impulsos provenientes do id.

Se Anna Freud, em sua prática clínica com crianças, não conseguiu desvincular-se totalmente de sua primeira formação como pedagoga, deve-se a Melanie Klein o resgate do lugar da criança no discurso analítico. Ao sistematizar os princípios da teoria e da técnica psicanalítica com crianças, Klein rompeu definitivamente com a educação.

Já Françoise Dolto (1908-1988), cujos estudos receberam influência dos primeiros ensinamentos de Lacan, centra-se na escuta do inconsciente e inclui a posição parental no tratamento, mas não associado a medidas educativas. A psicanalista revela o valor da posição fantasmática ocupada pela criança no psiquismo dos pais e até mesmo dos avós. Sua proposta buscava inserir a criança na estrutura desejante da família, pois a

criança, ao nascer, já está inserida na estrutura do desejo, do desejo do Outro¹¹. Para ela, a criança é fruto dos desejos do pai, da mãe e do próprio sujeito. A partir desta posição teórica, redefiniu o sintoma da criança como sendo também o sintoma da estrutura familiar (COSTA, 2010).

Dolto (2005) acentuou ainda a importância de ouvir, e mais ainda, de falar a verdade para a criança mesmo que seja dolorosa, pois “a mentira está em desequilíbrio com o pressentido e o inconsciente do sujeito. A criança precisa conhecer a verdade de suas origens e, muitas vezes, o seu sintoma aponta esse não-dito” (COSTA, 2010, p. 71-72). Nessa vinculação entre o sintoma dos pais e dos filhos, estes seriam portadores de dívidas transgeracionais não resolvidas, sendo que o sofrimento não verbalizado de duas linhagens pode vir a aparecer na terceira geração sob a forma de um sintoma. Assim, Dolto (2005) enfatiza a importância de se ouvir os pais da criança e confere muita importância ao ambiente familiar.

Outra psicanalista destacável no campo psicanalítico foi Maud Mannoni (1923-1998) de raízes francesas. Psiquiatra de formação, Mannoni tem com esse campo um importante diálogo que se mostra sempre recorrente em seus trabalhos. Defendia que a escuta analítica deve conduzir a uma ética que consiste em facultar a palavra ao paciente para que este possa advir como sujeito de seu discurso, marcando assim uma posição contrária à de exclusão e segregação impostas pelas práticas institucionais de cunho adaptativo e ideológico. Recebeu importante influência de Françoise Dolto, com quem trabalhou no Hospital de Trousseau, tanto que “a problematização de Maud Mannoni sobre as instituições hospitalares e educacionais, bem como a escuta da criança e da psicose, se faz, portanto, numa referência a Dolto e suas conceitualizações” (ESCUDEIRO e FONTENELE, 2015, p. 111).

Em relação ao tratamento dispensado à criança, Mannoni (1999) guiava-se pela interrogação de seu desejo, diferenciando-se de uma direção centrada na adaptação e na manipulação dos valores. Ressaltou que na análise de crianças o analista é constantemente confrontado com uma situação transferencial que engloba os pais e por isso ouvir suas angústias não seria o mesmo que fazer uma terapia familiar, mas atentar-se aos significantes que constituem o fantasma que atravessa a narrativa do sujeito, ou

¹¹ Ressalta-se que em relação à entrada no inconsciente distinguem-se dois campos, o do sujeito e do Outro. O Outro é o local onde se situa a cadeia do significante que comanda tudo que poderá se presentificar do sujeito, “é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (LACAN, 2008, p. 200).

seja, a história que o constituiu. Dessa forma, o lugar que a criança ocupa na fantasia dos pais deve ser interrogado.

Brauer (1998) fez um uso consistente do legado de Maud Mannoni no desenvolvimento de seus trabalhos e ressalta que foi esta psicanalista quem propiciou a possibilidade de uso da técnica psicanalítica com crianças portadoras de deficiência mental. Mannoni (1964) entende que nesses casos ocorreria uma psicotização da criança com sua mãe “no caso da deficiência mental há algo que se superpõe. Cria-se um vínculo entre mãe e criança deficiente semelhante àquele que se cria no caso da psicose” (BRAUER, 1998, p. 57). A partir de seu livro intitulado *A Criança Retardada* (MANNONI, 1964) diversos trabalhos com os mais variados tipos de deficiência puderam acontecer no campo da psicanálise.

Donald Winnicott (1896-1971), apoiado na psicanálise inglesa, foi outro importante teórico da psicanálise que contribuiu para uma compreensão mais específica da constituição subjetiva baseando-se em um extenso trabalho clínico com bebês e crianças. Winnicott não se alinhou nem a Anna Freud, nem a Klein, optando por seguir seu próprio caminho e elaborando seus principais conceitos teóricos baseados na sua experiência clínica. Em sua argumentação teórica ressalta a dependência do sujeito em relação ao ambiente (cuidados maternos) e no que diz respeito à psicose, afirma que é o fracasso da ligação materna que será sua causa. No entanto, não exclui o pai que teria um papel de compartilhar com a mãe a autoridade simbólica (WINNICOTT, 2000). Como ressalta Rodrigué (1978), foi Winnicott quem introduziu a mãe como personagem importante na consulta de uma criança, especialmente do bebê, como pessoa que a completa, pois a compreensão da criança passa pela conduta da mãe. Defende ainda, que o lugar do analista deva ser similar à situação em que a mãe é continente para as necessidades de seu filho. O analista deverá permitir o estabelecimento de uma relação íntima e compartilhada entre dois psiquismos, dependendo do nível de estruturação psíquica do sujeito. No atendimento psicanalítico com crianças, Winnicott não se preocupava com a demanda de análise, com o diagnóstico, nem mesmo com a interpretação, buscando estabelecer um encontro “espontâneo” com a criança (COSTA, 2010). Já em relação à sua técnica, desenhava com a criança, fazendo-lhe perguntas e sugestões para despertar seu interesse em falar coisas que, normalmente, não falaria com outras pessoas.

Esse breve apanhado acerca dos primórdios da psicanálise com crianças objetiva apresentar como surgiram e foram se desenvolvendo as propostas para a inclusão da

subjetividade da criança nos tratamentos. Se a partir dessas concepções o analista se oferece como um objeto a ser reencontrado, na concepção lacaniana se coloca com sua falta-a-ser. A psicanálise com crianças, iniciada com Anna Freud e Melanie Klein, estava se tornando uma “psicologia adaptativa” do sujeito e Lacan buscou diferenciar o campo da psicologia do campo psicanalítico. Em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (1998), Lacan afirma que Anna Freud e Melanie Klein desconsideraram a dimensão simbólica do sujeito reduzindo a direção do tratamento a uma relação dual, imaginária: ou o analista coloca-se no manejo da transferência como aquele que detém um saber, decidindo o que considera ser o melhor para a criança, mantendo-a presa a sua pessoa e operando, dessa forma, a partir do discurso do mestre (no caso do anna-freudismo); ou situa-se como parte da criança (no caso do kleinismo). Em ambos os casos a análise seria conduzida para uma identificação com o ego do analista.

Ana Freud se ateu ao consciente e ao ego da criança, dando mais importância à situação externa e valorizando os dados de realidade. Para ela o analista deve tanto analisar quanto educar a criança. Afirmava que a criança não poderia estabelecer uma neurose de transferência devido à sua ligação com os pais da realidade, sendo assim, se não houvesse uma colaboração dos pais com o analista, a criança deveria ser temporariamente afastada dos pais e colocada em numa instituição onde pudesse ser analisada (COSTA, 2010). Acreditava que a análise infantil não poderia ser realizada sem o apoio dos pais que deveriam dar informes sobre o comportamento da criança em casa e na escola. Estes não eram utilizados para interpretação direta, como o fazia Freud no caso do pequeno Hans, mas como fonte de informação. Anna Freud compreende que esses relatos são distorcidos pelos conflitos inconscientes dos pais, mas pressupõe que os sintomas das crianças são determinados por esses conflitos, considerando valiosos os dados fornecidos pelos pais e o contato com eles. “Logo, na análise com crianças, o que é levado em conta é o material recolhido no âmbito da família e não no da sessão. Daí a importância do trabalho constante com os pais e dessa troca contínua de informações” (COSTA, 2010, p. 27).

Já Klein não adota e mesmo critica qualquer postura educativa diante da criança, pois confere importância quase que exclusiva aos processos internos ao se voltar para a exploração das fantasias inconscientes infantis. Como consequência desses pressupostos teóricos, nos quais há pouca ênfase na situação de realidade na qual vive a criança, não são necessárias as informações dos pais, já que estas também estariam distorcidas por

seus próprios conflitos. Nesse sentido, no tratamento da criança, os pais deixam de ocupar o lugar de mensageiros da fala infantil (COSTA, 2010, p. 41).

Para Maud Mannoni, autora mais contemporânea, é no campo da linguagem que o analista deve operar – mesmo que a criança não fale. Por isso seria fundamental escutar os pais, pois estão implicados nos sintomas dos filhos, mas ressalta que não se trata de fazer o tratamento psicanalítico destes e sim ajudá-los a se situarem em relação à sua própria história.

Essas diferentes abordagens psicanalíticas fazem propostas antagônicas em relação ao trabalho com a criança e cada qual foi angariando seus próprios adeptos. A partir dessas concepções haveria três diferentes possibilidades de trabalho com os pais. A autora Léia Prizskulnik em seu artigo *A criança e a Psicanálise: o “lugar” dos pais no atendimento infantil* (1995) reflete sobre como os pais foram tomados nessas diferentes linhas desde Freud, retomando as principais contribuições sobre o tema, as quais apresentaremos brevemente a seguir com vistas a diferenciar a forma como o trabalho desenvolvido e apresentado na presente tese foi conduzido. É importante ressaltar que o trabalho de Prizskulnik (1995) se refere aos casos de neuroses, não incluindo, portanto as psicoses, mas aponta a importância de se discutir essa questão para todo o campo da saúde mental. Determinam-se as seguintes possibilidades de trabalho com os pais: para uma perspectiva baseada nas contribuições de Ana Freud, pode-se chamar os pais para entrevistá-los, colher dados de história da criança vindo até a orientá-los quanto à educação da mesma. Já a partir de uma postura kleiniana, os pais são encaminhados para outro analista que possa acolhê-los. E por fim,

se nos valermos dos pressupostos de Françoise Dolto e Maud Mannoni, que incluem a posição parental no tratamento da criança, precisamos, muitas vezes, escutar os pais em entrevistas, com o objetivo não de orientá-los, mas, ao contrário, de ajudá-los a redimensionar os problemas do filho e a se situarem em relação aos próprios problemas (PRISZKULNIK, 1995, 98).

Sendo assim, a autora citada acima conclui que o sintoma que a criança apresenta envolve o psiquismo dos pais e por isso justificar-se-ia escutá-los em entrevistas durante a análise da criança, podendo até promover interrogações, mas não orientação nem realização de uma psicoterapia. No entanto, quando há um pedido de escuta da angústia que surge nos pais, o analista deve acolher. Quando se formula uma questão que seja da própria mãe ou do pai e não mais um falar sobre a criança, pode ser feita uma indicação para outro analista. Porém, se reconhece que o encaminhamento pode trazer problemas para o tratamento, pois os pais podem tanto não aceitar o

encaminhamento, já que a transferência foi estabelecida com aquele analista, quanto encerrar o atendimento do filho.

Quanto mais pais e filhos estão implicados entre si, tanto mais perceberemos que um pode estar falando no “lugar” do outro como se não fossem “donos das próprias palavras” apesar de falarem, às vezes, até demais. Deste modo, tanto os pais podem fazer a criança “falar por eles”, como a criança pode fazer a mãe ou o pai “falar por ela”. Esta forma direta de receber a mensagem dos pais facilita colocar as palavras nos seus devidos “lugares”, ou seja, ajudar tanto a criança, como os pais a conseguirem falar em nome próprio (PRISZKULNIK, 1995, 101).

Assim, a aceitação da presença real dos pais no tratamento colabora no trabalho com a criança e, muitas vezes, é o que dá condições de se chegar ao término de sua análise. Fica indicado que o trabalho do psicanalista seria o de possibilitar que criança e pais se reposicionem na cena fantasmática e passem a falar por si.

Como consequência dessas primeiras influências, os psicanalistas contemporâneos continuam se perguntando sobre o lugar dos pais nos atendimentos da criança. Autores brasileiros que atuam em instituições vêm utilizando diferentes estratégias para lidar com os pais, localizando-se tanto a partir da psicanálise quanto de outras teorias. Pode-se destacar o trabalho de Finkel (2009) o qual reconhece que a família, principalmente a mãe, deve ser contemplada no tratamento da criança, já que se encontram no desenvolvimento do tratamento as maiores dificuldades na abordagem desta. A mãe é frequentemente considerada não só responsável como também culpada pelo distúrbio da criança e seu encaminhamento para a psicoterapia individual é comum a fim de que “seus problemas emocionais não interfiram de forma a inviabilizar o tratamento do filho. Mas elas costumam recusá-la, alegando que o problema está na criança que apresenta o sintoma” (FINKEL, 2009, p. 191). A saída que a autora encontrou foi oferecer atendimento em grupo para mães a partir das concepções de grupo operativo. Esse foi um recurso pensado para incluir as famílias em uma instituição de saúde pública, porém não se orienta exclusivamente pela psicanálise.

Em relação às propostas atualmente existentes no Brasil de tratamento institucional com base na clínica psicanalítica, podem-se sobrelevar os trabalhos de Kupfer, Faria e Keiko (2007) que relatam a experiência de atendimentos realizados no “Lugar de Vida”¹², no qual há dispositivos criados especificamente para tratar do Outro

¹² A pré-escola terapêutica Lugar de Vida foi uma instituição de tratamento para crianças psicóticas e autistas, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Hoje, é uma Associação com sede fora da Usp e passou a chamar-se Associação Lugar de Vida - Centro de Educação Terapêutica (KUPFER; FARIA; KEIKO, 2007).

do sujeito psicótico. São oferecidos alguns espaços grupais em que as crianças são acolhidas por sua própria escolha, tais como oficinas de música, de cozinha, chamadas “Oficinas de Portas Abertas”. Nessas, o olhar da criança é conduzido para um objeto de desejo inscrito na cultura, no campo do Outro, mas sem a intervenção de uma demanda direta ou imperativa do olhar ou da voz do Outro.

Outro ponto técnico importante do trabalho é que a intervenção é feita pela equipe “que circula nas diferentes instâncias de profissionais, entre estagiários e funcionários, não havendo hierarquia entre saber e poder, mas, sobretudo, parceria na construção clínica” (KUPFER; FARIA; KEIKO, 2007, p. 161). Considera-se que essa parceria pode suportar uma ordem regularizadora, pacificadora, ou “barradora” do gozo invasivo do Outro agindo de forma a sustentar o sujeito suposto não-saber e sendo assim, “a posição da equipe que intervém é muito mais de alunos do que de mestres da psicose” (KUPFER; FARIA; KEIKO, 2007, p. 162). Essa proposta de tratamento institucional é chamada de “Tratamento do Outro” cujos fundamentos teóricos estão na base da experiência clínica conduzida em uma instituição belga, denominada *Le Courtil*, bem como segue os princípios propostos por Alfredo Zenoni (1991)¹³, citado pelas referidas autoras.

Este autor diferencia as psicoses infantis que seriam genéticas das estruturais. As genéticas se dariam em função de uma defesa contra uma realidade excessivamente perigosa ou frustrante e, nesses casos, o tratamento seria essencialmente do “pequeno sujeito”, fundamentando-se na interpretação ou na explicação sobre a causa “interna” desta parada. Nessa condição a orientação psicanalítica da instituição “resume-se à presença de um psicanalista exercendo a psicanálise sobre a criança, e é indiferente que esse tratamento se realize em uma instituição ou em um consultório particular” (KUPFER; FARIA; KEIKO, 2007, p. 158). Já na perspectiva estrutural a questão da psicose e de sua causalidade se coloca “no plano do Outro, no campo das determinações significantes do sujeito” (ZENONI, 1991 *apud* KUPFER; FARIA; KEIKO, 2007, p. 158). São justamente para esses casos que se propõe o Tratamento do Outro, que considera o Outro do psicótico estruturado no registro do excesso: “aquilo de que sofre o pequeno sujeito psicótico não é um bloqueio sobre a via da humanização, mas muito mais um excesso, (...) da captura do ser vivo na dimensão que o especifica como humano” (ZENONI, 1991 *apud* KUPFER; FARIA; KEIKO, 2007, p. 158).

¹³ ZENONI, A. “Traitement” de l’autre. Préliminaire, **Antenne 110**, Bruxelas, n. 3, 1991, p. 101-113.

As autoras não fazem referência nesse trabalho a como incluem a família nessa proposta de tratamento, porém em uma produção anterior de Kupfer (1996) intitulada *A presença da Psicanálise nos dispositivos institucionais de tratamento da psicose*, há uma sessão dedicada a esse tema. Nessa afirma que não se pode dispensar a presença da mãe no tratamento da criança, mas estas são acolhidas em grupos. Nesse espaço o analista teria a função de mediar o olhar, possibilitando que a mãe possa ver seu filho “através do reflexo de sua imagem no olhar do analista (...) Se antes essa mãe só via no filho puro corpo, passa a desconfiar que há ali um psiquismo, ou um sujeito do inconsciente” (KUPFER, 1996, p. 30).

Diante dessas diferentes possibilidades é necessário deixar clara nossa escolha de trabalho e explicitar o suporte que o estrutura. Assim, no Capítulo 3, são apresentadas algumas construções teóricas acerca do trabalho com a criança utilizadas na estruturação da proposta de atendimento psicanalítico oferecida no estágio e que embasaram a leitura dos casos supervisionados na clínica-escola, bem como do caso apresentado na presente tese.

Brauer (1994) desenvolveu uma estratégia clínica trabalhada durante mais de vinte anos nos ditos casos de psicose infantil, especialmente autismo, na Clínica-Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), orientada a partir das contribuições da escola francesa e de autores contemporâneos, tais como Jacques Lacan, Maud Mannoni, Françoise Dolto, Phillipe Julien e Jean Allouch. A autora propôs (2003) incluir a escuta a pais e crianças, em sessões separadas, pelo mesmo analista. Vimos que o trabalho com os pais não é propriamente uma novidade, mas o diferencial deste trabalho não se localiza nesse ponto e sim em como a fala da criança é tomada e conduzida nos atendimentos dos pais.

A partir das consequências clínicas deste trabalho algumas questões se delinearam em relação à nossa pesquisa: seria possível empregá-lo em outro Estado? Em outra cidade? Com uma população culturalmente diferente? Com crianças sem diagnóstico psiquiátrico de autismo? Desta forma, avançando em outras direções, adotamos essa estratégia clínica na proposta de trabalho no estágio da clínica-escola e buscamos analisar seus efeitos.

Compreende-se que este trabalho de Brauer possibilitou uma superação importante na clínica com crianças, contribuindo especialmente para os limites das instituições universitárias no que se refere ao atendimento de crianças que apresentam distúrbios graves. Em seu percurso teórico, acadêmico e clínico, a autora identificou o

quanto esses casos acabavam ficando à margem do convívio social e mesmo dos tratamentos e, por isso, “testou” uma estratégia sugerida pela própria clínica que foi mais do que inserir a mãe nos atendimentos, foi criar um espaço de tratamento para as mães.

Não era incomum nesta época que nos deparássemos com crianças em cujas dificuldades parecia haver o concurso de um forte envolvimento das mães. Naquela época “encaminhávamos” as mães destas crianças para atendimento, mas este atendimento dificilmente ocorria de fato (BRAUER, 2003, p. 36).

Tanto Brauer (1994; 2003) quanto Maud Mannoni (1999) apontam que nesses casos a transferência seria uma só: seria familiar, em relação a um só analista. Por isso, justificar-se-ia o chamado alargamento do *setting* terapêutico, para que pudesse incluir todo o grupo familiar. Esclarece-se que se trataria de uma intervenção clínica sobre a família e não de uma terapia familiar. A proposta é que o estagiário (aluno)¹⁴ ofereça uma escuta analítica aos pais em sessões individuais concomitantemente ao atendimento da criança, conforme recomendado por Brauer (1994). A clínica demonstrou que um trabalho com o infantil fica quase impossibilitado ao não se incluir a mãe na cena psicanalítica, já que “a mãe e a criança têm, no plano fantasmático, quase que um só e mesmo corpo” (BRAUER, 2003, p. 39). Nesse cenário o ponto de partida é o

discurso dos pais, concebidos como aqueles que ocupam na infância o lugar do Outro para a criança, numa relação que irá possibilitar o estabelecimento de uma transferência no sentido analítico deste termo por parte da criança, a partir da transmissão do significante cujo engaste permite que se instaure o laço social, e posteriormente um possível trabalho analítico (BRAUER, 2003, p. 47).

Jacques Lacan não trabalhou diretamente com crianças, mas acompanhou com interesse os trabalhos que estavam sendo realizados pelas primeiras psicanalistas que se dedicaram à clínica com crianças, tais como Françoise Dolto, Maud Mannoni e Jenny Aubry, todas seguindo os seus ensinamentos. “Prova disso é a famosa mensagem que escreveu a Jenny Aubry, em 1969, com observações sobre a criança, e que foi publicada sob o título *Nota sobre a criança*” (COSTA, 2010, p. 66-67). Este texto publicado como

¹⁴ É importante ressaltar que havia duas condições para que aluno realizasse os atendimentos: 1) realização anterior de um semestre de estágio supervisionado teórico, no qual os alunos liam e discutiam textos teórico-clínicos e 2) engajamento ou continuidade de uma análise pessoal, já que as angústias despertadas na transferência com as crianças e com os pais precisavam ser endereçadas e tratadas em espaço adequado. Caso o interesse pelo atendimento nesses moldes se confirmasse, o aluno seguiria para o estágio supervisionado prático.

Duas notas sobre a criança (1988) aponta que haveria dois lugares para o sintoma da criança. O primeiro como expressão da verdade da relação do casal parental, quando é o sintoma da criança que ocupa esse lugar e, nesse caso, os sintomas da criança se encontram em lugar de responder por aquilo que há de sintomático na estrutura familiar. O sintoma seria, no contexto familiar, o representante da verdade do casal. O segundo lugar seria uma resposta a algo da subjetividade materna, quando o corpo e o ser da criança ocupam esse lugar. Lacan (1988) aponta que nesse último caso o sintoma predominante diria respeito à subjetividade da mãe como correlato de um fantasma em que a criança está interessada. Esse sintoma expõe a verdade porque justamente a criança se torna o “objeto” da mãe revelando-o, ou seja, ela realiza a presença do *objeto a* do fantasma. É, portanto, dessa forma que a criança “aliena em si mesma todo o acesso possível da mãe à sua própria verdade, dando-lhe corpo, existência e mesmo exigência de ser protegido” (LACAN, 1988, p. 5).

Interessante ressaltar que Brauer (2003) identificou também em seu trabalho clínico, uma especificidade já anteriormente apontada por Mannoni (1999) que, comumente, quando as crianças atendidas começavam a sair desse lugar, a mãe passava a apresentar doenças físicas e/ou orgânicas. Assim, o que antes era incorporado pela criança, retornava ao corpo da mãe. Como Lacan (1988, p. 5) aponta, o sintoma somático dá a máxima garantia a essa verdade desconhecida, sendo uma fonte inesgotável, “segundo os casos, a dar testemunho da culpabilidade, a servir de fetiche, a encarnar uma recusa primordial”.

Em relação aos dois lugares possíveis para o sintoma da criança, em ambos os casos a criança satura o modo de falta em que o desejo da mãe se especifica em sua estrutura particular. Pelo lado da mãe, a criança se constituiria unicamente em referência aos seus cuidados, que trazem a marca de uma mãe centrada sobre um interesse particular proveniente de sua própria falta. Por outro lado, a criança se constituiria como sujeito unicamente em referência a um nome que constitui o próprio nome do desejo, sendo veiculado pelo pai. “Esse nome, justamente porque funciona como indício de um lugar vazio, encarna a lei simbólica no desejo” (DI CIACCIA, 2005, p. 21-22).

Ocorre que esses sintomas, quando agrupados em uma homogeneidade nosológica, são denominados atualmente pelo campo psiquiátrico como problemas ou distúrbios graves da infância, o que compreende as psicoses, o espectro autista e as deficiências mentais, dentre outros. Já a psicanálise os toma como aquilo que de fato são: sintomas, que para alguns psicanalistas (BRUDER; BRAUER, 2007) seriam

decorrentes de impasses na separação na constituição do sujeito. Assim sendo, o que pode nortear o trabalho clínico será justamente atuar sobre esses impasses.

Nosso objetivo, em termos gerais, era proporcionar condições para que a criança, que víamos como inibida (...), pudesse se “descolar” e retomar seu desenvolvimento, o que viria junto com a assunção, por parte da mãe, de suas questões. Isso porque cedo se percebeu que a criança não estava ali como sujeito, e sim como objeto no fantasma materno (BRUDER; BRAUER, 2007, p. 514).

Logo, será necessário ampliar essa discussão para compreender no seu conjunto a variedade das reações fantasmáticas da maternidade, o que se trata de uma questão muito complexa e sutil, e que será feito ao longo do desenvolvimento desta argumentação e especialmente nos Capítulos 3 e 4.

Utilizaremos neste trabalho, como já mencionado, o embasamento teórico e prático da psicanálise de fundamentação freudo-lacaniana, considerando seus alicerces epistemológicos, éticos e metodológicos. Para o estabelecimento de articulações entre a teoria psicanalítica lacaniana e a prática clínica na condução dos atendimentos de crianças com distúrbios graves, serão utilizados fragmentos de um caso clínico atendido por uma estagiária e supervisionado pela autora da presente tese, em uma clínica-escola de uma faculdade particular de psicologia em Salvador (Bahia).

Como definiu Freud (1990 [1913]), a proposta da pesquisa em psicanálise é a de constituir um saber que não seja apenas sobre a psicanálise em seus fundamentos teóricos, e sim a partir da clínica psicanalítica, bem como a realização de pesquisas em que a teoria e a prática não sejam vistas separadamente, mas de maneira integrada. Na pesquisa em psicanálise há uma particularidade, na medida em que o pesquisador-analista empreende sua pesquisa a partir do lugar definido no dispositivo analítico como sendo o lugar do analista¹⁵.

Esses alicerces serão abordados e trabalhados nos Capítulos 4 e 5, no qual serão identificados e delimitados conceitos fundamentais ao desenvolvimento deste trabalho, referentes à teoria lacaniana, bem como as contribuições teóricas de psicanalistas que compõem o cenário de práticas e pesquisas contemporâneas. Busca-se tratar as bases epistemológicas e éticas da psicanálise na qual se situam e orientam as pesquisas acadêmicas consideradas clínicas, tendo como finalidade discutir a importância da articulação entre teoria e prática no processo de produção de conhecimento.

¹⁵ A partir do referencial teórico psicanalítico, sustenta-se que nenhum profissional trabalha por simples exercício de uma técnica objetiva esvaziada de subjetividade e mais ainda o analista. Lacan (1983) coloca a ação do analista como dependente de quem ele é e não de uma técnica exterior a si próprio.

Constituem-se, assim, os fatores que sustentam, norteiam e justificam este trabalho de pesquisa, na medida em que busca tratar de forma cuidadosa, pois teorizada e dentro do possível elaborada, a construção de uma prática de escuta a crianças com distúrbios graves e a seus pais. Espera-se contribuir para esse campo conforme se oferece um trabalho psicanalítico para crianças com distúrbios graves, a partir de um modelo de atendimento em clínica-escola já realizado e comprovado por Brauer (2003), bem como sondar possíveis novas montagens deste modelo.

Exploraremos esse caminho nos capítulos seguintes, buscando responder a algumas questões: como pensar a criança sobre a ótica da psicanálise? Quais suas peculiaridades, pertinência e manejos possíveis? Quando se trata de crianças, a clínica se constitui no entrecruzamento de subjetividades, imprimindo impasses e possibilidades para o paciente, seus pais e o analista (TEIXEIRA, 2006). Partimos do dispositivo analítico proposto por Brauer (2004) buscando analisar seus alcances e limites na clínica infantil. A questão central da presente pesquisa é apontar que esse dispositivo pode ser implementado e desenvolvido na clínica-escola com estagiários de psicologia.

2 A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INFANTIL NO BRASIL

Julgamos estar convictos de que as crianças são seres humanos; todavia, não cessamos de tratá-las como coisas, sob o pretexto de que sua humanidade é para amanhã (AUDRY, 1999, p. 8).

A concepção contemporânea acerca da infância e da criança é plural e multideterminada, tendo sido construída em função das transformações culturais, históricas, políticas, sociais, teóricas, financeiras, éticas e ideológicas ocorridas ao longo da história do mundo ocidental desde a Idade Média. No entanto, não se pretende abordar cada um desses campos de saber citados, pois para isso precisaria tomá-los como seu objeto de pesquisa, o que não é o objetivo deste trabalho.

Com o propósito de circunscrever o âmbito no qual o presente trabalho está situado, este capítulo realiza um apanhado de configurações surgidas no Brasil no campo da saúde mental relacionadas às concepções sobre a infância e, portanto, das propostas de tratamento dispensado à criança. Trata-se não de uma análise das condições que as determinam, mas sim de reconhecer essa construção histórica como uma baliza fundamental para qualquer aproximação teórica da infância, que não seja reducionista, com vistas a evidenciar a importância, o alcance das posições psicanalíticas e, sobretudo, a diferença radical no que se refere ao tratamento da criança. Se atualmente temos algumas possibilidades de atendimento psicanalítico ao público infantil, é justamente porque elas foram estruturadas ao longo do tempo de determinada forma referenciada por essas contingências. Pretende-se, assim, situar o trabalho psicanalítico oferecido para crianças pelas clínicas-escola como um recurso possível e auxiliar da saúde mental – levando em consideração as diferentes bases epistemológicas, metodológicas e éticas que sustentam tanto o campo psicanalítico quanto da saúde mental.

As propostas de atendimento à criança no Brasil têm determinada configuração. Que configuração é essa? Por exemplo, quando uma criança de cinco anos apresenta dificuldades escolares associadas a dificuldades ou ausência de fala, isolamento social e agressividade, qual tratamento sua família deve procurar? Caso seja uma família com recursos financeiros, será indicado um pediatra, um neurologista, um psiquiatra, um

psicólogo, um psicanalista, um psicopedagogo, enfim profissionais de referência. E quando a família não dispõe de recursos financeiros? Em geral, indica-se não um profissional, mas uma instituição. Atualmente, quais instituições existem no Brasil? A reflexão primeira recai sobre os equipamentos de referência no campo da saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossociais para Infância e Adolescência (CAPSi), depois em instituições filantrópicas e/ou clínicas-escola. No caso do Brasil, não se pode, nem mesmo, pensar em termos de território nacional, já que em muitas cidades ou mesmo Estados sequer existe a implantação desses recursos institucionais. Temos atualmente no Brasil 193 Capsi, sendo necessária uma população superior a 200.000 habitantes para que este equipamento esteja presente e funcionando, o que resulta em: 6 CAPSi na região Norte, sendo que os Estados do Acre, Tocantins e Roraima não possuem o serviço; 43 na região Nordeste e deste total, 9 funcionando na Bahia; 7 na região Centro-Oeste; 99 na região Sudeste e 38 na região Sul. Esse total de 193 unidades de CAPSi contrastam com 1935¹⁶ unidades de CAPS gerais no País (HAYASHIDA, 2014).

É possível, assim, elucidar que essa lógica de encaminhamento se constitui a partir de um contexto bastante específico, que é o brasileiro. Em outros países, como na França, essas possibilidades são completamente diferentes e inúmeras, a criança que apresenta alguma dificuldade na escola é tratada pelo próprio Estado que se encarrega de buscá-la na escola, levá-la à instituição que a acolherá e devolvê-la na escola. Nesse caso a família não comparece aos atendimentos, e alguns psicanalistas franceses chegam a se espantar com a presença da mãe nos atendimentos, como é o de praxe aqui no Brasil. Sendo assim, precisamos “saber fazer” com o nosso próprio campo e nossas particularidades.

Por isso, neste capítulo passaremos por importantes momentos que marcaram a relação estabelecida pela sociedade, pela família e pelos profissionais com a criança, bem como pelos discursos que foram permeando as concepções de tratamento das mesmas. Não se trata de empreender uma análise dos múltiplos discursos que compõem o campo da saúde mental infantil, mas de poder identificá-los e diferenciá-los na composição das práticas que se referem aos tratamentos oferecidos à criança, dentre elas

¹⁶ Informações cedidas por mensagem eletrônica de Gabriela Hayashida – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Departamento de Atenção Especializada e Temática – DAET. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Ministério da Saúde. SAF/Sul - Trecho 02 - Lote 05/06 - Torre II - Sala 13. Edifício Premium - Brasília/DF - CEP: 70070-600. (61) 3315 – 7885. saudemental@saude.gov.br

a psicanálise. Isso porque a psicanálise, muitas vezes, vai de encontro a certas práticas determinadas e conformadas a partir de discursos específicos e acredito que para podermos exercer um trabalho que não se limite às paredes de um consultório, é preciso dialogar com esses diferentes discursos.

2.1 AS DIFERENTES EXPERIÊNCIAS ACERCA DA LOUCURA

Ao tomarmos o termo ‘discurso’ nos referimos à definição foucaultiana na qual o discurso carrega uma ordem categórica e decisiva em que o homem sempre se arrisca. O discurso está na ordem das leis e tem seu lugar preparado pela Instituição que lhe fornece seu poder. Em toda a sociedade há determinações de verdades categóricas e decisivas que são controladas, selecionadas, organizadas e redistribuídas “por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade” (FOUCAULT, 2006, p. 9-10).

Um desses procedimentos de exclusão é a interdição que se volta mais frequentemente para a política e para a sexualidade. É justamente nesses campos que o discurso exerce, de modo privilegiado, seu poder. As interdições que atingem o discurso revelam sua ligação com o desejo e com o poder. Como a psicanálise evidencia, o discurso manifesta ou oculta o desejo e, mais ainda, aquilo que é o objeto do desejo. Nas palavras de Foucault (2006, p. 10) “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar”.

Outro princípio de exclusão é a separação e rejeição que se exercem no campo da razão e loucura. O discurso do louco é aquele que não pode circular como o dos outros, em suas palavras, a separação vem se exercendo desde a alta Idade Média. Hoje, ocorre apenas de outro modo, por meio de novas instituições e com outros efeitos, como alerta Foucault (2006, p. 13):

É sempre na manutenção da censura que a escuta se exerce. Escuta de um discurso que é investido pelo desejo, e que se crê – para sua maior exaltação ou maior angústia – carregado de terríveis poderes.

O último sistema de exclusão definido pelo autor é a oposição do verdadeiro e do falso. A concepção do que é verdadeiro se desloca e é sustentada por todo um sistema de instituições que as impõem e reconduzem, exercendo-se sob pressão e até

violência. Não se trata de uma violência em relação ao verdadeiro no nível de uma proposição, no interior de um discurso, mas da vontade de verdade que atravessa os séculos de nossa história. Esse tipo de separação que direciona a vontade de saber age como um sistema de exclusão, mas essa vontade de verdade foi historicamente constituída e reconduzida pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como expõe Foucault (2006, p.18):

Essa vontade de verdade assim apoiada sobre um suporte e uma distribuição institucional tende a exercer sobre os outros discursos (...) uma espécie de pressão e como que um poder de coerção.

Essa vontade denomina-se discurso de verdade e se destina a excluir todos aqueles que, na nossa história, procuraram contornar essa verdade e recolocá-la em questão contra a verdade exatamente no ponto em que a verdade assume a função de justificar a interdição e definir a loucura. Um dos discursos de verdade com o qual a psicanálise dialoga é o discurso médico. Esse apreendeu a loucura como doença e a incorporou no campo da medicina.

Michael Foucault (1926-1984), em sua obra intitulada *História da loucura na Idade Clássica*, publicado em 1961, mapeou como esse processo se deu. Sua obra nos permite compreender que todo conhecimento moderno científico e médico sobre a alienação mental está, mesmo que implicitamente, embasado na experiência clássica. Para explicitar essa relação, faremos uma breve exposição das concepções renascentistas e clássicas sobre a loucura, que nos interessam justamente na medida em que oferecem elementos para situar a concepção tradicional vigente a respeito da loucura infantil e de seu tratamento nos tempos atuais.

A partir da alta Idade Média até o final das Cruzadas, os leprosários tinham se multiplicado por toda a superfície da Europa, mas ao final da Idade Média a lepra desapareceu do mundo ocidental. O mal deixou de assombrar as cidades que ficaram vazias e que passaram a esperar e solicitar por uma nova encarnação do mal, por mágicas renovadas de purificação e exclusão do século XIV ao XVII. Mesmo com a regressão da lepra os leprosários continuavam existindo em função de muitos interesses, em especial econômicos. O desaparecimento da lepra não se deveu às ações médicas, mas ocorreu como resultado espontâneo da segregação dos doentes e da ruptura com os focos orientais de infecção após o fim das Cruzadas.

A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa (FOUCAULT, 1978, p. 9).

A lepra desapareceu, mas as estruturas sociais de exclusão que se exerciam por meio dela serão retomadas dois ou três séculos mais tarde. Primeiro os acometidos por doenças venéreas e depois os pobres, vagabundos, presidiários e alienados assumirão o papel abandonado pelo lazarento. Em Lipplingen, na Alemanha, o leprosário foi logo povoado por incuráveis e loucos que foram banidos e internados, sendo essa a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura. Os loucos foram internados nos antigos leprosários que passaram a funcionar regidos pela mesma antiga lógica do isolamento, antes utilizada para a lepra. “O Classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leprosos” (FOUCAULT, 1978, p. 61). No entanto, os loucos foram banidos de forma mais severa que os leprosos.

De acordo com o autor, o principal motivo que os levou a serem internados foi sua incapacidade para o trabalho associada à ociosidade que, na era Clássica, passou a ser condenada pelo pensamento religioso e pela moralidade vigente, sendo, portanto merecedora de penitência. Nesse momento a loucura passou a ser associada à pobreza devido à incapacidade para o trabalho e à impossibilidade de integrar-se no grupo. É a partir daí que a loucura passa a perturbar a ordem social e começa a se inserir nos problemas da cidade. Sendo assim, as novas significações sobre a pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos relacionados a este mudam seu sentido e determinam a experiência que se faz da loucura.

A miséria sofreu uma degradação do ponto de vista da religião passando a ser encarada somente pelo viés da moral. A loucura se avizinha ao pecado e o louco passa a ser tratado com um entorno de culpabilidade. Assim, foram criados esses hospícios nos quais os miseráveis encontravam a vida, a roupa, uma profissão e ao mesmo tempo o castigo.

Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas a condenação da ociosidade (FOUCAULT, 1978, p. 72-73).

O desempregado é detido e tem o direito de ser alimentado, mas é seu dever aceitar a coação física e moral do internamento. Essa reação social está muito mais relacionada a uma crise econômica do que com o interesse de tratamento do louco. Trata-se de um tipo de resposta inaugurada no século XVII que perdurará pelo século XVIII: “Para a Igreja católica, bem como para os países protestantes, a internação

representa, sob a forma de um modelo autoritário, o mito da felicidade social” (FOUCAULT, 1978, p. 88). Entretanto fora dos períodos de crises a função do internamento muda e passa a fazer os presos servirem com seu trabalho como forma de coação e como destaca Foucault (1978), até em Paris se buscou várias vezes transformar as grandes construções do Hospital Geral em manufaturas. Assim, o internamento funcionou como um mecanismo social que visava eliminar os “a-sociais”, mecanismo o qual, nos adiantando um pouco, o mundo moderno ainda procura manter e reforçar, representado agora por meio a consciência médica.

Na análise de Foucault, o internamento para além do papel negativo de exclusão, teve um papel positivo de organização. Suas regras e práticas compuseram um domínio de experiência com unidade, coerência e função. Agrupou de forma inovadora em um mesmo campo personagens tais como doentes, prostitutas, imbecis, insanos e criminosos estabelecendo valores entre eles e uma gradação em direção à loucura. Esse ato preparou um futuro no qual todas essas figuras passaram a ser identificadas como alienados mentais, mas para que essa aproximação ocorresse “foi necessária toda uma reorganização do mundo ético, novas linhas de divisão entre o bem e o mal, o reconhecido e o condenado, o estabelecimento de novas normas na integração social” (FOUCAULT, 1978, p. 94).

Desta forma, os valores e as imagens aderidos à personagem do leproso na cultura medieval serão transferidos para essas outras figuras sociais no mundo clássico. É nesse momento que um conjunto de fenômenos ao redor da loucura serão retomados e agrupados com vistas a bani-la, sendo o internamento apenas um deles. Foucault ainda acrescenta (1978, p. 52) “a loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência, porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força”.

De que golpe se trata? Na análise foucaultiana as proposições de Descartes despontam como determinantes para a formação da concepção clássica sobre a loucura, que passa a ser compreendida pela impossibilidade de pensamento. Assim, aquele que duvida não pode ser louco: “é uma impossibilidade de ser louco, essencial não ao objeto do pensamento, mas ao sujeito que pensa” (FOUCAULT, 1978, p. 53). A loucura desaparece, assim, no próprio exercício da razão. Ocorre que Descartes promoveu o advento de uma razão que se esgota em um racionalismo.

A dúvida de Descartes desfaz os encantos dos sentidos, atravessa as paisagens do sonho, sempre guiada pela luz das coisas verdadeiras; mas ele

bane a loucura em nome daquele que duvida, e que não pode desatinar mais do que não pode pensar ou ser (FOUCAULT, 1978, p. 54).

Na era clássica, a razão nasce no espaço da ética. A loucura é percebida como “defeito” e é ligada a certa ordem moral que a relaciona apenas com a perturbação. O ponto essencial é que a Era Clássica toma a loucura no campo da ética, como escolha contra o desatino. A ética está presente desde o começo em todo pensamento ordenado e indica uma liberdade que é a própria iniciativa da razão. Já o racionalismo compreende a loucura onde a razão não seria perturbada, mas “reconhecida pelo fato de toda vida moral ser falsificada, da vontade ser má. É na qualidade da vontade, e não na integridade da razão, que reside finalmente o segredo da loucura” (FOUCAULT, 1978, p. 152). A loucura é, para o Classicismo, o homem em relacionamento imediato com sua animalidade, o “louco-animal”, sem outra referência qualquer, sem nenhum recurso: “Animalidade desenfreada, só se pode dominá-la pela domesticação e pelo embrutecimento” (FOUCAULT, 1978, p. 170). Como exemplo desses dois mecanismos, podemos citar um monastério da França no qual o insano que se recusasse a deitar ou comer era punido com dez chicotadas ou levava um golpe de vara (embrutecimento), mas caso fosse dócil poderia fazer suas refeições no refeitório (domesticação).

Em toda a tradição humanista a loucura é considerada no universo do discurso, resultando apenas de uma consciência crítica do homem. No começo da Renascença tudo o que foi formulado sobre a loucura enquadra-se em um confronto entre a consciência crítica e a experiência trágica. A Renascença atribui à loucura uma vivência no campo da linguagem, na qual o homem é confrontado com sua verdade moral, com as regras próprias à sua natureza e à sua verdade. A concepção de uma consciência crítica da loucura tornou-se cada vez mais forte, enquanto as figuras trágicas foram enfraquecendo, e, desta forma, a experiência trágica e cósmica da loucura foram encobertas exclusivamente pela consciência crítica.

É por isso que para o Classicismo, e em continuidade deste para a era moderna, a loucura não pode ser considerada como uma figura total, sendo uma figura fragmentária, um conjunto desequilibrado por tudo aquilo de que carece e oculta, no entanto nas palavras de Foucault (1978, p.34) “sob a consciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília”. O autor aponta que essas relações estabelecidas

até então nos permitem considerar que a experiência da loucura – que se estende do século XVI até hoje – deve sua figura particular, e a origem de seu sentido a essa ausência. Portanto, a concepção que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical, na qual se verifica que oculta da forma mais completa essa experiência trágica.

Na era Clássica a loucura transforma-se em uma forma relativa à razão, ambas passam a se relacionar de forma reversível, sendo uma a medida da outra, recusando-se e se fundamentando reciprocamente: “a loucura só existe com relação à razão, mas toda a verdade desta consiste em fazer aparecer por um instante a loucura que ela recusa, a fim de perder-se por sua vez numa loucura que a dissipa” (FOUCAULT, 1978, p. 38). A loucura torna-se ainda uma das próprias formas da razão, passando a só ter razão e sentido neste campo, pois como afirma o autor “a razão assume a loucura, delimita-a, toma consciência dela e pode situá-la” (FOUCAULT, 1978, p. 40). Tanto a concepção trágica quanto a concepção dramática, na qual a loucura promove a troca entre o real e a razão, ficam subsumidas e o discurso da racionalidade triunfa.

Foi a partir de uma sensibilidade social bastante específica que a consciência médica da loucura pôde se formar, a qual ela permanece ligada até os dias de hoje, regulando-a, por exemplo, no que diz respeito à escolha por uma internação ou não na condução de um tratamento. Bastava e ainda basta que o interesse financeiro familiar entre em jogo para que se opte pelo isolamento. O internamento e todo o regime policial que o envolve serviram para controlar essa ordem na estrutura familiar: “A família, com suas exigências, torna-se um dos critérios essenciais da razão; e é ela, sobretudo, que pede e obtém o internamento” (FOUCAULT, 1978, p. 102). Isso significa que o internamento passa a ser colocado à disposição da família burguesa.

No século XIX, o conflito entre família e indivíduo se tornará assunto particular e assumirá o aspecto de um problema psicológico, no entanto antes estava ligado à ordem pública. Agora, aquele que ferisse a estrutura familiar entrava no mundo do desatino. Para Foucault (1978, p. 104-105) “tornando-se a forma maior da sensibilidade ao desatino, que a família, um dia, poderá constituir-se no topo dos conflitos onde nascem as diversas formas da loucura”. E já no século XIX, o conflito entre o indivíduo e sua família se tornou um assunto particular assumindo a dimensão de um problema psicológico.

Depreende-se que a era clássica começou a assimilar a loucura em um discurso no qual a relacionava à desordem social, perigo para o Estado e desorganização da

família. Essa primeira percepção a respeito da loucura se organizou e aperfeiçoou em uma consciência médica que formulará “como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade” (FOUCAULT, 1978, p. 92), delimitando-a em uma ciência positiva. Foi o racionalismo que deixou como legado a associação entre o gesto que cura e o gesto que pune, quando medicina e moral se associaram, como explica Foucault (1978, p. 99-100):

O tema de um parentesco entre medicina e moral é sem dúvida tão velho quanto a medicina grega. Mas se o século XVII e a ordem da razão cristã inscreveram-nos em suas instituições, fizeram-no em sua forma menos grega possível: na forma da repressão, da coação, da obrigação de conseguir a salvação.

A era moderna, a partir do Classicismo, estabeleceu também novas relações entre o amor e o desatino, separando o amor racional e o louco, sendo a homossexualidade, por exemplo, um representante deste último. Colocará ainda no centro da sexualidade a exigência de uma escolha que a mentalidade atual repete, assim, a loucura vai se enraizar em alguma sexualidade perturbada à medida que foi colocada na linha divisória do desatino. Essa mesma cultura dividiu de forma bastante rigorosa razão e desatino e, como consequência, saúde e doença, normal e anormal.

A primeira grande alienação, assim como denomina Foucault (1978), refere-se à retirada da verdade do desatino confinando-o apenas ao mundo social. A insanidade foi exilada no desatino e essa experiência deixou de fazer parte da razão humana, tendo sido relegada não apenas simbolicamente, mas socialmente, via internamento: “a insanidade conquistou suas dimensões de objeto, ao partir para esse exílio onde durante séculos ficou muda” (FOUCAULT, 1978, p. 119).

O autor enfatiza que houve uma transformação do campo da experiência, no qual as condutas a serem consideradas desatinadas passam a fazer parte de um campo de exílio, abandonando a experiência cotidiana e sendo integradas apenas no campo do desatino, de onde deslizaram aos poucos para a esfera da doença. É a partir da concepção de desatino, e em função do reajuste no mundo ético que este campo de experiência promoveu aquilo que se constituirá e reconhecerá como alienação mental. É nesse campo que a loucura encontrará seu equilíbrio e oferecerá uma unidade ilusória ao conhecimento positivista, formando um solo no qual surgirá o conhecimento dito científico de doença mental.

Queremos crer que é por haveremos conhecido mal a natureza da loucura, permanecendo cegos a seus signos positivos, que lhe foram aplicadas as formas mais gerais e mais diversas de internamento (...) Não se trata de

localizar o erro que autorizou semelhante confusão, mas de seguir a continuidade que nosso atual modo de julgar rompeu (FOUCAULT, 1978, p. 124).

A loucura passa a ser uma questão médica implicando em um conhecimento discursivo. A concepção da loucura desliza para o lado de uma razão silenciosa, secreta, existindo para ela e por ela, tendo sua presença tanto preparada quanto alienada pela razão. Assim, "Não existe cabeça tão sadia na qual não exista um pequeno tubo do centro oval bem entupido" (FOUCAULT, 1978, p. 199). A loucura só será perceptível em referência à ordem da razão e à consciência, diante de um homem razoável que asseguram a coerência, a lógica e a continuidade do discurso.

Chamamos de loucura essa doença dos órgãos do cérebro que impede necessariamente um homem de pensar e agir como os outros. O louco é o outro em relação aos outros: o outro — no sentido da exceção — entre os outros — no sentido do universal (FOUCAULT, 1978, p. 202).

O que promove ruptura nessa consistência seria a loucura. A loucura, portanto, existe para a razão ao surgir ao olhar de uma consciência ideal que a percebe como diferença em relação aos outros.

O século XVIII percebe o louco, mas deduz a loucura. O que percebe no louco não é a loucura, mas a inextricável presença da razão e da não-razão. Vai, então, reconstruir a concepção de loucura a partir do domínio lógico e natural da doença, de um campo de racionalidade. A razão é considerada como norma e definida como sujeito do conhecimento. A loucura será um distanciamento que se mantém em relação à razão, mas para oferecer-lhe algo de palpável dirige-se aos fenômenos reais, observáveis, positivos, por meio dos quais ela se manifesta. Passa a se tratar de uma doença definida pelo seu negativo, ausência de razão, mas reconhecida por seus aspectos positivos chamados de sintomas: "A definição de uma doença é a enumeração dos sintomas que servem para conhecer seu gênero e sua espécie, e para distingui-la de todas as outras" (FOUCAULT, 1978, p. 208). Por fim, a loucura se integrou nas novas normas da teoria médica, inscrevendo-se no plano positivo e ordenado de todas as doenças possíveis e prestando-se à classificação.

Entre todos esses aspectos diversos da sensibilidade à loucura, a consciência médica não é autônoma. Não é ela que sustenta, obscuramente, todas as outras formas de experiência, mas ela está simplesmente localizada em certas práticas da hospitalização. Seu papel é importante na economia de todas essas experiências e para o modo pelo qual elas se articulam umas com as outras.

Ao refazer a história desse processo de banimento, fazemos a arqueologia de uma alienação. É assim que o homem moderno designa no louco sua própria verdade alienada, constituindo um campo de alienação não simbolizada e de onde o louco é banido. De alienação mental passa a doença mental (FOUCAULT, 1978, p. 81).

Sendo assim, é preciso considerar que o campo da saúde mental está permeado por essas concepções de forma que, aqui, foi preciso retomá-la para podermos identificar suas marcas.

2.2 ORIGENS DE ALGUMAS CONCEPÇÕES SOBRE A CRIANÇA NO BRASIL

A princípio, é preciso dizer que a saúde mental infantil, enquanto campo de intervenção, cuidados e estudos sobre a criança, não teve nada estruturado ou sistematizado até o século XIX, momento em que surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria (RIBEIRO, 2006).

A definição de criança se modificou no decorrer do tempo de acordo com parâmetros ideológicos. A consciência da particularidade infantil que a distingue do adulto só surgiu no século XVII. Philippe Àries (1981) lembra que até por volta do século XII não havia lugar para a infância no mundo, tal como a concebemos hoje. Esta era considerada como uma fase sem importância, sem validade para ser fixada na memória. Na Idade Média, a criança era vista como um adulto em miniatura, sem características específicas ou particularidades intelectuais, comportamentais ou emocionais. Além disso, a criança relacionava-se muito mais com a comunidade do que com os próprios pais (COSTA, 2010). Só a partir da Renascença a família se estabeleceu como um grupo coeso, diferenciando-se do espaço público e passando a incluir a criança. Desse período, e por um longo tempo, em diante a infância passará a ser compreendida como um momento de inocência que precisava ser preservada e educada.

Entre os séculos XIII e XVII uma “nova sensibilidade atribuiu a esses seres frágeis e ameaçados uma particularidade que antes ninguém se importava em reconhecer” (ÀRIES, 1981, p. 61). O autor indica que a atenção se voltou para a infância a partir no século XIII e sua evolução se expressou na história da arte e da iconografia dos séculos XV e XVI. “Mas os sinais de seu desenvolvimento tornaram-se particularmente numerosos e significativos a partir do século XVI e durante o século

XVII” (ÀRIES, 1981, p. 65). Dessa forma, constatou-se uma total ausência do sentimento moderno da infância nos últimos anos no século XVI e início do XVII.

Em 2006, o pesquisador Paulo Rennes Marçal Ribeiro descreveu, em sua tese de doutorado em Saúde Mental, a trajetória desse campo e dos cuidados da infância no Brasil. Seu trabalho intitulado *História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha* nos informa que no período colonial não havia cuidados especiais dispensados à criança, tendo recolhido este dado de relatos descritos em documentos, tratados e cartas da época, e em descrições de viajantes que aportaram no Brasil. Depois do século XVIII, a urbanização das cidades requisitou a intervenção médica nas questões de higiene e saúde, e gradativamente mudou-se a concepção de criança, primeiro na Europa, depois no Brasil. O autor ressalta que foi no século XIX que se deu o início da institucionalização dos saberes médicos e psicológicos aplicados à infância, momento em que se pode obter mais registros sobre que cuidados eram reservados à criança.

Anteriormente, o pesquisador Gilberto Freyre (1978) também já havia se dedicado ao estudo dos registros sobre o tema da saúde mental infantil no Brasil, especificamente nos períodos colonial e imperial, e identificara que os autores, que nesse período se referiam à criança, versavam sobre as doenças mais comuns, a acentuada mortalidade infantil, as crendices, os costumes, bem como sobre o comportamento.

Afirma que, naquele momento histórico, o que dominava a mentalidade das famílias e da sociedade brasileira era o sistema patriarcal, no qual a autoridade sem limites do senhor de engenho ditava normas e regras. De acordo com Costa (1989), todo o sistema familiar herdado da Colônia tinha sido montado para satisfazer as exigências da propriedade e as necessidades dos adultos, e dessa forma as crianças eram tratadas como apêndice desse sistema.

O castigo físico era prática corrente na educação das crianças, tais como a palmatória e a vara de marmelo. Assim, quanto mais cruel era a família com a criança, mais cruel ela era com os animais e escravos. Os autores daquela época começaram a identificar que os sofrimentos impostos às crianças levavam ao desenvolvimento de problemas emocionais, como a gagueira (FREYRE, 1978). Foi identificado também que, nesse período, muitas doenças afligiam e matavam as crianças, tais como sarampo, varíola, verminoses, dermatoses, tinha¹⁷, sarna, bem como infecção resultante da

¹⁷ Tinha é uma infecção micótica da pele provocada por diversos fungos e que geralmente se classifica conforme a sua localização no corpo, tais como pé de atleta, tinha do couro cabeludo, tinha das unhas (BERKOW, 1995).

inflamação do umbigo do recém-nascido (“mal-de-sete-dias”). Diante de tantas mortes, a Igreja Católica buscava, por meio do discurso religioso, promover a associação de crianças com anjos, utilizando-se para isso das antigas concepções medievais europeias. Dessa forma, criava-se a figura do filho que, ao morrer, puro e inocente, tornava-se um anjinho do Senhor no céu (ARIÈS, 1981), e a disseminação dessa crença foi a forma encontrada para justificar tantas mortes.

Segundo Ribeiro (2006), a partir do século XIX começa-se a mudar a forma de concepção da criança e de suas necessidades. Em 1846, houve um debate na Academia Brasileira de Medicina no qual foram levantadas as várias causas para a mortalidade infantil, tais como: a alimentação imprópria (uso e abuso de comidas fortes); o vestuário impróprio; as moléstias contagiosas das amas africanas, como sífilis, boubas (tumores na superfície da pele) e escrófulas (ingurgitamento dos gânglios linfáticos, formando tumores dolorosos que às vezes supuram); a falta de tratamento médico na invasão das moléstias; a amamentação mercenária (cobrar para amamentar) e o perigo na falta de cuidado na escolha das amas de leite escravas, que poderiam ser muito doentes. Os ideais higienistas que começaram a surgir no século XIX propagavam que a criança precisava ser protegida, cuidada, amparada e educada, o que a preservaria dos males e a pouparia da morte prematura.

A partir da segunda metade do século XIX, a medicina tornou-se científica, a prática médica foi deixando de ser exercida por leigos e a ciência médica tornou-se poderosa e influente na sociedade, recebendo da mesma os poderes políticos, bem como a “autorização” para descobrir, propor e impor normas de saúde e equilíbrio que beneficiassem essa mesma sociedade (RIBEIRO, 2006).

Essas foram algumas das contribuições do movimento higienista/sanitarista. Faremos uma curta e circunscrita digressão por alguns pontos históricos para que possamos acompanhar o surgimento de algumas concepções e ideias que embasam o movimento higienista.

Em 1870, foram introduzidas as teorias de pensamento, tais como o positivismo, o evolucionismo e o darwinismo que influenciaram o pensamento médico e toda sua construção de propostas de intervenção. Nesse período histórico, a classe médica passou a ditar as regras com suas teses, discursos, livros, artigos de jornais e debates acalorados na Academia Imperial de Medicina. A burguesia encontrou na medicina o aliado necessário para propagar suas ideias políticas e sociais, e, por sua vez, a medicina encontrou na burguesia, essencialmente urbana, o aliado de seu ideal higiênico, que, por

seu turno, interessava ao jovem Estado Brasileiro, ainda em consolidação. Com a expansão dos princípios capitalistas e dos ideais da burguesia, os valores individuais ganham cada vez mais importância e a criança passa a ser vista como uma força de produção que traria lucros no longo prazo, sendo, portanto um investimento lucrativo para o Estado. Assim, passa a ser educada para garantir o futuro da produção e da civilização “é nesse momento que surge a escola como meio de educação das crianças, substituindo a aprendizagem informal, a partir do movimento de moralização promovido pelos reformadores católicos e protestantes ligados à Igreja, às leis e ao Estado” (COSTA, 2010, p. 12). Nesse momento a família se ocupará de tudo o que diz respeito à vida das crianças, incluindo as brincadeiras, a educação, a higiene e a saúde física.

A interação Estado-medicina propiciará a definição e aplicação de um conjunto de teorias, políticas e práticas voltadas para o bem-estar da população, da mãe e da criança; para o controle de acidentes; para uma procriação saudável; para o controle de epidemias; na utilização de estatísticas e medidas de orientação da população no que concernem à saúde e doenças; e na organização da medicina enquanto profissão (MACHADO et al., 1978). Determina-se uma nova conduta social, novos costumes e novos padrões de comportamento, culminando em modificações na organização da família brasileira, que extinguirão muitas das práticas coloniais danosas à infância. Assim, a interação da criança com a família se tornou mais dinâmica e participativa, fazendo a mortalidade infantil declinar.

Alguns outros importantes fatores contribuíram para a mudança de posição em relação à criança, tais como a decadência do patriarcado, da organização familiar rural, o desenvolvimento da urbanização e a ascensão econômica e social da burguesia. De acordo com Freyre (1978), nesse momento surgem trabalhos escritos que começam a defender a utilização de táticas médico-higiênicas na educação escolar, na pedagogia infantil e na orientação familiar. Nessa concepção, o colégio seria a instituição ideal no qual infância e mocidade seriam preservadas de qualquer mal, bem como de qualquer influência perniciosa, pois seriam moldadas de acordo com os princípios higienistas. Disciplina, ordem e aproveitamento do tempo norteavam o dia a dia nos colégios. Tanto a educação da casa-grande quanto a do colégio religioso empenhavam-se em não promover a individualidade da criança para torná-la um adulto passivo e servil (FREYRE, 1978).

Acompanha-se por meio desse percurso que os higienistas, preocupados com a formação moral, física e intelectual das crianças, ditavam as regras e normas no preparo e aperfeiçoamento dos futuros “homens da sociedade”. É justamente essa concepção que inicia a propagação do controle da sexualidade infantil, sendo um ponto importante no rol das atividades consideradas danosas à formação da criança, e que por isso deveriam ser proibidas, erradicadas e fiscalizadas. Para garantir sua argumentação, respaldaram-se em produções da Era Vitoriana, nas quais médicos estudiosos disseminavam, por meio de suas obras, seus ideais de repressão, encontrando assim um respaldo científico à necessidade do controle sexual.

A masturbação, por exemplo, era considerada no pensamento ocidental como uma prática danosa à saúde e, como tal, necessitava ser contida a qualquer custo (CAMILO, 1886¹⁸ apud RIBEIRO, 2006). Interessante ressaltar que antes da reforma moral era prática familiar associar as crianças às brincadeiras sexuais dos adultos que não só faziam parte dos costumes, como não chocavam o senso comum. Foi somente a partir da ‘grande reforma moral’ “inicialmente cristã e a seguir leiga, que disciplinou a sociedade aburguesada do século XVIII e, sobretudo, do século XIX, na Inglaterra e na França” (ÀRIES, 1981, p. 129). De acordo com Costa (2010) as concepções de Santo Agostinho foram responsáveis pela compreensão da infância sem nenhum valor e como indício da corrupção dos adultos. Haveria predomínio da maldade natural da criança e por isso ela deveria ser adestrada via educação e moral, sendo assim os pais foram influenciados a adotar uma postura rigorosa com os filhos. Esse pensamento predominou por muito tempo na pedagogia até que, opondo-se a essas concepções, Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) introduziu no discurso filosófico iluminista a concepção de bondade natural do homem e de particularidades da infância, portanto “a criança nasce inocente, pura, e tem maneiras de pensar e sentir que são próprias à sua idade” (COSTA, 2010, p.11). Para o iluminismo a criança seria também desprovida de sexualidade e essa ideia se arraigou no imaginário social, sendo bastante aceita, novamente pelos pedagogos na Europa. As concepções religiosas endossavam essa visão e trabalharam para afastar as crianças do sexo.

Ribeiro (2006) ainda aponta que alguns autores, tais como lorde William Acton (1813-1875) e Von Krafft-Ebing (1840-1903), construíram teorias caracterizando a prática sexual como responsável por doenças, por exemplo, a perda do esperma e a

¹⁸ CAMILLO, A. A. D’ A. **O onanismo na mulher: sua influência sobre o físico e o moral**. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1886.

masturbação levavam o indivíduo à loucura e provocavam doenças da pele e tuberculose. Já as mulheres eram consideradas criaturas assexuadas que não tinham orgasmo, bem como a sexualidade aberta levaria ao crime. Muitos médicos, educadores e religiosos reforçavam a ideia do sexo como uma “doença repugnante”, tais como Sá (1845¹⁹ apud RIBEIRO, 2006, p. 32) que afirma que um menino de 12 anos era “epilético e já idiota pelos efeitos do onanismo”. E ainda há afirmações de que os meninos enlouqueciam pelo excesso de masturbação, ou ainda associavam a masturbação à efeminação do paciente: “com a contínua e intensa excitação sexual e o excesso de masturbação, o processo de efeminação progredia constantemente” (KRAFFT-EBING, 2001²⁰ apud RIBEIRO, 2006, p. 32). Como também aponta Scliar (2007), nessa época a masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição, devido à perda da proteína contida no esperma, e em distúrbios mentais. A masturbação era tratada com dieta, infibulação²¹, imobilização do “paciente”, uso de aparelhos elétricos que davam choque quando o pênis era manipulado e até pela ablação da genitália.

Como podemos acompanhar com Àries (1981), essa corrente de ideias remonta ao século XV, quando Gerson estudou o comportamento sexual das crianças para ajudar os confessores a despertar sentimentos de culpa nos penitentes mirins, recorrendo justamente à masturbação. Suas concepções provocaram profundas mudanças na disciplina tradicional das escolas, nos educadores e moralistas por meio do estabelecimento de novos hábitos de educação e de um novo comportamento em relação às crianças.

Gerson estava muito adiante das instituições de seu tempo. Seu regulamento é interessante pelo ideal moral que revela, que jamais fora formulado com essa precisão, e que se tornaria o ideal dos jesuítas, de Port-Royal, dos irmãos da doutrina cristã e de todos os moralistas e educadores rigorosos do século XVII (ÀRIES, 1981, p. 134).

Surge, então, no século XVII a noção de inocência infantil com uma série de livros de etiqueta dirigidos à criança e também literatura pedagógica destinada a pais e educadores. Essa noção resultou de duas atitudes morais relacionadas à infância:

¹⁹ SÁ, M. A. H. de. **Algumas reflexões sobre a cópula, onanismo e prostituição do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1845.

²⁰ KRAFFT-EBING, R. Von. **Psychopathia sexualis**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

²¹ Oclusão do prepúcio ou dos grandes lábios da vagina por meio de um anel ou sutura, a fim de impedir o coito ou a masturbação, ainda hoje prática comum no Chifre de África, Egito, Sudão e Mali.

preservar a criança da “sujeira” da vida, especialmente da sexualidade, e fortalecer a criança desenvolvendo seu caráter e sua razão.

Essa era a forma predominante como se entendia a sexualidade antes de Sigmund Freud (1835-1930) e, como não poderia ser de outra forma, foram essas as concepções que embasaram o discurso então vigente sobre a criança e que determinou o tratamento dispensado a elas. Assim, retomando o momento da reforma sanitária no Brasil, os médicos agiam de acordo com a mentalidade da época, seguindo o pensamento científico europeu que respaldava as atitudes de repressão à sexualidade. Para Áries (1981), a pedagogia médico-higienista deu muita importância à masturbação infantil, que anteriormente, no século XIX, não tinha grande significado social, sendo compreendida como uma atitude isolada e privada.

Na análise de Ribeiro (2006), a ação da pedagogia médica extravasou os limites da saúde individual. Já as concepções higienistas não só alteraram o perfil sanitário da família e sua feição social, mas

contribuíram para transformar a família na instituição conjugal e nuclear característica de nossos tempos, bem como converteram os predicados físicos, psíquicos e sexuais de seus indivíduos em insígnias de classe social. A família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, tornou-se sinônimo histórico de família burguesa (COSTA, 1989²² apud RIBEIRO, 2006, p.33).

Com o advento da República, a libertação dos escravos, em 1888, e a vinda de imigrantes europeus para o Brasil transformou-se o quadro urbano das principais cidades brasileiras, notadamente a capital do país. Nesse momento histórico, a população de baixa renda aumentou consideravelmente, bem como a população infantil, e com isso a criança pobre passou a merecer discursos, reflexões e propostas de assistência em um universo em que, até então, somente as crianças das classes favorecidas economicamente recebiam (PEREIRA, 1999). As crianças consideradas insanas eram, geralmente, as pertencentes às classes sociais desfavorecidas.

Os higienistas lançaram as bases de uma medicina preocupada com o desenvolvimento da criança, não voltada para a patologia mental propriamente dita, mas para a profilaxia, bem como forneceram as bases dos cuidados morais da criança. Nessa fase, as crianças compartilhavam o mesmo espaço dos adultos nos manicômios criados em meados do século XIX, bem como não havia estudos específicos sobre as doenças

²² COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

mentais infantis nem classificações que diferenciasssem as formas e manifestações das morbidades no adulto e na criança. Os primeiros escritos em psiquiatria infantil brasileira versavam sobre a deficiência mental e, realizados por Carlos Eiras em 1900, foram intitulados *Tratamento dos idiotas*. Desde essa época, constituiu-se uma estreita relação entre a psiquiatria infantil, a deficiência mental, a psicologia e a pedagogia, representada pela associação de trabalhos, pesquisas e profissionais que veem a importância de uma atuação integrada e multiprofissional.

Durante todo o período denominado República Velha, a preocupação com a criança e os cuidados assistenciais foram oriundos principalmente de iniciativas particulares, com características filantrópicas e assistencialistas, sem intervenção ou iniciativa de peso por parte do governo e do poder público, que aplaudia a atuação dos médicos, mas não intervinha de forma sistemática. Especificamente no campo da saúde mental, identificaram-se várias iniciativas privadas, nos mesmos moldes das relacionadas com a pediatria, a higiene e o direito (RIBEIRO, 2006).

A primeira década do século XX marcou o surgimento, em torno da criança, de um campo totalmente novo de investigação científica que procurava auxiliar a vida psíquica infantil por meio da análise dos distúrbios de conduta. A psicomетria, a psiquiatria dinâmica, o juizado de menores e o movimento de higiene mental foram marcos iniciais da longa estrada que haveria de transformar o século XX no “Século da Criança”.

Autores como Àries (1981) e Gilberto Freyre (1978) nos mostraram que as primeiras preocupações acerca da criança foram a respeito da alta mortalidade, tendo sido primeiramente apropriada pelos discursos do Estado e da burguesia representados pelo movimento higienista. O estado geral de saúde das crianças fez com que a sociedade estivesse propícia a uma série de determinações e orientações médicas que extrapolaram o cuidado com a saúde e orientaram novas concepções de comportamento, de valores e até de organização familiar.

Essa ação não poderia ter sido diferente, já que a medicina se constituiu para procurar soluções em relação a tudo o que causasse doenças, buscando encontrar a cura e evitar a morte. Como nos mostrou Foucault (1978) esse exercício de saber da medicina nada mais fez do que apresentar-se como um exercício de poder, um biopoder, que pretende se apoderar por completo da vida do indivíduo, exercendo controle sobre sua intimidade e sobre sua vida psíquica. Esse poder se expandiu e os ideais médicos-higienistas passaram a integralizar as esferas da educação, da pedagogia e da psicologia.

Todos esses campos caminharam no sentido de abafar a singularidade da criança, tornando-a um adulto passivo e servil aos interesses dominantes.

Um dos primeiros elementos a ser considerado danoso foi a sexualidade, condenada e a todo custo excluída da vida infantil. Uma das principais ações do discurso médico visou excluir não só a sexualidade infantil, mas qualquer referência ao desejo. O termo “higienista” remete à higiene, cuidados com a sujeira indesejada que gera doenças orgânicas, passando a integrar o imaginário social que vai relacionar a doença mental ao organismo, ao corpo biológico, esquecendo-se de seu corpo simbólico, ou mais propriamente, excluindo-o. Somente com o advento da psicanálise e com o acento ao papel da sexualidade na constituição do psiquismo, às fantasias infantis e ao mundo imaginário que essa visão será deslocada. Ampliaremos essa discussão mais a frente.

2.3 DA REFORMA SANITÁRIA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: SEMEANDO O CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTIL

A compreensão acerca das dificuldades encontradas no campo da saúde mental infantil no Brasil fica parcializada se não forem identificados alguns elementos que constituíram este campo com suas possibilidades e dificuldades. Sendo assim, o conhecimento da estruturação das políticas públicas de saúde no Brasil é essencial para o entendimento de como está organizado o campo de saúde mental na atualidade. Para isso, faremos um breve percurso pela história da Reforma Sanitária a fim de identificar em que medida seus elementos afetaram o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, determinante para a conformação atual do referido campo.

É importante ressaltar que o movimento da Reforma Psiquiátrica foi, antes de tudo, um movimento político, o que fica muito claro nos textos produzidos pelos autores que trabalharam nesse campo. Mais além de política, o que pode se recolher desses textos é a importância de um movimento que promoveu rupturas e questionamentos diante do saber tradicional vigente até então, o saber médico psiquiátrico. Penso que por meio desse viés, suas contribuições podem ser levadas em consideração e discutidas no presente trabalho.

A noção de rede, conjunto de serviços com características comuns, é um importante conceito tanto no campo da reforma sanitária quanto no campo da reforma psiquiátrica e, por isso, o tema das redes em saúde tem atravessado o trabalho de uma

série de autores no campo da saúde coletiva e mental. Para compreendermos o processo da emergência da rede no movimento da reforma sanitária, precisamos retornar a alguns momentos que marcaram as produções teóricas no campo.

De acordo com levantamentos e achados das pesquisas dos autores Zambenedetti e Silva (2008), em 1963 houve a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual denunciou a quantidade de pessoas que estavam desassistidas, e promoveu a extensão da cobertura assistencial a esses cidadãos mediante a criação de uma rede básica de “serviços médico-sanitários”. A concepção de rede foi planejada para ser um dispositivo de “reversão” do modelo vigente até então, e surgiram campanhas para estruturação da infraestrutura de saúde por meio de serviços de saúde permanentes e descentralizados geográfica e administrativamente. A expansão dos serviços se daria a partir de uma rede básica que ofereceria uma atenção mínima e de baixo custo, operada por prioridades. Em relação ao campo da “doença mental”, a 3ª CNS apontou a necessidade de constituição de serviços ambulatoriais e praxiterápicos, pois de acordo com dados apresentados naquele momento, cerca de 22% dos casos internados em hospitais psiquiátricos no ano de 1962 poderiam ter sido evitados se existissem outras modalidades assistenciais não asilares.

Em 1964, a estratégia da política de saúde priorizou a expansão da assistência com a compra de leitos em hospitais privados, contrariando as propostas da 3ª CNS. A partir desse período, instalou-se a hegemonia do modelo médico assistencial privatista que tem entre algumas de suas características:

A cobertura da assistência previdenciária; privilégio da prática curativa, médica, individual, especializada e assistencialista; o padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde e a criação de um complexo médico-industrial. Passou a ocorrer uma ampliação da clientela assistida, mas no âmbito da previdência social, configurando uma “universalização excludente”, o que evidenciava o caráter discriminatório da política pública (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 137).

Os mesmos autores historiam que a 5ª e a 6ª CNS promoveram discussões sobre os princípios de organização de sistema, tais como descentralização, hierarquização, regionalização e níveis crescentes de complexidade. Como consequência, surgiu uma nova ideia de “sistema”, uma concepção que propõe a abrangência e regulação de todos os serviços de saúde (públicos ou privados). Foi discutida também a necessidade de expansão da assistência por meio da constituição de serviços de atenção básica, centrados na prevenção de doenças e na promoção da saúde. O conceito de rede passa a

ser definido por um conjunto de serviços complementares uns aos outros, que devem conformar um sistema, exigindo ordenação, normatização e racionalização.

Já a 7ª CNS discutiu sobre a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos, tendo realizado uma dura crítica à medicina de alto custo e à desigualdade na oferta e na qualidade da assistência pública. Denunciou-se nessa Conferência a chamada “Indústria da doença”, apontando que, aos produtores de insumos privados, o que interessava era a doença e não a saúde, pois aquela era lucrativa.

Dentre os orientadores do sistema, é importante destacar que a partir do princípio da hierarquização, acredita-se ser possível a resolução eficaz de um conjunto de problemas de saúde, pela produção de diferentes complexidades, com custos sociais escalonados por níveis de atenção, indo do mais básico até o mais específico. Nessa concepção, o problema saúde-doença fica reduzido a uma questão de organização racional do sistema de saúde, baseado na relação custo-benefício. Esse destaque ao princípio de hierarquização se deve ao fato de que essa lógica será transposta para o campo da saúde mental e isso terá implicações na sua estruturação e dinâmica de funcionamento.

Pelo caminho que fizemos até aqui, compreende-se que a disposição assistencial é correlata a uma leitura do processo saúde-doença, baseada na concepção de história natural da doença, bem como nas concepções de que existiria uma linearidade, com “início, meio e fim”, e na organização de um sistema assistencial no qual os serviços são dispostos em níveis de atenção conforme centrem sua ação na promoção/prevenção (nível primário), cura e reabilitação (níveis secundário e terciário).

Essa concepção do sistema assistencial vai começar a sofrer alterações no final da década de 1980, quando surgiram alguns movimentos sociais que buscavam a democratização do país e a melhoria das condições de saúde da população. O ano de 1986 marca esse momento, pois foi quando ocorreu a 8ª CNS em Brasília. Esse evento facilitou o crescimento do movimento sanitário, bem como ganhou representatividade via profissionais da área de saúde, usuários, políticos e lideranças populares que empreenderam uma luta pela reestruturação do sistema de saúde.

Em 1988, a Nova Constituição Brasileira incorporou essas ideias e garantiu, por dever do Estado, o direito à saúde para todo cidadão. Nesse momento, houve a criação de um sistema de acesso universal e igualitário, o Sistema Único de Saúde (SUS), que utilizava a família como unidade de ação e desenvolvia ações voltadas para sua

promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1987). Os resultados dessa ação social também foram significativos na redução dos índices de mortalidade infantil.

Com a criação do SUS, houve uma melhora significativa no perfil epidemiológico do país, pois os índices de mortalidade infantil (indicador de desenvolvimento mundial social) reduziram. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de ampliar o acesso à saúde por meio de uma política de inclusão social. O PSF tem por finalidade reafirmar os princípios básicos do SUS, trazendo como proposta a reorganização das práticas convencionais de atenção básica, antes voltadas para a doença, substituindo-as por ações de vigilância e promoção da saúde. Os princípios da promoção da saúde são: atenção aos fatores condicionantes e determinantes das patologias; melhoria da qualidade de vida dos cidadãos; participação popular nas decisões, priorizando a vulnerabilidade e o risco de adoecimento em determinada comunidade; e união dos diversos setores da sociedade nas ações (MEDRONHO, 2009). Sua base operacional é a Unidade de Saúde da Família, formada por um médico generalista ou médico da família, agentes comunitários de saúde, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Apesar de suas falhas e limitações, o SUS brasileiro é apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como exemplo para países em desenvolvimento.

A 8ª CNS conseguiu promover o desdobramento da instituição do SUS, houve também uma continuidade no modo de conceber a rede assistencial ao longo das CNS até a instituição do SUS, sendo que o princípio de hierarquização da rede assistencial não foi criticado em nenhuma das CNS, aparecendo sempre como uma proposição. Vejamos suas propostas:

O que aparece como novidade na 8ª CNS e no SUS é a proposição do conceito ampliado de saúde e do princípio de universalização do acesso e integralidade da assistência. Esse processo de reorganização da assistência à saúde, que tem no SUS uma de suas expressões, ficou conhecido como reforma sanitária, sendo que a ele articulou-se outro processo, o da reforma psiquiátrica brasileira (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 140).

O movimento da Reforma Psiquiátrica é frequentemente abordado nos trabalhos daqueles que atuam no campo da saúde mental. Essa surgiu como um movimento de substituição dos manicômios fechados a partir do período Pós-Segunda Grande Guerra. Nesse momento histórico novos paradigmas institucionais foram inventados para transformar a inquietação vigente na época, decorrente da observação das condições inumanas de vida dos loucos nos equipamentos de saúde, verdadeiros locais de

contenção e promotores da cronificação da loucura (AMARANTE, 1995). As principais contribuições para a construção desses novos paradigmas foram realizadas na Inglaterra por Cooper, que propôs as Comunidades Terapêuticas; na Itália, por Basaglia, com a Psiquiatria Democrática; e na França, por Oury, com a Psicoterapia Institucional. Essas concepções contribuíram para uma proposta de um tratamento humanizado à loucura, buscando deslocar o louco como um objeto de estudo de determinada ciência que justificava sua exclusão para o de sujeito de sua própria história, reinserido no contexto social (HERMANN, 2008).

No final da década de 1970, foi constituído no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse grupo realizou denúncias contra a “indústria da loucura”, salientando as violências asilares, bem como as condições de trabalho adversas dentro das instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1995). As reivindicações do MTSM foram incorporadas ao movimento sanitário, assim a luta de ambos era comum. As políticas de saúde mental do início até meados da década de 1980 acoplam-se ao projeto de reforma sanitária e são constituídas dentro dos planos do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) e das Ações Integradas em Saúde (AIS), conquistas do movimento sanitário.

O Movimento da Luta Antimanicomial, influenciado pelo movimento da psiquiatria democrática italiana, pressupõe uma série de rupturas em relação ao discurso médico-psiquiátrico vigente. Heidrich (2007), em sua tese intitulada *Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*, afirma que a experiência italiana de reforma psiquiátrica tem sido apontada como modelo ou inspiração para o processo brasileiro. A principal crítica da psiquiatria democrática italiana é que na psiquiatria preventiva o saber médico-psiquiátrico não é colocado em questão. Assim, para analisar o manicômio e a psiquiatria, a experiência italiana levou em consideração as relações de exploração e opressão presentes na sociedade.

Tratava-se de um novo paradigma de atenção. Os projetos de soluções para os problemas passam da perspectiva médico-biologicista para uma nova orientação alicerçada no paradigma da complexidade biopsicossocial. A base da proposta italiana partiu do pressuposto de que as

condições de existência determinam configurações sociais de vida e de que o problema da relação médico-paciente tem o significado da natureza das

relações inter-humanas presentes na sociedade (BARROS, 1994²³ apud HEIDRICH, 2007, p. 46).

Dessa forma, o objetivo passou a ser a superação do reformismo psiquiátrico por meio da recusa ao mandato terapêutico psiquiátrico e do questionamento do conceito de saúde mental, já que na perspectiva médico-biologicista busca-se a eliminação de sintomas nos processos de produção de vida, de sociabilidade e de sentido. O viés de compreensão passa para uma concepção de que o sujeito sofre em relação ao corpo social, ou seja, a expressão de sua psicopatologia se relaciona a uma montagem inter-relacional e não individual. Nessa concepção, a saúde deixa de ser ausência de doença, podendo ser produzida na pessoa que tem uma existência atravessada pela psicose (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

A Reforma Psiquiátrica aponta para a necessidade de constituição de uma rede extra-hospitalar ou complementar ao hospital psiquiátrico, com serviços intermediários (anteriores à internação), hierarquizados e regionalizados, seguindo os princípios do movimento da Reforma Sanitária. O incentivo à multiprofissionalidade foi, por exemplo, um dos pontos de entrada da psicologia na saúde pública. A Reforma Psiquiátrica pressupunha que o incremento de serviços extra-hospitalares, funcionando em uma lógica preventiva, reduziria o número de internações em hospitais psiquiátricos. Dessa forma, defende a extinção do hospital psiquiátrico e sua substituição por uma “rede de atenção em saúde mental” ou “rede substitutiva”. Já a noção de “rede complementar” é pautada na implantação de ambulatórios, ou seja, é algo que soma ao já existente e não o exclui.

Em alguns Estados, como São Paulo e Rio Grande do Sul, houve implantação de equipes de saúde mental na atenção básica, seguindo o referencial da psiquiatria preventiva norte-americana. Nesse referencial aponta-se como necessário prevenir e detectar a doença precocemente para evitar seu agravamento. Essa concepção gerou uma série de suposições infundadas a respeito do que seria um indicador de possível manifestação futura de doença mental. Foram distribuídos questionários à população norte-americana, cujas respostas eram ‘sim’ ou ‘não’, e a partir da análise dos resultados as pessoas eram visitadas pelas equipes de saúde mental (HEIDRICH, 2007). A autora explica que os pressupostos teóricos em questão eram os do “Modelo da História

²³ BARROS, Denise. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos/Edusp, 1994.

Natural da Doença” os quais sustentam que para o surgimento das doenças, deve haver um agente patogênico associado ao hospedeiro, no caso o homem, em um meio ambiente com certas características. Disso decorre que a intervenção só poderia ser no agente causador, ou modificando-se o hospedeiro ou manipulando-se o ambiente. A partir dessa forma de compreensão do modelo de intervenção foi que se elaboraram três níveis de prevenção: primária (visava promoção e prevenção da saúde mental), secundária (diagnosticar precocemente as enfermidades e proporcionar tratamento ágil) e terciária (criação de estratégias de reabilitação psicossocial).

Como aponta Roudinesco (1999), na medicina científica, na qual se baseia a psiquiatria preventiva norte-americana, a eficácia apoia-se no modelo sinais-diagnóstico-tratamento. Constatam-se os sintomas, dá-se um nome à doença e se administra um tratamento. O doente fica então “curado” do mecanismo biológico da doença. Ao contrário das medicinas tradicionais, para as quais a alma e o corpo formam uma totalidade incluída numa cosmogonia, a medicina científica repousa numa separação entre esses dois campos.

No “Modelo da História Natural da Doença” adotam-se referenciais biologizantes para tratar dos problemas mentais, tais como a noção de detecção precoce da doença, tratamento para evitar agravamento e agente patogênico localizado no ambiente, revelando uma transposição pura e simples do biológico para o mental, que deixa de ser mental e passa a ser cerebral. O destino do homem é limitado a seu ser biológico. Nessa concepção não há interesse pela história do sujeito, já que se resume a perguntas com respostas “sim” ou “não”, mas apenas na sintomatologia do doente, transformando a pessoa no objeto de sua doença.

Nada é mais destrutivo para o sujeito que ser reduzido a seu sistema físico-químico, e nada lhe é mais humilhante para esse mesmo sujeito que ver seu sofrimento íntimo rebaixado à falsa diferença de uma origem étnica (ROUDINESCO, 1999, p. 51).

Assim, a autora defende que, no que se relaciona ao psiquismo, os sintomas não se reportam a uma única doença e esta não é precisamente uma doença, no sentido somático, mas um estado. Por isso, a cura passaria por uma transformação existencial do sujeito e não pelo uso de medicamentos.

Ocorre que o preventivismo serviu de inspiração para várias experiências de desinstitucionalização, tendo sido uma diretriz da maioria das iniciativas oficiais que serviram de modelo para o Brasil, porém, na prática, as estratégias da reforma psiquiátrica erigidas sob o modelo preventivista logo demonstraram suas fragilidades e

a incapacidade de efetivarem um processo de desospitalização (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Os autores explicam que os ambulatórios passaram a serem os equipamentos “intermediários” entre atenção básica e internação, funcionando em uma lógica sintomatológica e biomédica como trampolins para a internação a cada episódio de crise ou intensificação dos sintomas. As equipes de saúde mental na atenção básica acabaram selecionando uma clientela distinta daquela que tinha como destino a internação, atendendo a uma nova demanda a partir da oferta de atividades com grupo de pais, gestantes etc. Assim, houve uma expansão da cobertura assistencial e a assistência em saúde mental a partir de uma rede hierarquizada de serviços que acabaram por não produzir, por meio da prática, uma mudança no campo na maneira de pensar e conceber a doença mental.

No final da década de 1980, as diversas propostas teóricas e epistemológicas a respeito da reforma brasileira promoveram novas concepções assistenciais, tais como a diversificação das ofertas de serviços e ações em saúde mental e a instalação da “rede de atenção em saúde mental”. Essa rede visava articular possibilidades de trabalho, moradia, circulação pela cidade, lazer e cultura. As asserções procuravam responder às complexidades que permeavam o tratamento desses indivíduos, buscando articulações intersetoriais. Surge a concepção de dispositivo, que seria um Centro de Saúde Mental, com serviços dispostos territorializadamente para atender um número delimitado de habitantes em qualquer situação relacionada a sofrimento psíquico, 24 horas por dia, nos sete dias da semana. A atenção integral requer

um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada de variadas dimensões da vida do indivíduo. Em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção: educativo, assistencial e reabilitação (BRASIL, 1994, p. 7).

Procura-se incluir na rede de serviços a busca por dispositivos que deem conta de tratar as relações de sociabilidade e de subjetividade do paciente. Dessa forma, a Lei estadual nº 9.716/1992 propõe que sejam os ambulatórios, as emergências psiquiátricas em hospitais gerais, os leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, os hospitais-dia, os hospitais-noite, os centros de convivência, os centros comunitários, os centros de atenção psicossocial, os centros residenciais de cuidados intensivos, os lares abrigados, as pensões públicas comunitárias e as oficinas de atividades construtivas e similares.

Essas opções de serviços e ações estavam em consonância com a vertente desinstitucionalizante, mas passarão a ser organizadamente adequados à lógica do SUS,

que, retomando, está baseada nos pressupostos de organização, pautados num viés biomédico e racionalizador que dão suporte a princípios como o de hierarquização. Essa seria a principal crítica que emerge atualmente no contexto da saúde mental em relação a esse princípio (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Já nos anos 2000, consolida-se a política de serviços destinados a categorias específicas de transtornos mentais e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) passam a ser assim definidos:

- CAPS I, II e III: portadores de sofrimento psíquico grave (esquizofrenias e neuroses graves);
- CAPSi: infância e adolescência com transtornos severos e persistentes (como o autismo). O CAPSi Pequeno Hans foi inaugurado em 29/09/1998, no Rio de Janeiro, sendo o primeiro CAPSi do Brasil. Permanece em funcionamento até a presente data.
- CAPSad para alcoolistas e drogados.

De acordo com os autores acima citados, diferentemente do que especificava a proposta italiana (um serviço por região para atender “todos” os casos da saúde mental, 24 horas por dia, nos sete dias da semana), acabou havendo uma compartimentalização do campo da saúde mental. O acesso ficou garantido pelo diagnóstico psiquiátrico, o que exclui a parcela da população que não se encaixa nesse perfil e garante o acesso aos serviços mediante uma marca, representada por diagnósticos carregados social e historicamente por estigma e discriminação. Isso equivale dizer que apesar de ser um importante passo, a expansão dos CAPS não garante o acesso ao tratamento em saúde mental.

Uma rede só se tornaria efetivamente substitutiva – e não apenas complementar ao hospital psiquiátrico – se os CAPS pudessem se articular a uma rede diversificada de serviços e ações tanto com uma equipe multidisciplinar no próprio centro quanto em outros equipamentos capazes de trabalhar em conjunto e responder às diversas necessidades do paciente, tal como atendimento psiquiátrico, médico, psicológico, fonoaudiológico, de assistência social, ocupacional etc.

Identifica-se, assim, uma continuidade histórica em relação à constituição da rede no processo de reforma sanitária, na qual foram preservados os princípios de organização da rede ao longo de todas as Conferências Nacionais de Saúde até a instituição do SUS, em 1990, bem como também foi preservado o modelo preventivista. Nesse, a rede é complementar ao hospital psiquiátrico e disposta segundo os princípios

de organização do sistema de saúde denominados hierarquização e regionalização, princípios também presentes na Reforma Sanitária e no SUS. Ao passo que a passagem do modelo preventivista para o modelo desinstitucionalizante, na segunda metade da década de 1980, é necessariamente marcada pela descontinuidade no processo da Reforma Psiquiátrica. No modelo desinstitucionalizante, a rede tem caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico e os serviços propostos incorporam em suas ações todos os graus de complexidade, o que dificulta sua adequação aos diferentes níveis hierárquicos que compõem o SUS (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Atualmente, a noção de rede de atenção em saúde mental trata de uma interface de dois campos distintos e complementares. Um deles é o SUS, que visa à criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, seguindo os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. O outro é composto pelas novas propostas do movimento da reforma psiquiátrica que, como vimos, prevê a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por redes de atenção em saúde mental.

Os autores concluem que o chamado princípio de hierarquização atravessou a organização das redes de ações e serviços do SUS, o que possibilitou um planejamento racional do sistema ao mesmo tempo em que promoveu a fragmentação, a burocratização e a dificuldade de acesso ao mesmo. É justamente o princípio de hierarquização que promove a incorporação dos serviços de saúde mental à rede de saúde como primários, secundários ou terciários, acabando por dificultar o acesso aos serviços e levando à classificação de “crises e tipos de crises”.

Já a proposta dos CAPS é a de que o mesmo serviço atue em diferentes níveis: da prevenção e atuação no território até a atenção à crise. Trata-se de uma concepção de atendimento oposta à lógica de classificação oferecida pelo SUS, tradicionalmente verticalizada, hierarquizada e compartimentalizada por níveis de complexidade, segundo os quais os trabalhos se adequariam. Assim, o princípio de hierarquização associado ao mecanismo de referência e contra-referência promove uma “assistência partida”, ou seja, uma destituição de vínculos entre usuários e profissionais (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Instala-se assim a chamada pelos autores de “Empurroterapia”, na qual os efeitos da destituição de vínculos são ainda maiores para pacientes em sofrimento psíquico grave, já que a crise ou a exacerbação de sintomas pode implicar no encaminhamento para outro serviço (pessoas e local estranhos ao usuário).

Dessa forma, se esvaziaria a possibilidade de produção de diferença na situação de crise, podendo dar aos serviços substitutivos o *status* de complementares – e não realmente substitutivos. Esse seria um dos aspectos de maior fragilidade no contexto da reforma, no qual um serviço substitutivo é implementado, mas sem constituição de uma rede integrada de serviços e ações em saúde mental, como vemos na constatação de (DIMENSTEIN, 2007, p. 27):

Ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutive, em que o trânsito dos usuários seja facilitado e estes sejam acolhidos em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas.

Quem trabalha nesse campo pode identificar a verdade dessas palavras.

No âmbito da saúde mental, pode-se considerar que houve avanços na implantação dos serviços substitutivos, na diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e na reversão do financiamento do modelo assistencial. No entanto, o avanço do processo de reforma psiquiátrica traz novos problemas para o campo da atenção em saúde mental, como efeitos da adequação dos serviços e ações em saúde mental à lógica do SUS.

Depreende-se que o que atualmente chamamos de rede de saúde mental não é resultado de um único modelo teórico e assistencial, mas sim de um acoplamento de vários. A instituição psiquiátrica no Brasil é constituída não apenas pelo hospital psiquiátrico de ambulatório, emergência e internação, mas também pelos CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Convivência (CECOS), residências terapêuticas, acompanhamento terapêutico e outros serviços que correspondam à atenção psicossocial. A explicitação da coexistência desses diferentes modelos nos ajuda a compreender os problemas hoje debatidos em relação à dificuldade de efetivação de uma rede integrada de ações e serviços de saúde mental no âmbito do SUS, assim como apontam a necessidade de maior debate sobre as implicações desses modelos.

A despeito de toda essa revolução no campo da saúde mental, ainda é preciso denunciar a crise que a psiquiatria atravessa à medida que vem se tornando cada vez mais, com certa setorização autoritária, um tipo de polícia da saúde mental, promovendo o retorno a um exagerado higienismo e a uma ordem moral bastante conservadora e conformista, bem como uma lógica tecnocrática de gestão da saúde que privilegia o consumo sempre maior de medicamentos psicotrópicos, e isso em quaisquer que sejam os governos (JAPIASSU, 2009).

Veremos a seguir como o campo da saúde mental infantil colheu essas sementes plantadas ao longo do processo histórico da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica.

2.4 A SAÚDE MENTAL INFANTIL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Acompanhamos até aqui que, historicamente, as ações dirigidas às crianças resultaram na construção de um modelo de assistência que tende à institucionalização e em uma concepção segmentada e não integradora no campo da saúde mental infantil. As propostas do movimento higienista, inspiradas em concepções de ordem normativo-jurídicas, promoveram um conjunto de medidas que expandiu a oferta de instituições fechadas para o cuidado de crianças, em sua maioria sob a tutela das organizações filantrópicas. O resultado desse processo foi a institucionalização do cuidado e a criminalização da infância pobre, ou seja, as crianças que cometiam atos inadequados perante a sociedade eram consideradas delinquentes ao invés de seus comportamentos serem compreendidos como resultantes de condições emocionais adversas, gerando um quadro de desassistência e abandono, como aponta o Ministério da Saúde: as crianças “transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de puro desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado” (BRASIL, 2005, p. 8). No entanto, o movimento da Reforma Sanitária

sedimentada com a construção do SUS, e o reconhecimento da criança e do adolescente como *sujeitos*²⁴ de direitos e responsabilidades pela promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, redefiniram a posição do Estado em relação à assistência e à elaboração de políticas públicas voltadas a tal população (REIS et al., 2010²⁵ apud DELFINI; REIS, 2012, p. 357).

Destaca-se, nessa citação, que o termo “sujeito” não trata do sujeito como referido pela psicanálise, o que muitas vezes gera algumas confusões e misturas de conceitos e de propostas. Quando os trabalhos do campo da saúde mental se referem a sujeito, trata-se do sujeito como cidadão de direitos e deveres – a menos que o trabalho em questão evidencie a diferença e o particularize assim como o faz o campo psicanalítico. Voltaremos a abordar essa complexa questão mais a frente.

²⁴ Grifo nosso.

²⁵ REIS, A. O. A et al. Breve história da saúde mental infanto-juvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO E.; TANAKA O. Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 109-130.

Já em outra passagem da própria publicação de 2005, do Ministério da Saúde, afirma-se que se deve tomar a criança como responsável “por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma” (BRASIL, 2005, p. 11) e segue explicando que nessa concepção tomar a criança como sujeito implica em reconhecer sua singularidade, o que impede que o cuidado dispensado seja homogêneo, massivo e indiferenciado.

Não se tomará o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra, o que implica que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovem (pais, familiares, professores etc.) sejam ouvidas como demandas desses sujeitos que as formulam. É preciso, pois, dar voz e escuta às crianças e aos jovens dos quais se trata [...] é preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa (BRASIL, 2005, p. 11-12).

Dessa forma, essa concepção admite que o único modo de se garantir a não reprodução no cuidado do ato de discursar sobre a criança e de saber o que é o melhor para ela é justamente respeitando essa subjetividade. Veremos no próximo subcapítulo como esse trabalho com a subjetividade nas instituições do campo da saúde mental passará a se articular com a psicanálise no Brasil.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2005), 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais, sendo que se considera que de 3% a 4% destes precisam de tratamento intensivo. Foi identificada a presença mais frequente de deficiência mental, psicose infantil, transtornos de ansiedade e autismo dentre os diagnósticos. Esses dados revelam que o setor público precisa dar atenção especial a essa condição, especialmente com o histórico brasileiro marcado pela “ausência de uma política de saúde mental voltada para esse público, e que tem tido como consequência mais trágica o tratamento ausente ou inadequado de crianças e adolescentes” (BRASIL, 2005, p. 5).

Muitos autores destacam a marcada defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). A pobreza, ou até mesmo a ausência de políticas oficiais de saúde mental infantil e juvenil, é apontada como um dos fatores que promovem essa condição, já que as políticas existentes estão relacionadas aos problemas da população adulta. Já o atendimento a crianças requer especificidades, tais como diferentes estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços.

Como dissemos, as agendas das políticas de saúde nacionais e internacionais promoveram a inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil. O trabalho de Couto, Duarte e Delgado (2008) buscou identificar alguns importantes fatores que produziram essa situação, dentre eles está a vasta gama de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência, que vão desde transtornos globais do desenvolvimento até os chamados transtornos de conduta, depressão, transtornos de ansiedade, uso abusivo de substâncias etc. Além da variável que se refere à incidência ou eclosão dos sintomas ou distúrbios nos diferentes períodos da infância ou adolescência. Identifica-se, assim, que a complexidade da avaliação diagnóstica e situacional é determinante para se estabelecerem estratégias públicas de tratamento.

Outro ponto identificado pelos os referidos autores relaciona-se ao reconhecimento de que a frequência, a persistência, o prejuízo funcional e as consequências na vida adulta estão associados aos transtornos mentais da infância e adolescência. Os estudos na área médica reportam a existência de uma alta taxa de correlação entre transtornos psiquiátricos diagnosticados em adultos e presença de sintomas no início da infância ou juventude, no entanto, os estudos específicos sobre a infância são esparsos ao serem comparados com os de adultos. Autores contemporâneos observam que ainda existe um hiato importante a ser recoberto quanto ao desenvolvimento de modalidades de intervenção para o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes que se apliquem a diferentes contextos (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Foi a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica que os cuidados em saúde mental infanto-juvenil desenvolveram-se em diversos serviços de saúde, como atenção básica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), ambulatórios e hospitais gerais, que articulados a uma rede intersetorial têm como maior meta a inclusão social de seus usuários. O CAPSi, serviço de atenção diária voltado a crianças e adolescentes com grave comprometimento psíquico, é tido como a principal estratégia vigente na atualidade do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são as unidades de base da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e não se limitam a serviços técnicos de saúde mental. Sua concepção os define como um serviço de base territorial, que se articula e se enlaça à comunidade em vários níveis [...] os CAPS criam uma nova forma, inédita, de cuidar dos doentes mentais, que não existia antes [...] quando aplicados à infância e adolescência, o que só ocorreu há muito pouco tempo na história da RPB [...] os CAPS recebem

este “I” final em sua sigla, tornando-se CAPSI (SANTOS; ELIA, 2005, p. 109).

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2005) revelam que a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores públicos (visando a cobertura de problemas mais frequentes que envolvem prejuízos mais pontuais) são as bases da saúde mental pública para crianças e adolescentes.

A noção que embasa a montagem de recursos é a de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil e juvenil, onde devem estar articulados serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, capazes de responder pelas diferentes problemáticas envolvidas na saúde mental de crianças e jovens (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 392).

Em 2002, foi feita a proposta dos CAPSi erigida sob os mesmos princípios que orientam os CAPS no país. Estes se caracterizam por serem serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS, com a função de prover atenção à saúde mental baseados na integralidade do cuidado (BRASIL, 2002a). Os CAPSi foram planejados inicialmente para as cidades com 200 mil habitantes ou mais, objetivando o atendimento de casos de maior gravidade, bem como ordenar a demanda em saúde mental infantil e juvenil em seu território de abrangência. São estruturados a partir de equipes multiprofissionais, que contêm no mínimo um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior, que podem ser psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou pedagogo, e cinco profissionais de nível médio.

Os CAPSi responsabilizam-se pelo atendimento regular de um número limitado de pacientes e suas famílias, em regimes diferenciados de tratamento, segundo as necessidades de cada caso (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), desenvolvendo atividades terapêuticas diferenciadas (BRASIL, 2002a). Os casos de autistas, psicóticos e as problemáticas relacionadas a prejuízos psicossociais severos (em socialização, inclusão escolar, familiar/comunitária etc.) são prioritários.

Não é de vasto conhecimento que os CAPSi são também encarregados de desenvolver ações para conhecimento e organização das diferentes demandas relativas à saúde mental da infância e adolescência no território sob sua responsabilidade. Autores

como Monteiro (2012) identificaram por meio de pesquisa de campo que a população, de forma geral, não tem conhecimento dos serviços prestados por entidades de saúde mental, como o CAPS ou hospitais-dia, ou até mesmo a respeito dos hospitais psiquiátricos, nem ao menos sobre o seu papel na procura de melhorias para pessoas com sofrimento psíquico. No entanto, é função do CAPSi atuar junto a escolas, conselhos tutelares, abrigos, postos de saúde e outros, por intermédio de reuniões regulares e/ou outras estratégias pertinentes. Infelizmente, a expansão da rede CAPSi está aquém da necessária e constitui um importante desafio a ser enfrentado (BRASIL, 2006).

Os CAPSi são a principal ação brasileira porque respondem à necessidade de ampliação de acesso ao tratamento para casos que até então estavam fora do sistema formal de saúde mental – como casos de autismo – e, ao mesmo tempo, visam a melhorias no conhecimento clínico, epidemiológico e sobre organização de serviços no campo da saúde mental infantil e juvenil. Vale ressaltar que a montagem de serviços multiprofissionais, de base comunitária, e mais especializados para tratamento de jovens com múltiplas e complexas necessidades decorrentes de transtornos mentais vem sendo reafirmada internacionalmente (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 396).

Os princípios que regem a política nacional de saúde mental infanto-juvenil são o “acolhimento universal”, o que significa que toda a demanda dirigida ao serviço de saúde do território deve ser acolhida, ouvida e respondida; o “encaminhamento implicado”, no qual o encaminhador se inclui no encaminhamento e se responsabiliza por ele; a “construção permanente de rede”, que situa para fora e para além dos limites da instituição as possibilidades de enlaçamento do paciente e que implica a noção de “território”, que se trata de um campo que ultrapassa os recortes regionais e geográficos e inclui a casa, a escola, a igreja, o clube, enfim todos os lugares de circulação, ou seja, o território é o lugar psicossocial desse paciente. E, por fim, o princípio da “intersetorialidade na ação do cuidado”, que inclui intervenções junto a todos os equipamentos ou agências sociais não clínicas que atravessam a vida das crianças e jovens. Busca-se, assim, destituir do lugar de referência e de modelo de cuidado e assistência as instituições baseadas na ideologia do reparo, de caráter excludente e isolacionista como podemos verificar na indicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 14).

Os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a

qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro.

No entanto, o percentual de 7% de CAPSi em relação à totalidade dos CAPS (todas as tipologias) em funcionamento no país se manteve inalterado ao longo dos anos de 2002 a 2007 (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Ressalta-se que o principal problema brasileiro parece residir na presença desarticulada de serviços públicos para infância e adolescência, e não na ausência absoluta de recursos. O desafio central está relacionado ao fundamento intersetorial do sistema de cuidados, bem como à necessidade de integração e articulação efetivas entre os diferentes serviços e programas existentes com as ações de saúde mental.

Nas cidades onde não há implementação de CAPSi, a orientação atual da política indica que a cobertura para tratamento de crianças e adolescentes seja executada pelos CAPS I, II, III e AD ou pelos ambulatorios de saúde mental e/ou outros recursos intersetoriais existentes. Por isso, o sistema de cuidados preconizado no momento atual da política de saúde mental infantil e juvenil brasileira tem como componente central justamente a articulação entre serviços de diferentes setores. Pesquisas realizadas nos próprios CAPSi identificaram que a acessibilidade ao serviço especializado ainda é muito difícil, destacando-se os seguintes fatores:

A sobrecarga desses serviços, a dificuldade de acesso direto e a barreira criada pelos serviços de atenção básica que, por muitas vezes, não estão preparados para diagnosticar e encaminhar esses pacientes ao serviço de saúde mental (MONTEIRO, 2012, p. 526).

Essa afirmação demonstra mais uma vez que a lógica médica de diagnosticar e encaminhar não funciona quando transportada para o campo da chamada saúde mental. Delfini e Reis (2012) apontam que faz parte do cotidiano dos serviços a lógica do encaminhamento e da desresponsabilização, bem como a hegemonia do modelo biomédico e a consequente fragmentação dos cuidados. Dessa forma, na análise dos autores, os próprios profissionais do campo acabam por limitar e empobrecer as possibilidades de tratamento. Consideram também que a falta de recursos humanos, a cobrança por produtividade e a ausência de capacitação dos profissionais para trabalhar com saúde mental configuram-se ainda como obstáculos para a efetiva articulação entre os serviços.

Para Monteiro (2012), a atenção básica deveria ser a porta de entrada do usuário a serviços mais especializados como o CAPSi, no entanto os familiares encontram dificuldades, pois os profissionais não direcionam nem atuam na terapêutica das crianças ou adolescentes de forma adequada. Mesmo quando a família consegue acesso ao serviço especializado, apenas esse recurso não se configura suficiente, pois o CAPSi, até o momento, ainda é carente nessa abordagem mais ampliada, o que dificulta o tratamento das crianças e adolescentes.

Essa conclusão a que chegam os pesquisadores do campo da saúde mental se alinha à concepção de Brauer (2003) de que esses casos acabam ficando à margem dos tratamentos e mesmo do convívio social e, portanto, para que essa clínica funcione é necessário mais do que inserir a mãe nos atendimentos, mas criar um espaço de tratamento para as estas, assim como também propõe a presente pesquisa.

Em função das dificuldades de acesso aos equipamentos adequados do sistema público de saúde, apontadas acima, e em função também da demanda ser maior do que os equipamentos podem suportar, algumas famílias procuram por outros recursos na comunidade para tratar de seus filhos, tais como as clínicas-escola. Além disso, o próprio Ministério da Saúde afirma que no campo da saúde mental é fundamental que a rede seja pautada na intersetorialidade e na corresponsabilidade e preconiza:

Toda e qualquer ação voltada para a saúde mental de crianças e jovens precisa estabelecer parcerias com outras políticas públicas, como ação social, educação, cultura, esportes, direitos humanos e justiça. Não podemos também deixar de estabelecer interfaces com setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que prestam relevante atendimento nessa área (BRASIL, 2005, p. 6).

No entanto, as clínicas-escola ou institutos de saúde universitários, tal como o campo de pesquisa da presente tese, acabam sendo uma alternativa muito procurada pela comunidade. Tratam-se de locais que fornecem atendimento gratuito, ou de baixíssimo custo, e que oferecem um trabalho que para o imaginário social é desempenhado pelos “doutores” na área, posto que se trata de um ambiente acadêmico.

Passaremos agora a algumas considerações sobre o atravessamento do discurso psicanalítico das instituições de saúde mental infantil, presença esta que no Brasil foi facilitada justamente pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

2.5 INCIDÊNCIAS DA PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL INFANTIL

Passaremos a acompanhar, neste momento, como a psicanálise foi se aproximando e incidindo sobre o campo da saúde mental infantil, transformando as possibilidades de intervenções.

O paradigma da desinstitucionalização que norteou a reforma representou não apenas uma crítica à instituição asilar, onde os direitos mais elementares dos loucos não eram respeitados, mas à própria instituição da clínica psiquiátrica que fundamentou e sustentou, calcada na ciência tradicional, as práticas excludentes. O movimento da Reforma Psiquiátrica colocou em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no campo da saúde mental, o que fez com que a atenção se voltasse para o que outros saberes poderiam lhe oferecer de contribuições, particularmente a psicanálise.

Nesse momento, o campo tornou-se multidisciplinar, heterogêneo e plural, com diversos saberes e práticas envolvidos. As novas concepções sobre o homem possibilitaram a mudança de paradigma do modelo assistencial de doença mental para saúde mental, que privilegia o trabalho sobre a saúde e a prevenção em detrimento da doença. Foi justamente essa ação que promoveu não só a ampliação do campo de incidência da prática psicanalítica, como também a divulgação para outros campos do saber da concepção de que os sintomas, sejam eles quais forem, precisam ser escutados e não excluídos ou “desaparecidos”. Assim, identificam-se alguns ganhos para o campo da saúde mental a partir das contribuições psicanalíticas.

É possível reconhecer que a reformulação da assistência pública quanto à saúde mental infanto-juvenil foi marcada por uma dimensão política na organização da assistência, mas também foi atravessada pela clínica e pela presença de uma proposta que buscava trabalhar com a subjetividade recorrendo ao saber psicanalítico.

Esse diálogo foi promovido a partir do posicionamento da psicanálise que, assim como os ideais da reforma, não compactua com a exclusão e o silenciamento da loucura. Ambos os movimentos “representaram um esforço no sentido de conferir e de validar a fala do louco” (SOARES, 2007, p. 51). A psicanálise acabou exercendo de forma direta ou indireta influência em inúmeras práticas da Reforma Psiquiátrica, inclusive nas mais variadas experiências reunidas sob a denominação de psicoterapia institucional. No entanto, este texto não pretende localizar essas influências, mas, sim, reconhecer alguns

pontos de inserção da psicanálise lacaniana no campo da saúde mental infanto-juvenil brasileira.

A partir da última década do século XX, os psicanalistas, principalmente de orientação lacaniana, demonstraram interesse crescente pelo trabalho nas instituições de assistência em saúde. Os psicanalistas procuraram, assim, inserir o discurso analítico, em especial nas instituições de saúde mental. No Brasil, como foi possível acompanhar até este ponto do texto, o campo da saúde mental nasce marcado pelas referências às dimensões política e clínica. Uma das primeiras discussões que se desenvolveram após a unanimidade da crítica inicial ao manicômio foi a respeito do propósito das novas práticas, se clínicas ou político sociais.

Em uma retrospectiva histórica, considera-se que, primeiramente, a dimensão política assumiu a frente desse movimento por meio do combate ao caráter segregador do modelo manicomial e da luta pela cidadania do louco. Rinaldi (2005) identifica que o campo da saúde mental passa a usar com certa constância as concepções de escuta, sujeito e clínica pautadas nas contribuições psicanalíticas. Ela explica que a escuta foi associada à noção de cuidado, perdendo sua referência a seu conceito original de escuta do inconsciente. Já o termo sujeito foi articulado à noção de cidadania e a clínica, resignificada e adjetivada como clínica ampliada ou do cotidiano. A “resignificação da clínica operada pela reforma – como clínica ampliada, clínica do cotidiano ou clínica do sujeito – responderia às diversas tentativas de articular essas duas dimensões” (RINALDI, 2005, p. 89-90).

Essas concepções acentuam uma tensão entre clínica e política, reeditando as oposições entre, por um lado, o individual, o particular e o privado, e, por outro, o coletivo, o universal e o político. Entende-se que a importância assumida pela dimensão política ofuscou as questões clínicas que diziam respeito ao sujeito, já que o paradigma da desinstitucionalização se apoiava na proposta italiana, que tem “por objetivo a recuperação da autonomia e do poder de contratualidade dos sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico” (RINALDI, 2005, p. 90), o que resultou na valorização do dispositivo de atenção psicossocial.

A esse respeito encontramos posturas que privilegiam uma dimensão ou outra, desde aquelas que enfatizam a importância de dissolver a oposição entre clínica e política, ressaltando a sua articulação ao cuidado na rede de saúde mental; até aquelas que trabalham com as duas dimensões e a importância de manter uma tensão entre elas, “tornando evidentes as diferenças entre duas propostas de intervenção – a atenção

psicossocial e a clínica do sujeito fundamentada na psicanálise – sem, contudo opô-las” (TENÓRIO, 2002²⁶ apud RINALDI, 2005, p. 91).

Identifica-se que a proposta da reforma psiquiátrica, como resposta e agenciamentos sociais, permitiu deslocar legitimamente a questão – a clínica é uma ação social, e as ações sociais visam dar ao louco outro lugar na *pólis* que, certamente, não podem prescindir de uma prática de cuidados junto aos sujeitos assistidos, mas também não devem obscurecer o fato de que a clínica no sentido estrito e a atenção psicossocial não são a mesma coisa.

A partir das contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental, observa-se a diferença entre as ações engendradas pela ética da reforma psiquiátrica, uma ética dos cuidados, e o que se opera a partir de uma posição psicanalítica. Lerner (2006), em sua análise das instituições de saúde mental no Brasil, identificou que em algumas situações os profissionais do campo acabam por assumir uma posição de compensação das “insuficiências” de cuidados e assistência aos pacientes em função tanto das carências identificadas quanto daquilo que supõem ser de sua responsabilidade profissional. Indagamos como essa posição teria a ver com os tratamentos dos mesmos ao acompanharmos as propostas psicanalíticas.

A posição psicanalítica não se opõe ao cuidar, antes, pelo contrário, reafirma sua importância diante de casos graves e autoriza os psicanalistas a engajarem-se decididamente nas instituições que os promovem. Procura, ainda, fazer comparecer nas práticas de cuidado uma reflexão sobre a dificuldade especial de realização do sujeito e oferecer condições mais favoráveis para pacientes graves, na dependência do seu ato, de seu caminho no laço social. Como defendem Rinaldi e Bursztyn (2008, p. 34), atenção psicossocial e clínica do sujeito não são de fato a mesma coisa. Há de se considerar que o campo da atenção psicossocial é atualmente marcado por diferentes orientações,

desde aquelas que, oriundas da psiquiatria democrática italiana, privilegiam a dimensão política propondo uma supressão da clínica em prol do cuidado, até aquelas que retomam a clínica, seja incorporando os procedimentos de atenção psicossocial passando a designá-la como clínica ampliada, seja como clínica do sujeito, em que se faz notar a presença do discurso psicanalítico.

Assim, o discurso psicanalítico contribui para os dispositivos clínicos que hoje se desenvolvem nos novos serviços de atenção psicossocial. Por isso pode tornar a atenção

²⁶ TENÓRIO, F. Psicanálise e reforma psiquiátrica – um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org). **Psicanálise, pesquisa e clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2002.

psicossocial possível, desde que se evitem os riscos: de impor ao paciente os ideais de funcionamento aos quais, muitas vezes, não podem corresponder; bem como de acreditar que o bem-estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo.

É preciso ressaltar que há, para além da diferença, uma tensão entre a clínica psicanalítica do sujeito e a terapêutica da atenção psicossocial, tensão que advém do fato de que a reforma psiquiátrica é um movimento humanista de inclusão de um grupo social. Tudo parece se passar, pois, como se a dimensão clínica ficasse apartada ou não fosse privilegiada no campo das instituições de saúde mental prevalecendo o caráter de inserção ou adaptação social – nada mais distante da posição transmitida pelo legado de Freud e Lacan. Contudo, a reforma interessa à psicanálise como práxis que concerne à posição do sujeito no laço social. A psicanálise não pode ser indiferente aos procedimentos sociais engendrados em relação àqueles que, como a própria reforma identifica, enfrentam dificuldades especiais para estar no laço social.

Nesse campo, aqueles profissionais que estão orientados pela psicanálise partem da formulação freudiana de que a produção psicótica, em particular o delírio, deve ser tomada não como uma manifestação psicopatológica a ser eliminada, e sim como uma tentativa de cura. Essa concepção caminha no sentido contrário de fazer aparecer um sujeito da razão, adaptado socialmente, fazendo valer seus direitos como cidadão, tendo um lugar de reconhecimento social via normalização de suas produções sintomáticas. O que não equivale a dizer que a inclusão no laço social e a devolução de seus direitos como cidadão que faz parte de determinada cultura não sejam importantes.

Só se pode atingir cidadania, se isso incluir o sujeito, se a gente puder acolher o sujeito em toda a sua experiência psicótica [...] que essa cidadania seja permeável por essa singularidade, porque se não ser cidadão fica sem sentido (RINALDI, 2005, p. 98).

É apostando nessa direção que alguns trabalhos começaram a ser desenvolvidos no campo da saúde mental infantil. Vale acompanhar os efeitos do trabalho de Santos e Elia (2005) que testemunham sobre uma prática psicanalítica na primeira instituição pública de saúde mental infanto-juvenil (CAPSi) dirigida principalmente a crianças e adolescentes autistas e psicóticos, portanto que pôde servir de referência para as experiências posteriores.

Tratou-se do primeiro CAPSi da rede municipal do Rio de Janeiro, citado anteriormente, que adotou plenamente a concepção dos CAPS que em nada deriva do campo da psicanálise, mas sim do campo mesmo da saúde mental e da Reforma. Apesar disso, esse grupo de trabalho decidiu implantar um serviço cuja clínica fosse

inteiramente decidida pela psicanálise e determinada por esta em todas as suas questões, impreterivelmente, como ressaltam os autores. Essa sugestão se apoiou na aposta que uma nova relação entre psicanálise e instituição pudesse ser construída sem cair na recusa da instituição, nem na subserviência a esta.

O êxito de tal possibilidade depende fundamentalmente de considerarmos a prática analítica uma só, como de fato ela é: o psicanalista não se especializa, seja em crianças, adolescentes, adultos, neuróticos, psicóticos ou perversos, nem se generaliza como uma prática própria do consultório particular (SANTOS; ELIA, 2005, p. 110).

Na concepção desse grupo de psicanalistas, não é do lugar de especialidade que a psicanálise desenvolverá seu trabalho na instituição, mas, sim, de um que possa interrogar todo e qualquer saber que se admita como prévio. Os autores apontam que dentre todas as supostas condições para que uma psicanálise ocorra, de fato a única condição essencial é que um determinado espaço discursivo se estabeleça. Para que esse espaço seja considerado analítico, é necessário que alguém ocupe o lugar e a função de analista, e que o outro seja tomado nesse enlace como sujeito da palavra e do inconsciente, assim “sua estrutura clínica não se definirá senão por sua relação com a linguagem ou com a palavra, dita e proferida na presença do analista” (SANTOS; ELIA, 2005, p. 114). Portanto, operar sem a mediação de um saber prévio será o elemento estrutural do que se designa dispositivo analítico.

O saber em jogo, quando se conta com a clínica psicanalítica como recurso, é sempre um saber descompleto, descontínuo, inconsciente, podendo eticamente orientar princípios, mas jamais estabelecer regras. E esses princípios podem auxiliar na consolidação de um pacto em torno das políticas públicas e modelos assistenciais no setor da saúde mental infanto-juvenil (GUERRA, 2005, p. 149).

Os trabalhadores, psicanalistas e pesquisadores que atuam nesse campo revelam que se por um lado a instituição faz constar uma lógica do universal capturada pelo ideal, por outro a ética da psicanálise inscreve-se na marca particular de cada sujeito. “Uma prática do caso a caso parece ser a condição de um trabalho possível em instituição que nos orienta na construção de uma proposta de trabalho” (MONTEIRO, 2000, p. 90). A autora toma como fundamento para sua prática o fato de a criança psicótica estar submetida às leis da linguagem, mesmo no caso do autismo. Extrair, em cada caso, a particularidade do sujeito é a direção que orienta a clínica na instituição para crianças: “Histórias, múltiplas e singulares, são construídas neste espaço cuja direção é garantir uma escuta no reconhecimento de uma posição subjetiva que essas

crianças parecem sustentar” (MONTEIRO, 2000, p. 92).

É assim que a psicanálise, ao comparecer no campo da saúde mental infantil, permite a emergência de uma lógica alternativa à ordem psiquiátrica, permitindo maior flexibilidade ao acompanhamento da psicose e ajustando as intervenções ao momento clínico do sujeito.

Até aqui tudo parece se passar de maneira natural, como se a entrada da psicanálise no campo da saúde mental tivesse sido uma continuidade e um progresso do próprio campo. Entretanto a psicanálise não está em continuidade com nenhum outro campo de saber. Ela vem promover rupturas, questionamentos e reinterpretações de sentidos nos campos já instituídos de saber. Precisamos ficar atentos ao fato de que as ciências humanas tentam utilizar a psicanálise como instrumento teórico em contextos que lhe são estranhos, o que promove justamente a descaracterização de conceitos psicanalíticos, tais como sujeito, desejo, transferência.

O pior que pode acontecer nesse campo é a redução da psicanálise a uma psicologia que dispõe de uma visão orgânica do psiquismo, reduzindo toda a vida mental a classificações e catálogos. Ou, ainda, psicanalistas se transformarem em burocratas e administradores da mente humana em função do *modus operandi* do campo da saúde mental que frequentemente se põs a serviço de ideologias opressoras e de tiranias, arriscando sua própria humanidade. Não por acaso a “saúde mental” se tornou o ideal da ciência, funcionando de forma burocrática e mecanicista, que não toma o que o paciente diz como importante, mas o modo como diz colocando-o como objeto de avaliação, como objeto da ciência. É nesse sentido que o ideal da ciência é o da exclusão do sujeito e também de todo saber que lhe é inerente.

Esse movimento promove um desperdício de sentido da psicanálise, já que esta não é uma ciência humana. Como propõe Japiassu (2009, p. 104), a psicanálise situa as ciências humanas ao invés de fazer parte delas, transgredindo-as e atravessando-as sem justificá-las.

Em relação às demais ciências humanas, a Psicanálise se situa à sua margem, em oblíquo, devido às implicações críticas que sua perspectiva analítica faz pesar sobre todas as instâncias que se aplicam à ideia mesma de homem. Enquanto crítica da consciência, do sujeito, do indivíduo, da normalidade, etc., em vez de fazer parte dessas ciências.

O humanismo pelo qual a psicanálise luta não se trata de um sistema de valores que visa promover o homem, mas considera a vida humana uma realidade inserida na linguagem e na cultura, tendo por objetivo fundamental ensinar uma subjetivação do

pensamento, bem como restituir ao sujeito seu lugar num dispositivo no qual a palavra, como expressão do inconsciente, busca se libertar da política repressora e de qualquer vigilância que vise higienizar o psiquismo para controlá-lo.

2.6 SAÚDE MENTAL & PSICANÁLISE: UMA RELAÇÃO NÃO TÃO SIMPLES

Os elementos históricos e políticos apresentados até aqui serão úteis na medida em que fornecem elementos que comporão a discussão crítica a ser desenvolvida a respeito das diferentes concepções de tratamento do campo da saúde mental e do campo psicanalítico. Essa discussão serve ao desenvolvimento da argumentação da presente pesquisa, mas também visa contribuir para a formação de uma posição crítica tanto dos psicanalistas quanto dos trabalhadores que atuam no campo da saúde mental e que, como mencionado no início do capítulo, precisam dialogar entre si no exercício de suas práticas, assim como atestam autores contemporâneos.

O ideal da psicanálise continua a ser o único capaz de erguer uma barreira contra a terrível devastação do niilismo contemporâneo que nos invade. No futuro precisa remediar esse verdadeiro desastre, tecendo novos laços com a filosofia, a psiquiatria e as psicoterapias (ROUDINESCO, 1999²⁷ apud JAPIASSU, 2009, p. 109).

Vimos com Foucault que o louco ocupou e ocupa o lugar do excluído, do separado, do rejeitado do campo social e que esse lugar é mantido por uma série de mecanismos sociais que mantém essa condição, ou melhor, esse sistema de exclusão. Um destes mecanismos é discurso médico que incorporou a loucura ao campo da medicina tendo revestido-a sob o signo de doença mental, embasado na experiência clássica da loucura na qual o discurso da racionalidade triunfou. A loucura foi delimitada pelo discurso médico a uma ciência positiva, que define a razão como sujeito do conhecimento e atrela a loucura à dimensão de objeto. Para compreendermos a influência desta concepção médico/biológica que toma o louco como objeto, passaremos por alguns pontos fundamentais acerca do positivismo.

O positivismo foi uma ampla corrente de pensamento que surgiu durante o século XIX na Europa e que se baseia na concepção da ciência como único meio de construção do conhecimento verdadeiro, tendo, portanto, primazia sobre outras formas do conhecimento humano. Um dos principais representantes do ideal positivista foi

²⁷ ROUDINESCO, E. *Pourquoi la psychanalyse?*, Paris: Fayard, 1999.

Auguste Comte (1798-1857) que pretendeu fornecer os fundamentos desta filosofia com o objetivo de promover

uma estruturação do conhecimento que servisse de base educacional do homem e que levasse a humanidade para um estágio mais avançado de convívio social (...) única base sólida a partir da qual se poderia alcançar uma reorganização social que desse fim à “crise política e moral” em que se encontrava a sociedade de sua época (BRANDÃO, 2011, p. 81).

Desse modo, Comte via a necessidade urgente de uma doutrina social comum capaz de propiciar a ordem social. Baseado no importante avanço que as ciências naturais vinham conquistando, o positivismo acha nessas ciências “o único método de conhecer digno de confiança, qual seja: a construção de leis que possam explicar os fatos” (BRANDÃO, 2011, p. 80-81). Seria o emprego deste ou daquele método que determinaria este ou aquele estado do desenvolvimento da inteligência humana, sendo que o positivismo equivaleria ao estado mais desenvolvido de inteligência. Nessa linha de pensamento, é necessário que os outros métodos deixem de existir para dar lugar ao dito verdadeiro conhecimento científico.

O importante nesse estado não é conhecer as causas dos fenômenos, mas pesquisar, através da observação, as leis que explicam as relações existentes entre eles. O estado positivo, portanto, é o estado científico. Seria o momento do pensamento em que o conhecimento científico teria alcançado sua mais alta perfeição, a ponto de servir de modelo para a reorganização da sociedade como um todo (BRANDÃO, 2011, p. 83).

Para Comte, o positivismo é a ciência, sendo a física o modelo, por excelência, da ciência positiva: todos os fenômenos astronômicos, químicos ou fisiológicos são tratados como físicos. Decorre que nessa concepção não existiriam dois grupos distintos de ciências, uma que tem por objeto os fenômenos naturais, as ciências naturais, e outra que tem por objeto os fenômenos histórico-sociais, as ciências sociais ou humanas. Assim, só existe um método, o positivismo, para toda e qualquer ciência. Nas palavras de Comte (1978, p. 68):

Nada mais resta (...) além de completar a filosofia positiva, introduzindo nela o estudo dos fenômenos sociais e, em seguida, resumi-la num único corpo de doutrina homogênea. Quando este duplo trabalho estiver suficientemente avançado, o triunfo definitivo da filosofia positiva ocorrerá espontaneamente e restabelecerá a ordem na sociedade.

O positivismo, portanto, vai impetrar uma unidade metodológica das ciências. Em razão dessa positividade científica, algumas ciências de caráter não experimental,

tal como a metafísica, começam a ser excluídas da discussão sobre o conhecimento. Assim, só a ciência conhece, já as demais formas de saber sabem.

A principal crítica que se faz ao positivismo é justamente sobre sua pretensão em estender tal método aos estudos humanos e sociais, o que equivale a tratá-los como fenômenos naturais, submetidos a um único método científico. Nesse sentido, John Stuart Mill (1806-1873), outro importante representante do pensamento positivista, defendia a ideia de que as ciências morais (ou humanas) não são possuidoras de uma lógica própria, mas empregam os princípios metodológicos já empregados pelas ciências naturais. Dessa forma, uma ciência da natureza humana só seria possível se os fenômenos estudados por ela, ou seja, as ações humanas fossem passíveis de sujeição à lei da causalidade. Para o autor isso é possível, assim como o mesmo explica:

Sendo dados os motivos presentes à mente de um indivíduo e sendo dado, igualmente, o caráter e a disposição do indivíduo, a maneira pela qual ele irá agir pode ser inferida infalivelmente; se conhecêssemos completamente a pessoa e todos os induzimentos que atuam sobre ela, nós poderíamos prever sua conduta com a mesma certeza com que podemos prever qualquer evento físico (MILL, 1999²⁸ apud BRANDÃO, 2011, p. 91).

Da mesma maneira que Comte, Mill concebe as ações humanas ao modo dos eventos físicos. Nas ciências humanas as previsões seriam, assim como nas ciências naturais, infalíveis, e, conseqüentemente, estariam sujeitas a leis invariáveis. Essa maneira de compreender as ciências humanas é, portanto, uma marca característica de todo o movimento positivista. No entanto, diferentemente de Comte, Mill admite a possibilidade de ciências que não sejam as exatas, isto é, ciências que não têm um domínio total das leis que regem os fenômenos por elas estudados, mas ressalta que estas ficariam fora do objetivo do empreendimento científico. Sendo assim, a ciência da natureza humana não poderia requisitar o ideal de exatidão, visto que os fenômenos humanos que pretendem explicar, sentimentos, pensamentos e ações, não podem ser previstos com exatidão científica, pois teríamos que conhecer todas as circunstâncias em que esses fenômenos são realizados.

A ciência tradicional positivista carrega a exigência da objetivação, da generalização e da universalização para a construção do saber, com a pretensão de esgotar todo o saber possível acerca de seu objeto. Contudo, como observa o psicanalista Sauret (2003), não há ciência sem o desejo de um cientista que a fabrica, no

28 MILL, John Stuart. **A Lógica das ciências morais**. Trad. de Alexandre Braga Massella. São Paulo: Iluminuras, 1999.

entanto busca-se apagar todo o vestígio desse sujeito do saber produzido acerca do objeto. Nesse caso, trata-se de um sujeito não-dividido, ou seja, não afetado pelo inconsciente, que deve se furtar de sua própria inserção nas hipóteses que formula.

Já em psicanálise o pesquisador faz parte, está integrado ao que é pesquisado, modificando-o e determinando-o. Isso significa que a psicanálise tem seu próprio método. Sendo assim, a concepção de base que rege o campo da reforma psiquiátrica e da saúde mental se origina de uma tradição empirista, objetivante e realista, completamente adversa e incompatível com a concepção psicanalítica, apesar de muitos autores no campo psi terem se utilizado da psicanálise como uma disciplina de “poder policial”, legitimando-a por meio da convicção equivocada de que esta poderia tudo compreender e explicar, desviando, assim, o projeto inicial da Psicanálise de constituir uma antipsicologia, assimilando-a a uma das ciências humanas (JAPIASSU, 2009). Esse mesmo discurso está na base da psiquiatria tradicional que reduz o homem a um modelo biopsicosocial e a loucura a uma doença mental.

Não obstante Freud ter se esforçado para inserir a psicanálise no campo científico, buscando conferir à mesma um caráter biológico e determinista, já que não havia outro meio de transformá-la em científica, deu uma guinada e se afastou das ideologias mecanicistas e neurológicas que marcaram seus primeiros anos de prática analítica. Terminou por considerá-la uma ciência do homem na medida em que elaborou um modelo mais especulativo, metapsicológico, em ruptura com a psicologia clássica e mais possível de incluir o inconsciente, as pulsões, o narcisismo etc. Além disso, a partir de sua conceituação acerca do inconsciente e da consciência como uma fração da vida psíquica, toda a concepção do ser humano como sujeito autônomo e dentro do autocontrole, com domínio e plena consciência de si, assim como proposto pelo positivismo, caiu por terra.

A Psicanálise não nasce como projeto de constituição de uma ciência do espírito, decalcando-se no modelo das ciências físico-matemáticas e obedecendo uma abordagem reducionista. No início, sua inspiração é o modelo da pesquisa clínica. Para tanto busca uma linguagem, conceitos e um método específicos, independentes do reducionismo das ciências naturais vigentes (JAPIASSU, 2009, p. 29).

Para Japiassu (2009, p. 11) a originalidade da psicanálise localiza-se justamente na demonstração de que o homem “não sabe jamais o que diz quando fala”. O autor afirma que a obra freudiana mostra que de fato o sujeito humano é engendrado pela submissão da ordem biológica à ordem simbólica, ou seja, ao social enquanto tal. O

destino do homem não é limitado a seu ser biológico. Dessa forma, a psicanálise desferiu um importante golpe não apenas no positivismo, pois o Inconsciente escapa a toda objetivação possível, mas também rompeu com os saberes oficiais. O Inconsciente

não podia ser visto, dosado, pesado, medido ou avaliado. Distanciava-se ao mesmo tempo da psicologia e vinha abalar a certeza cartesiana do “penso, logo existo”; e também fragilizar o sólido edifício médico construído sobre as explicações orgânicas, biológicas, genéticas, e questionar os dados clínicos e suas implicações terapêuticas. Aos olhos da ciência, a Psicanálise aparecia como uma peste (JAPIASSU, 2009, p. 17).

O autor aponta, ainda, que uma das missões da psicanálise na atualidade é justamente defender a subjetividade do sujeito diante da objetividade da ciência. Para a psicanálise, a razão de forma alguma é considerada um bem inato, do qual o homem pode ser valer a seu bel-prazer, mas “uma faculdade que precisa ser sempre reconquistada sobre as trevas que a ameaçam de todos os lados” (JAPIASSU, 2009, p. 41).

Atualmente não há um consenso ou acordo dos diferentes psicanalistas no que tange ao lugar da psicanálise diante da ciência, no entanto muitos defendem seu direito de se estabelecer como um “saber não-subjetivo, sem que obedeça estritamente aos rígidos critérios objetivistas e positivistas que tentam desqualificá-la em nome de uma ideia científica da política de saúde mental” (JAPIASSU, 2009, p.28).

Como o sujeito da psicanálise é o sujeito do inconsciente, e este por sua vez o do desejo, sua verdade se localiza em seu inconsciente e por isso a linguagem é sua morada. Apesar da dificuldade de seu estabelecimento como um conhecimento independente da abordagem cientificista-materialista, a psicanálise se estabelece enquanto disciplina: a) que apresenta uma técnica de investigação de fenômenos nos quais se efetua uma determinação pelo inconsciente do sujeito, tais como os sonhos, os atos falhos, os chistes; b) que apresenta um método psicoterápico fundado nessa técnica de investigação destinada à cura das neuroses e c) como um conjunto de teorias psicológicas e metapsicológicas que reúnem os principais dados teóricos fornecidos pelo referido método de investigação.

Não resta a menor dúvida de que Freud tenha pretendido converter a Psicanálise numa verdadeira ciência. Mas não devemos esquecer de que, ao mesmo tempo, insistiu no fato de que se tratava de “sua” ciência. Seu projeto não foi o de propor uma nova teoria psicológica, mas o de estabelecer um novo objeto de análise, por conseguinte uma nova ciência (JAPIASSU, 2009, p. 51).

A psicanálise de fato seria uma nova ciência?

A construção e o estabelecimento de critérios de cientificidade para julgar as diferentes disciplinas, tal como a psicanálise, dependem das condições de produção do saber em determinada sociedade, ou seja, dependem de dimensões culturais e sociológicas. Sendo assim, possuem um espaço de validade limitado a essas condições não sendo, portanto, válidos intemporal e universalmente. A concepção de muitos autores caminha no sentido de argumentar que o saber psicanalítico não consegue responder satisfatoriamente às exigências desses critérios justamente porque introduz nessa cultura uma ruptura, uma disjunção, que pode vir a modificar tanto a cultura, quanto a representação da ciência, bem como a relação do pesquisador com seu saber. Japiassu (2009, p. 67) nos indaga:

Por que e para que rotular a Psicanálise de ciência, se seu lugar, em nossa cultura, deve ser muito mais o de constituir um fermento de transformação da relação com o saber e da representação que o homem tem de si mesmo (“modo de ser” social e cultural)?

Isso equivale a dizer que o discurso psicanalítico dirige às ciências instituídas e institucionalizadas uma questão passível de promover uma transformação profunda da própria cultura científica. O saber que a psicanálise ensina não pode ser apreendido por uma lógica da compreensão. A psicanálise não está preocupada com os fatos, ou em compreender, mas com aquilo que se situa para além da compreensão ou da razão, pois busca entender o saber do inconsciente que escapa à ciência, que não pode se encerrar em uma psicologia, marcando seu lugar de contraciência, como apontou Foucault (2006).

Fico pensativo e intrigado ainda porque não consigo fazer da ciência uma ideia tão elevada e sublime, a ponto de rotular de “ciência” um saber tão sério, importante, interessante e fecundo quanto o psicanalítico! Ora, “a” ciência não existe. Não existe uma ciência em si, uma ideia geral podendo intitular-se “ciência” e legitimar qualquer forma de discurso (JAPIASSU, 2009, p. 87).

Essa conclusão de Japiassu orienta-se a partir da concepção foucaultiana de que a ciência é um conjunto de discursos e práticas discursivas muito modestos, enfadonhos e difíceis que se repetem sem parar. Sim, Freud não estava sozinho, Michael Foucault teceu dura crítica ao positivismo e em extensão ao discurso médico, tendo construído sua própria concepção de sujeito²⁹. Em suas palavras:

²⁹ De acordo com Castro (2009), Foucault é contrário à ideia de se fazer uma teoria a priori do sujeito, como se fosse possível supor a existência de uma essência humana que tivesse sido mascarada, alienada ou aprisionada em mecanismos de repressão a partir de processos históricos, econômicos e sociais. O autor postula que o sujeito é histórico, mas produzido na sua própria história e pela história que o

Eu acuso essa gente de ter da ciência uma ideia mais alta do que merece, de ter um secreto desprezo pela psicanálise e pelo marxismo. Eu os acuso de insegurança. É por isso que reivindicam um estatuto que não é tão importante para aquelas disciplinas (FOUCAULT, 2006, p. 36).

Sendo assim, a psicanálise está mais alinhada a uma posição de promover uma ruptura entre os sistemas de representação que precedem uma ciência e outra, rompendo com os critérios já estabelecidos de cientificidade, bem como denunciando criticamente as ideologias dominantes. A psicanálise promove, assim, uma variação de posição do sujeito quanto ao saber. Constitui, sim, no saber humano que mais toma o partido do sujeito e da verdade de seu desejo: “nenhum outro saber é tão respeitoso quanto o analítico com relação à verdade subjetiva: visa abrir ao ser humano o campo de seus desejos apoiando-se no que ele mesmo diz” (JAPIASSU, 2009, p. 95). A psicanálise não defende nenhuma oposição à ciência, ao seu projeto ou renuncia aos seus feitos tecnológicos, apenas insiste que seu materialismo deixe de tratar os homens como objetos.

A psicanálise é a única disciplina que tem o intuito de não renunciar a dar palavra ao sujeito, não renunciar àquilo que constitui sua particularidade e por isso não poderia ser uma ciência como as outras. Como aponta Dunker (2013), a psicanálise sequer seria uma ciência, pois não é um método de produzir conhecimento, nem autoconhecimento, mas, sim, uma ética que diz respeito ao sofrimento psíquico e suas vicissitudes. O inconsciente não é o objeto da psicanálise, mas uma hipótese – que Lacan situa como aplicável apenas a certos efeitos de linguagem. Essa hipótese não é constituída pelo sujeito da ciência, mas não pode deixar de incluir o sujeito que a enuncia. “Nesse sentido, ela é uma hipótese, pois não apenas descreve um mundo ou sujeito na ipseidade³⁰ mas propõe um sujeito” (DUNKER, 2013, p. 65). Decorre que

permeia, através do que denominou de uma “história da verdade”. O sujeito não seria uma substância, mas uma forma não idêntica a si mesma. O termo sujeito serve para designar o indivíduo preso a uma identidade que reconhece enquanto sua. O sujeito se constituiria pelos “jogos de verdade” aos quais se encontra assujeitado, mas ao mesmo tempo tem certa margem de liberdade para romper com tal assujeitamento. Os “jogos de verdade” referem-se a um conjunto de regras de produção da verdade e de mudanças das regras que produzem tal verdade. São também um conjunto de procedimentos pelos quais a verdade é instituída e desinstituída pelos sujeitos por meio de práticas. O sujeito não tem consigo próprio o mesmo tipo de relação enquanto sujeito político e enquanto sujeito de uma sexualidade e em cada relação que estabelece, se posicionará de uma forma diferente. Há, então, várias formas de sujeito conforme as relações que este estabelece com os diversos “jogos de verdade”. A constituição histórica dessas diferentes formas de sujeito é o que interessa a Foucault. O objetivo de Foucault é criar uma história dos diferentes modos pelos quais os seres humanos tornaram-se sujeitos.

³⁰ Na filosofia trata-se da individualidade de cada ser.

não se trata de uma teoria explicativa, nem descritiva, pois a questão central não diz respeito ao estatuto do objeto, fatos ou valores, mas ao estatuto do sujeito.

O sujeito analítico não é o sujeito em sua totalidade, mas em sua abertura. A emergência do sujeito está ligada a um tempo de abertura e não de fechamento do inconsciente (BRAUER, 2003). O sujeito do inconsciente não é um sujeito da consciência, uma substância pensante, o sujeito não é o inconsciente, mas sujeito barrado, barrado do desejo. Trata-se de um efeito do Significante, já que é suposto e submetido ao significante. Foi, portanto, a partir das concepções psicanalíticas que a criança pôde ser tomada não mais como objeto da ciência, e sim como sujeito, indicando um caminho fértil para seu tratamento e cuidado.

3 CONSTRUÇÕES TEÓRICAS A PARTIR DO TRABALHO PSICANALÍTICO COM CRIANÇAS EM UMA CLÍNICA-ESCOLA

O trabalho psicanalítico referido no título do presente capítulo foi desenvolvido a partir de uma proposta de estágio oferecida pela autora em uma Clínica-Escola de uma faculdade de Psicologia que faz parte de um Instituto Multidisciplinar de Assistência à Saúde (IMAS) de uma Universidade particular em Salvador, na Bahia. O Instituto oferece atendimento interdisciplinar grátis para a população de estudantes, colaboradores e, também, é aberto para a comunidade. A Clínica-Escola segue as mesmas diretrizes administrativas e modo de funcionamento propostos para o IMAS, extraídos do campo da saúde, não se baseando, portanto, em nenhuma referência psicanalítica.

Antes da proposta de estágio ganhar seu contorno final, foi feita uma análise das necessidades da Clínica-Escola por meio da qual se identificou uma lista de espera para atendimento psicoterápico de mais de duzentas crianças, enquanto a demanda para atendimento de pacientes adultos seguia bem atendida. Verificou-se, ainda, que muitas crianças que apresentavam nas triagens queixas como problemas escolares, dificuldades de leitura e escrita, dificuldades de compreensão e expressão da fala e comportamentos em atraso ao esperado para a idade, quando chamadas para atendimento psicoterápico, acabavam por apresentar distúrbios graves do desenvolvimento.

Para atender essa demanda foi, então, construída a proposta de um estágio profissionalizante intitulado “Clínica Psicanalítica dos distúrbios graves da infância” que se alinhou à ênfase em processos de atenção à saúde. O estágio se propôs a acolher as crianças, bem como seus pais, para atendimento a partir da escuta psicanalítica. O procedimento adotado pelos estagiários foi reler as fichas de triagem, identificando as principais queixas sugestivas de transtornos globais do desenvolvimento ou sintomas mais comuns nesses casos, tais como dificuldades de compreensão e expressão da fala e comportamentos em atraso ao esperado para a idade. Em seguida, entraram em contato telefônico com todos os pais ou responsáveis a fim de verificar interesse e disponibilidade para início de atendimento. Dentre essas crianças, trinta passaram a integrar o grupo de pacientes atendidos pelos estagiários.

Como proposta de trabalho foi adotada a estratégia clínica utilizada por Brauer (2003), de incluir a escuta a pais e crianças, em sessões separadas, pelo mesmo profissional. Durante o percurso teórico, acadêmico e clínico, identificou-se o quanto

esses casos acabavam ficando à margem dos tratamentos e mesmo do convívio social. No decurso do trabalho, testou-se uma estratégia sugerida pela própria clínica, mais que inserir a mãe nos atendimentos, criou-se também um espaço de tratamento para as mães.

Não era incomum nesta época que nos deparássemos com crianças em cujas dificuldades parecia haver o concurso de um forte envolvimento das mães. Naquela época “encaminhávamos” as mães destas crianças para atendimento, mas este atendimento dificilmente ocorria de fato (BRAUER, 2003, p. 36).

Tanto Brauer (1994; 2003) quanto Mannoni (1999) apontam que nesses casos a transferência seria uma só: seria familiar, em relação a um só analista. Por isso se justificaria o chamado alargamento do *setting* terapêutico, para que pudesse incluir todo o grupo familiar, esclarecendo-se que se trata de uma intervenção clínica sobre a família e não de uma terapia familiar. A proposta é que o analista da criança ofereça uma escuta analítica aos pais em sessões individuais tanto do pai quanto da mãe, concomitantemente ao atendimento da criança.

A clínica demonstrou que um trabalho com criança fica quase impossibilitado ao não se incluir a mãe na cena psicanalítica, já que “a mãe e a criança têm, no plano fantasmático, quase que um só e mesmo corpo” (BRAUER, 2003, p. 39). Nesse cenário, o ponto de partida é o

discurso dos pais, concebidos como aqueles que ocupam na infância o lugar do Outro³¹ para a criança, numa relação que irá possibilitar o estabelecimento de uma transferência no sentido analítico deste termo por parte da criança, a partir da transmissão do significante cujo engaste permite que se instaure o laço social, e posteriormente um possível trabalho analítico (BRAUER, 2003, p. 47).

Neste capítulo serão apresentados primeiro alguns fragmentos ou recortes de um atendimento clínico realizado pela estagiária e supervisionado por mim, selecionados em função de terem sido os desencadeadores das principais observações e questões clínico-teóricas, abordadas na presente tese. Não se pretende empreender um estudo de caso, mas tomá-lo como referência, como ponto de partida, como gerador de articulações para pensar a clínica e a teoria psicanalítica com crianças, que serão apresentados em seguida.

³¹ Ressalta-se que em relação à entrada no inconsciente distinguem-se dois campos, o do sujeito e do Outro. O Outro é o local onde se situa a cadeia do significante que comanda tudo que poderá se presentificar do sujeito, “é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (LACAN, 2008, p. 200).

3.1 FRAGMENTOS DAS SESSÕES COM OS PAIS

Na primeira sessão, ao ser perguntado o motivo que os trouxe ao atendimento, a mãe solicita que o pai fale. Ele inicia dizendo que a filha Fernanda tem oito anos de idade, mas não se desenvolveu em muitos aspectos. Por exemplo, *ela não fala direito* (informação verbal)³², não escreve, apenas recobre desenhos, não acompanha as outras crianças no desenvolvimento e, por isso, *é discriminada*, tanto por outras crianças quanto por adultos. Sobre amizades, ela tem apenas uma colega de treze anos, que segundo os pais também *tem um atraso* e por isso tem mais paciência com ela.

A mãe afirma: *às vezes ela chora muito e nem eu entendo, não sei se é dor de alguma coisa, tem coisa que nem eu entendo*. Já o pai afirma: *eu acho que é porque ela não fala... é porque ela vê outras crianças brincando, falando e sente isso por não conseguir falar, acho que pode ser isso, porque as outras crianças não entendem, acham que ela é anormal*. Ao serem questionados sobre ser ‘anormal’, o pai afirma: *é muito ruim, às vezes eu não gosto nem de vê isso*, e a mãe fala: *quando ele vê alguém discriminando a menina ele quer partir pra cima e discutir, quer enfrentar... isso já deu até briga na família... vê gente falando: não fala isso perto de Fernanda, se não ela vai querer também. Ficam falando coisas dela por trás, porque falam que Fernanda é doente, é anormal. Ela não é anormal, ela só tem essa dificuldade na fala e na escola*. O pai continua: *porque Fernanda não é uma inválida, doente, anormal, ela só tem esses limites aí*.

Em relação ao âmbito escolar, os pais informam que Fernanda *está no maternal*. Não ficam satisfeitos com essa condição e acham que a escola não tem competência para propor outras possibilidades a ela. Contam que quando a menina não quer ir para a escola o pai permite, mas a mãe não, sendo a mais *durona*.

Identificaram que aos dezoito meses a criança ainda não andava e acharam que tinha *algo de errado com ela*. Os pais, então, procuraram um terapeuta ocupacional e depois a levaram a um psicólogo. A mãe alega ter interrompido o tratamento com o psicólogo, pois *não conseguia acreditar que ela tinha algum problema, para mim ela era normal. Então tirei, porque achei que uma hora isso ia passar*. Ao ser perguntado por que a trouxeram desta vez para o atendimento psicológico, a mãe afirma que *só agora caiu a ficha*. A mãe afirma que foi a *discriminação* sofrida pela menina que os

³² Informação fornecida pela mãe da paciente. Todas as frases em itálico se referem a informações verbais e estão em conformidade com o Relatório de Atendimento elaborado pela estagiária.

fez perceber a necessidade de tratamento. A esse respeito o pai afirma que *é o que mais dói na gente, então resolvemos trazer para resolver esse problema.*

A gravidez de Fernanda transcorreu sem nenhuma intercorrência e, apesar de não ter sido desejada, o pai afirma que *ela tem todo amor e carinho, ela tem atenção vinte e quatro horas por dia, ela é a princesinha da casa, ela tem tudo, não pode reclamar de nada.* O pai tem quatro filhos com outra mulher e mais dois meninos com a atual esposa, sendo assim as vontades dela prevalecem sobre os irmãos.

Em relação aos dados levantados na anamnese, sobre as principais características do desenvolvimento em forma de questionário, os pais afirmam que a menina não reconta histórias infantis, não participa de brincadeiras que envolvem pular/saltar (atividades já desenvolvidas por crianças de quatro anos³³), não tem um discurso elaborado ou fala fluente, não nomeia cores, não desenha formas geométricas (atividades já desenvolvidas por crianças de cinco anos), não consegue dizer endereço ou telefone próprio, não nomeia posição de objetos, não desenha figura humana (atividades já desenvolvidas por crianças de seis anos), não explica regras de jogos ou atividades a outra pessoa, não inicia leitura e escrita, não escreve o nome (atividades já desenvolvidas por crianças de oito anos). No entanto, ela é independente para autocuidado.

Em relação ao comportamento caracterizam-na como tranquila, chora muito, apresenta manias, tique e estereotípias, tais como mexer a boca e olhar muito para o lado quando conversa, demonstrando-se interessada e alerta ao ambiente externo. Sobre a comunicação, afirmam que sua expressão é preponderantemente gestual, tem dificuldades com comandos complexos, não entende palavras mais difíceis e costuma olhar para outra direção quando falam com ela. A mãe afirma que *ela tem um jeito embolado de falar através de sinais que só eu entendo.*

Sobre a amamentação, a mãe afirma que *amamentei sim, direitinho. Era ótimo, eu adorava, se pudesse continuaria amamentando até hoje.* Conta com pesar que parou de amamentar quando introduziu comidas sólidas e a menina começou a ter refluxo e enjoar do leite materno.

Em relação às atividades profissionais dos pais, contam que a mãe fica em casa e cuida dos filhos. Já o pai trabalha bastante e passa muito tempo fora de casa, pois dá

³³ As idades mencionadas não estão sendo consideradas de forma rígida, mas são citadas apenas para indicar, de maneira geral, o esperado para cada idade.

aulas em uma academia de boxe no período da manhã e trabalha como segurança à noite. Em função disso, compra presentes para a filha diariamente e a mesma *fica tão feliz que até chora de emoção*, segundo a mãe. Os pais interpretam que ela pede presente quando diz, por exemplo: *papai, fessora, sandália, ruim*. A mãe entendeu que ela queria uma sandália nova porque havia ido de havaiana para a escola e a professora haveria reclamado. Afirmam que até deixaram de fazer aniversário para ela, porque quando faziam, a criança ficava chorando do começo ao fim e diz: *acho que ela fica emocionada, preocupada em receber todo mundo, servir todo mundo*.

Sobre a história do casal, conheceram-se no enterro de um tio em comum, pois são primos. As famílias não eram próximas, mas acabaram se aproximando em função desse falecimento. Não são legalmente casados, pois estão esperando sair o divórcio do pai, há treze anos. O pai diz que quer fazer uma grande festa, mas a mãe afirma que bastava ir ao cartório e assinar os papéis.

Eles namoravam escondidos, até que resolveram assumir, e relatam que *sofreram muito porque a família os discriminavam*, mas resolveram enfrentar *era o que a gente queria e já tem dezenove anos que estamos juntos* diz o pai. A família é evangélica, da Igreja Quadrangular, mas acreditam que a religião não influenciou em como foram tratados.

A mãe afirma *depois de um tempo que a gente tava junto eu engravidei, aí minha mãe me expulsou de casa*. Conta que sofreu muito com essa situação, pois era muito apegada e próxima dela. Afirmam que não sabia nem cozinhar, mas posteriormente sua mãe foi se reaproximando aos poucos. Ela conta que tentou abortar o primeiro filho tomando medicação, mas o menino nasceu saudável. Em seguida engravidou do segundo menino e, depois, de Fernanda.

A estagiária pontua que havia outra história de discriminação na vida deles. O pai responde *é, principalmente por parte da mãe dela que não aceitava, mas com Fernanda é diferente porque eu vejo isso mais com criança, na família não tem tanto isso não, já teve, mas hoje nem tanto*. A mãe também diz que antes sentiam mais essa discriminação, mas hoje não.

Para a mãe, a discriminação se devia mais ao fato do pai já ter sido casado e de terem se conhecido pouco tempo depois de sua separação. Conta que uma irmã sua também era casada com um primo, então acha que isso facilitou a aceitação de sua mãe. A estagiária pergunta como as pessoas os tratavam. Afirmam que não os convidavam para sair e, assim, se sentiam excluídos.

Ao serem questionados sobre as expectativas em relação ao tratamento, a mãe afirma que deseja ouvir sua filha falando. A estagiária questiona sobre o que a mãe gostaria de ouvir de sua filha e ela responde: *assim, o mais importante ela fala: te amo, mas quero mais coisas, porque tem coisa que a gente não entende. Esses dias o pai deu um celular pra ela falar mais. Às vezes ela quer falar muito e fica agoniada, mas não consegue. O celular chama de shila, a gente sabe de tanto ela falar, toda hora falava e o pai não entendia, achava que era outra coisa e ela insistindo em dizer, até que a gente entendeu que era o celular.*

Ao serem solicitados que falem livremente nos atendimentos, o pai diz que não tem nada para falar, apenas que está muito cansado de seus dois trabalhos, e a mãe aponta: *o único problema que vejo é que percebo que meus filhos, principalmente Lucas, o do meio, tem muito ciúmes de mim. Eles se queixam pra gente. O pai diz que não se queixam com ele, apenas com a mãe porque ela é bruta com eles... mesmo que eu esteja estressado ou de bom humor eu trato eles sempre da mesma maneira, e quando ela tá estressada fica mais bruta com eles. A mãe se defende dizendo que não gosta de ficar beijando e abraçando: eu falo pra eles que não gosto, e eles ficam me pegando, às vezes chegam suados da rua e não quero beijar, aí eles acham ruim porque eu prefiro Fernanda, porque eu trato ela diferente. O mais velho entende mais, mas o do meio é mais ciumento. E isso foi depois que Fernanda nasceu, porque ele não era assim. Às vezes ele até quer vir aqui, falo que vou trazer uma hora pra ele ver como é.*

Afirmam também que deixam a televisão ligada sempre no canal que a menina gosta e não fazem festa de aniversário para os meninos, só para a menina. Ao serem questionados sobre essa preferência por Fernanda, a mãe responde: *É como te falei, desejei ela demais, nem pensava em ter filhos mais, até descobrir que seria mulher. Desejei muito, mas aí eles nasceram e quando foi tendo essas dificuldades, a gente fazia de tudo por ela, fazia o que ela queria. Mas até eles também têm um cuidado diferente com ela, tudo o que a gente faz em casa é principalmente pra ela, pensando no melhor pra ela. A gente superprotege ela.*

A estagiária pontua que essa superproteção pode impedi-la de superar algumas limitações. O pai concorda e a mãe afirma que não sabe como fazer isso: *preciso de um conselho, alguém pra me dizer como faz. Esses dias mesmo ela veio dizer que queria vestir o short de piriguete e eu falei que não tinha isso não, que ela ia usar o que eu escolhesse, mas nesse dia eu tava (sic) bem agitada, se eu tiver calma não consigo*

Depois de algumas sessões iniciais, o pai deixa de comparecer, alegando a necessidade de estar no trabalho, mas coloca-se à disposição caso seja relevante.

3.2 FRAGMENTOS DAS SESSÕES COM A MÃE

A mãe começa a identificar alguns atrasos da filha, especialmente na questão motora, reconhecendo a demora em percebê-los. Ao ser indagada sobre os motivos que a levaram ignorar algo diferente na filha, ela afirma: *acho que por irresponsabilidade mesmo, não sei, achava que era o jeito dela mesmo, que cada um tem um tempo diferente, aí fui deixando, até perceber que ela caminhava segurando nas coisas, insegura. Levei até num neurologista e ele pediu uns exames, mas só fui duas vezes. A desistência surgiu com a solicitação de um exame para verificar se o osso da perna era torto e não buscou identificar se havia algum problema neurológico.*

Ao ser solicitada a opinião da mãe acerca do motivo para o problema com a fala de Fernanda, ela afirma: *Não sei, eu penso que como o pai dela e eu somos primos pode ter alguma coisa a ver, o sangue incompatível... com os irmãos dela não teve nada, mas com ela teve... alguma coisa de Deus... também penso que esse meu desejo de ter ela, acho que desejei demais... não sei.* Ao ser questionada sobre esse desejo, afirma que foi pelo motivo de ser menina: *desde pequena tinha isso, para pentear cabelo, arrumar, colocar roupinha rosa, esses cuidados assim.*

Ao ser perguntada sobre sua própria infância, afirma que foi mimada e era dengosa em função de não ter tido o pai presente e ter sido criada só pela mãe. *Acho que por isso sou assim com Fernanda, sou muito próxima dela, ela é muito apegada a mim, com os outros filhos não é tanto assim, nem com o pai dela é tão próxima.* Conta que a psicóloga que a atendeu falou para que não chamasse mais sua filha de bebê *porque eu a chamava de bebê, mas é porque a gente é muito próxima, sou muito apegada a ela, quero fazer o melhor pra ela.*

Em relação ao tratamento de sua filha e sua implicação nele, a mãe responde *acho que procurando tratar isso, indo no médico pra resolver isso, acho que é o que eu posso fazer.* Pergunta à estagiária se achava que tinha trazido a filha muito tarde para atendimento, mas logo em seguida afirma: *mas eu acho que também não ia adiantar trazer ela muito nova, sendo que ela não se desenvolvia direito e nem ia dar pra fazer o tratamento.*

A mãe conta que está tentando ser mais próxima e carinhosa com seu filho do meio, que segundo ela é mais ciumento e rebelde: *esses dias estou mais próxima dele, conversando mais, e percebo que ele retorna isso ficando mais alegre, me ajudando em casa, ficando menos rebelde. Converso com o mais velho também pra ter mais paciência com ele quando tiver assim, pra ele dar mais atenção pra o Lucas também, dizer que ama ele, pra ele não ficar dizendo que ninguém o ama.* Algumas pessoas da família dizem que ele precisa de psicólogo, mas a mãe afirma que o problema é dela e não dele: *falo que psicólogo é surra de cinta que ele precisa. Brinco assim pra tirar o foco de que ele precisa de psicólogo, porque acho que isso é uma questão de eu mudar com ele, porque sei que é comigo, da nossa relação.* Afirma que a relação com o mais velho também era difícil, mas melhorou quando ele cresceu um pouco.

Conta que nenhuma gestação foi planejada. Relata que quando engravidou pela primeira vez era muito jovem, não entendia muitas coisas e não sabia como se prevenir: *Daí me revoltei e queria tirar, tinha raiva do bebê, mas não consegui abortar. Todo mundo dizia que ele era uma criança diferente, demorou muito pra se desenvolver na escola, tanto que o do meio o acompanhou e hoje estudam juntos. Ele tinha medo de ficar separado do irmão, chorava, mas foi crescendo e eu ia conversando com ele. Hoje vejo que é muito maduro, quer conversar comigo, me pergunta as coisas, o que está acontecendo... além de mãe, somos muito amigos.*

Em relação à gravidez do outro menino, conta que ocorreu quando o mais velho tinha oito meses, porque achava que por amamentar não poderia engravidar. *Todo mundo torcia pra ser mulher, mas aí nasceu homem de novo. E sete anos depois engravidei de Fernanda, a gente torcia pra ser mulher e foi, aí tudo que pensava e penso até hoje é pra Fernanda... vou na rua e compro coisa pra ela e depois lembro que não comprei pra eles. Fico me policiando pra poder dar mais atenção pra eles também. Isso também tem a ver com uma crise na minha relação com o pai, quando houve uma traição, fiquei muito abalada e queria descontar neles, mas depois fui melhorando aos poucos, mas demorou.*

Sobre essa traição, conta que descobriu há quatro anos. Ficou sabendo pela mãe da amante que ligou para ela porque a mesma havia engravidado. Ela brigou com o marido, que pediu desculpas, mas ficou muito insegura e desconfiada: *falei que desculpas não ia resolver nada, aí fiquei neurótica, ligava pra saber onde tava, olhava celular, carteira, fiquei um bom tempo assim enlouquecida, mas depois mudei porque aquilo não tava me fazendo bem.* Ao ser questionada porque mudou, disse *fiz isso por*

meus filhos, vi que tava descontando muito neles, o mais velho perdeu de ano na escola, tava uma bagunça na vida da gente. Daí, fui mudando aos poucos. Mas a confiança não é a mesma... aceitei isso, mas já falei com ele que nossa relação não é a mesma, sempre admirei ele como homem, tinha muita confiança, ele era tudo.

Após alguns meses de acompanhamento, a mãe reconhece que a filha está falando mais e de maneira mais compreensível. A estagiária diz ter percebido uma mudança na posição da criança e a expressão de um desejo de sair do lugar de bebê em que era colocada, então a mãe comenta que percebeu uma postura na filha de *querer melhorar* e afirma *esses dias chamei ela de bê e ela me corrigiu, falou: bê não, é Nanda.*

Após um ano de atendimento, a mãe solicita à estagiária que seu horário seja agendado para o mesmo dia em que a criança é atendida, em função de morar longe e ter que gastar com duas conduções, além de perder mais tempo. O pedido foi acolhido. No entanto, em alguns dias, a mãe vai desacompanhada de um adulto, assim, quando o atendimento com a criança é encerrado, não há quem fique com ela. A mãe verbaliza que não confia em deixá-la sozinha na recepção da clínica e, portanto, o atendimento da mãe acaba não se realizando.

A estagiária sugere que a mãe continue seu acompanhamento com outra estagiária, diante da impossibilidade da mãe em vir duas vezes por semana, da não aceitação em deixar a criança sozinha na sala de espera, bem como em função da elevada quantidade de faltas da mãe. A mãe aceita e não coloca nenhum impeditivo no momento. Ela inicia o atendimento com outra estagiária, mas logo em seguida começa tanto a faltar em suas sessões quanto não levar a filha. Nesse caso, ela alega estar doente, mas reafirma o interesse em continuar o tratamento, no entanto ela continua faltando, bem como sua filha. Ao passar mais algum tempo, a estagiária entra em contato para finalizar o atendimento, já que ambas estavam faltando e já havia oito faltas consecutivas. Além disso, a estagiária estava se formando e teria que encaminhar o caso de qualquer maneira.

A mãe pede que seja agendada uma sessão apenas para ela. Nessa sessão, a mãe solicita que a estagiária continue atendendo sua filha e que a atenda também, mas nos moldes anteriores. A estagiária intervém lembrando que ela havia solicitado a primeira mudança por uma questão de logística, mas que deveria ter outro motivo para essa mudança. A mãe diz que na verdade achava que não estava precisando de atendimento para ela, no entanto após ter ficado doente percebeu que precisava sim. A estagiária

pergunta o que ela teve, já que em nenhum momento havia explicado o que ocorreu. A mãe afirma que teve crises de tontura, enjôo e que não aguentava levantar da cama. Conta que nunca tinha sentido aquilo e não sabia do que se tratava, até que o médico disse a ela que estava com uma crise de labirintite, a qual ela compreendeu como algum tipo de fraqueza. A estagiária aponta que essa tontura poderia estar relacionada ao processo pelo qual ela e sua filha estavam passando, ela estava vendo a filha mudar e, ao mesmo tempo, estava começando a discutir questões muito íntimas suas. A mãe decide que ambas devem continuar seus atendimentos e a estagiária, agora formada, passa a atendê-la como aluna de pós-graduação da Faculdade de Psicologia.

Na retomada dos atendimentos, a mãe relata que a professora da escola de Fernanda afirma que ela está agressiva, batendo nos colegas e que isso lhe causa espanto, já que era Fernanda quem reclamava de apanhar de seus colegas, nunca tendo revidado. A estagiária a implica dizendo que ambas têm acompanhado e percebido algumas mudanças em Fernanda, como a vontade de crescer, de parar de ser chamada de ‘bebê’, e que esse comportamento entendido como agressividade pela professora pode fazer parte desse movimento de assumir outro lugar, inclusive na escola.

Nos atendimentos seguintes, a mãe relata que a professora de balé de sua filha a chamou para conversar sobre alguns comportamentos preocupantes da criança, como *dar dedo para as colegas e ficar colocando o dedo na vagina*. A professora diz à mãe que se preocupa com tal conduta e alerta sobre casos de abuso. Questionada pela estagiária sobre o assunto, a mãe diz acreditar que a filha esteja aprendendo com os primos, que estaria *atenta às pessoas que ensinam isso a ela*, e revela que, às vezes, olha a vagina da filha para ver como está. Afirma dizer para a filha que ali só ela pode tocar e mais ninguém e complementa *a popoca é só de mamãe e Nanda*. A estagiária questiona como vê a sexualidade da filha e ela afirma que a filha não tem condições de compreender essas questões e por isso precisa ser protegida.

Outro ponto que a estagiária vai trabalhando ao longo das sessões trata da relação de controle que a mãe estabelece com a filha, e da perda gradual conforme esses filhos crescem. A mãe intervém dizendo que muitas vezes há uma tristeza em ver os filhos crescendo, justamente por ter a sensação de que se está perdendo o filho, e esse filho ao sentir essa tristeza da mãe procura saná-la por meio da recusa em crescer, como sua filha, que fala como uma criança menor ou que não se desenvolve na escola. Em contraponto, a filha mostra também que está crescendo e saindo do controle da mãe ao levantar questões sobre sua sexualidade. A partir desse momento, a mãe começa a

discutir questões sobre sua própria sexualidade, a traição do marido e os impactos na relação.

3.3 FRAGMENTOS DAS SESSÕES COM A CRIANÇA

A criança, desde a primeira sessão, mostra-se cooperativa, aceitando entrar na sala com a estagiária sem resistência. No contato ela gesticula e fala algumas frases, mas de forma muitas vezes incompreensível, quando a estagiária pergunta o que ela disse ou quis dizer, a mesma não repete e não responde, no entanto parece entender tudo o que é dito a ela.

Nas sessões ela brinca com as bonecas e as chama de *bê* (bebê). Pega os jogos, mas não sabe como jogá-los e diz *minha mãe compô um dexe* (comprou um desse). Não sabe nomear as cores corretamente, todas as cores são *zú* (azul) para ela. Em relação aos números, conta de um a quatro, mas depois se perde. Em relação às letras, não identifica corretamente, nem as vogais. Na produção gráfica, faz rabiscos.

Costuma pegar os brinquedos relacionados à cozinha, como fogão, geladeira, pratos e faz de conta estar cozinhando e servindo comida tanto às bonecas, quanto à estagiária. Enquanto brinca, balbucia ou fala algumas palavras. Os atendimentos são marcados por tentativas da estagiária em compreender o que ela fala e ajudá-la a construir sentido em suas brincadeiras, a exemplo de quando pega a mamadeira e a estagiária pergunta o que tem dentro, ao que a criança responde *eite* (leite). Para quem vai dar?, e ela responde *pro bebê*, a estagiária pergunta se o bebê gosta, ela diz que *xim* (sim). Pede que a estagiária dê comida aos bebês e para ela também dizendo *aóa xê* (agora você). Ela também oferece a mamadeira à estagiária, que pergunta se ela bebe leite nesta ou no copo. Fernanda responde que toma leite na mamadeira e a oferece à estagiária, mas a mesma diz que toma no copo e a menina lhe dá um copo.

Ao final dos atendimentos ela sempre diz *manhã* e a estagiária responde, *na próxima semana você volta*.

Em um jogo de descobrir rosto de pessoas, ela brinca ao olhar as figuras, contando no ouvido da estagiária *essa mulher, esse homem, vovô, esse é chato* e ri bastante. Em uma das figuras ela identifica a estagiária também. Fernanda gosta igualmente de brincar com um piano e toca sempre as mesmas notas sem parar.

Com o decorrer dos atendimentos, começa a nomear algumas cores de forma correta. Começa também a retirar todas as bonecas do armário, separá-las e dizer *bebê*

não. Muitas vezes, passa algum tempo da sessão mudando os objetos de lugar, tais como a mesa e a cadeira infantis. Em alguns atendimentos ela demonstra interesse pelos brinquedos de montar e os pega, mas não brinca, pois ou tem muita dificuldade para encaixá-los ou não consegue e logo desiste, dizendo *uim* (ruim). O mesmo ocorre para quebra-cabeças, jogo de memória, baralho, dominó. A estagiária mostra como encaixar os brinquedos e insiste para que ela o faça, ela consegue e pede que a estagiária encaixe depressa. Ao perguntar por que a pressa, a criança diz *minha mãe bate*. Ao ser questionada sobre a frase, ela apenas sorri e continua tentando encaixar as peças.

Em uma das sessões Fernanda demonstra interesse em saber sobre a vida da estagiária, perguntando, assim, como a estagiária entende, quem dá suas roupas a ela, onde estão os pais dela, se ela sai de casa sozinha, em um movimento de identificação com a mesma.

Em seguida, a criança escolhe o baralho para brincar. A estagiária coloca uma regra para o jogo, a fim de identificar se a mesma conseguiria compreendê-la: cada uma joga uma vez, mas a criança não obedece mudando de jogo e escolhendo o ‘quebra-gelo’. A estagiária coloca a mesma regra, e a criança novamente desobedece e quebra todos os gelos sozinha. A estagiária diz então que assim não brincarás e logo em seguida levanta e diz que o tempo está quase acabando. Então, Fernanda se levanta e sai da sala. A estagiária lhe diz que a mãe não estaria na sala de espera naquele momento e que o horário ainda não havia acabado, mas Fernanda vai até a recepção procurando por sua mãe. Ao não encontrá-la retorna para a sala e pergunta onde sua mãe está. A estagiária diz que ela deve ter ido comer alguma coisa e que estaria lá no horário que a sessão acabasse. Sugere que, enquanto isso, guardem os brinquedos. Fernanda bagunça todos os brinquedos, joga todos no chão e desmonta alguns.

A estagiária pergunta por que ela está fazendo isso, mas ela não responde e continua lançando os brinquedos. A estagiária tenta fechar o armário de brinquedos, mas Fernanda fica na frente do armário para que não seja trancado. Abre a porta e pega um brinquedo para guardar em seu bolso, mas a estagiária fala que se não é dela, não pode levar para casa. Ela vai em direção à porta, tenta abrir, mas não consegue, então vai até a pia, lava a mão e passa a mão molhada em um sofá da sala. A estagiária fala para usar o papel, mas ela continua. Depois usa vários papéis sem necessidade. Finalmente, a estagiária abre a porta para ela sair, mas Fernanda continua na sala mudando os móveis de lugar. A estagiária a chama e diz que o tempo da sessão acabou. Ela sai da sala e pergunta pela mãe e então a estagiária a leva até a mãe que já estava na

recepção. Depois dessa sessão Fernanda falta algumas vezes e em seguida a estagiária entra de férias.

Na retomada dos atendimentos, Fernanda começa a brincar com os brinquedos disponíveis no armário ou na caixa lúdica, apesar de não nomeá-los a criança demonstra suas funções por meio de gestos. Ela solicita que a estagiária a imite em seus gestos, mas esta diz que não entende e pede para que fale e explique. A criança responde, mas sua fala é muitas vezes incompreensível para a estagiária que só consegue distinguir algumas palavras, no entanto quando consegue distingui-las, ela as repete para que Fernanda saiba que ela entendeu. Depois de algumas intervenções como essa a estagiária começa a entender um pequeno número de sentenças, mais ainda assim a criança não deixa de representar com gestos muitas das ações.

Fernanda elege novamente o baralho para brincar, porém fica apenas jogando as cartas em alternância com a estagiária. Aos poucos a estagiária recomeça a inserir diferentes regras no jogo do baralho, como a mesma forma, cor ou o mesmo número, e analisa como a criança lida com elas. A criança continua jogando de forma aleatória e muitas vezes diante de alguma regra, desiste do baralho e procura outro jogo. Em determinado jogo a regra era colocar apenas a mesma forma, mas quando a criança coloca outra forma a estagiária intervém perguntando se a forma era igual e a criança diz que sim. A estagiária explica que não é, mas Fernanda discorda. A estagiária segue tentando inserir outras regras, como cada uma joga uma vez, e aos poucos ela vai aceitando e passando a discriminar e verbalizar ‘seu’ e ‘meu’ onde antes não havia diferença.

Os fragmentos clínicos apresentados serão discutidos a seguir com a finalidade de analisar teoricamente algumas especificidades do atendimento infantil que foram produzidas nas sessões. Será preciso ampliar alguns conceitos teóricos a fim identificar sobre quais bases estão assentadas a proposta de trabalho psicanalítico com a criança, ou seja, os fundamentos teóricos que nortearam as intervenções revelando como o trabalho com o significante permitiu acessar o lugar da criança nos fantasmas materno/paterno.

3.4 SOBRE OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS NORTEADORES DO ATENDIMENTO CLÍNICO COM CRIANÇAS

Convém partir de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem (LACAN, 2008, p. 199).

Até o ponto em que pudemos recolher os efeitos produzidos pela escuta psicanalítica, identificamos que o trabalho com o significante mostra-se valioso nos casos de atendimento a crianças graves. Por meio deste possibilita-se que as histórias dos pais sejam revisitadas e ganhem sentidos diferentes, o que favorece a assunção de outro lugar diante dela e promove uma mudança de posição frente ao filho e desse com relação à demanda.

E do que se trata o trabalho com o significante?

A escuta analítica anela estabelecer uma relação entre os significantes que o sujeito traz, assim como o próprio efeito que dá a sua fala. “A questão do significante remete a repetição: retorno regular de expressões, de sequências fonéticas, de simples letras que escandem a vida do sujeito, prontas a mudar de sentido a cada vez que ocorrem, que insistem sem qualquer significação definida”. (CHEMAMA, 1995 p. 199). Dessa forma, concordamos com Brauer (1994) quando ela propõe levar até as últimas consequências a afirmação de Lacan, de que o sujeito é servo da linguagem e “mais ainda de um movimento universal do qual seu lugar já está inscrito no momento de seu nascimento, ainda que somente sob a forma de seu nome próprio” (LACAN, 1978³⁴ apud BRAUER, 1994, p. 22). Retomemos alguns pontos a respeito desse texto de Lacan, citado por Brauer, intitulado *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud* (1998).

Nesse texto Lacan (1998) afirma que a experiência psicanalítica descobre no inconsciente toda a estrutura de linguagem, que está para-além da fala, permitindo reavaliar a concepção tradicional freudiana de que o inconsciente seria apenas a sede dos instintos. Propõe que devemos tomar a letra ao pé da letra, ou seja, na literalidade dos enunciados. Designa por letra o suporte material que o discurso concreto toma emprestado da linguagem. A letra nesse momento de sua teorização equivale a um fonema, isto é, a uma unidade mínima da linguagem. “Essa definição simples supõe que a linguagem não se confunda com as diversas funções somáticas e psíquicas que a desservem no sujeito falante” (LACAN, 1998, p. 498). Especialmente porque a estrutura de linguagem preexiste ao sujeito, portanto o ser de linguagem é anterior ao corpo. Assim, é nesse ponto que Lacan (1998) afirma que o sujeito é servo da linguagem e,

³⁴ LACAN, Jacques. **Escritos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

mais ainda, de um discurso que o inscreve em determinado lugar antes mesmo que tenha existência.

Recorrendo aos conceitos da antropologia estrutural, Lacan vai afirmar que esse discurso instaura uma tradição que funda as estruturas elementares da cultura, estas por sua vez revelam uma ordenação das trocas que são concebíveis apenas pelas combinações autorizadas pela linguagem. Identifica que a condição humana apresenta uma concepção ternária: natureza, sociedade e cultura, ou seja, linguagem. Para se aprofundar na questão da linguagem, toma um algoritmo constituído na linguística e concebido por Ferdinand de Saussure (1857-1913), no qual o significante e o significado têm posição primordial como

ordens distintas e inicialmente separadas por uma barreira resistente à significação. Eis o que tornará possível um estudo exato das ligações próprias ao significante e da amplitude da sua função na gênese do significado (LACAN, 1998, p. 500).

Lacan altera o algoritmo que serviu para fundar a disciplina linguística e reformula o algoritmo saussuriano dando primazia ao significante, já que este tem outro valor que não se limita a suportar um significado (S/s). Essa distinção primordial assume que não há uma correspondência biunívoca, ou seja, que relaciona cada elemento de um conjunto com apenas um elemento do outro conjunto, entre a palavra e a coisa. No código saussuriano o signo reúne o significante e o significado, estabelecendo-se uma relação arbitrária. Na concepção lacaniana a estrutura do significante está em ele ser articulado, portanto o significante não significa nada, é puro som. O que ocorre é que nenhuma significação se sustenta sem se remeter a outra significação, demonstrando-se que a língua é insuficiente para abranger o campo do significado (LACAN, 1998).

Lacan (1998) afirma que o algoritmo é apenas pura função do significante e só pode revelar uma estrutura de significante na transferência. Sobre essa questão, Allouch (1997) ressalta que o significante da transferência é um significante na medida em que pode, eventualmente, representar o sujeito junto a um significante qualquer. Explica que o significante da transferência não o é no mesmo nível dos significantes do inconsciente, pois não está posicionado como um significante no inconsciente, já que estes significantes só advêm após muitas interpretações. Outro ponto que este

psicanalista destaca é que o sujeito suposto saber (SsS)³⁵ também não equivale ao sujeito barrado, pois se trata de dois tempos diferenciados do sujeito. O sujeito do suposto saber é um sujeito à espera de ser representado por um significante junto a outro significante. Trata-se de um modo de subjetivação que “reconhece no acontecimento chamado transferência o seu caráter possivelmente transitório” (ALLOUCH, 1997, p. 442). Para acompanhar melhor essa articulação realizada por Allouch, precisamos incluir mais elementos acerca do significante.

“É fato que a letra mata” afirma Lacan (1998, p. 512). O que isso significa? Como nos explica Brauer (1994), falar é estar na falta do objeto, substituindo-o por palavras. Retomando Lacan (1998), a constituição do objeto encontra-se apenas no nível do conceito, portanto, trata-se de uma suposição ilusória considerar que o significante atende à função de representar o significado. Quando o significante se precipita, ou entra no significado, ele toma seu lugar na realidade. Isso quer dizer que o significante sempre se antecipa ao sentido, desdobrando diante dele sua dimensão. Assim, somente as correlações do significante com o significado formam o padrão de qualquer busca de significação. É na cadeia do significante que o sentido insiste, repete, mas nenhum dos elementos da cadeia consiste na significação. Há, assim, um deslizamento incessante do significado sob o significante.

No texto *O Seminário sobre “A carta roubada”* Lacan (1998) afirma que o que insiste e não deixa de se repetir é a cadeia significante. “Essa própria noção foi por nós destacada como correlata da *ex-sistência* (isto é do lugar excêntrico) em que convém situarmos o sujeito do inconsciente” (p. 13). Define em seguida que é a lei própria à cadeia significante que comanda os efeitos psicanalíticos determinantes para o sujeito, colocando, assim, a ordem simbólica como constituinte para o sujeito.

Lacan evoca nesse texto um conto de Edgar Allan Poe (1809-1849) intitulado *A carta roubada* para introduzir uma metáfora, na qual a carta roubada é a carta/letra que ninguém lê e que produz efeitos de significação pela própria existência e não pelo que de fato está escrito. Nesse sentido, é uma metáfora da Letra que produz efeitos de significação, que materialmente existe, que está em vários lugares, mas que em si mesma não é passível de leitura. Nessa definição o significante é um símbolo de uma ausência. Na análise de Marcio Peter de Souza Leite (1998) não se trata mais de tomar a

³⁵ Trata-se de um conceito que comporta a estruturação lógica do fenômeno da transferência analítica em todas as suas manifestações.

letra como fonema, mas de uma presença material que produz efeitos de significação e que não chega a ser totalmente lida. Assim, no conto apresentado

o que circula não é a carta, são os efeitos de significação sustentados pela carta. A carta está na mesa, parada, ela em si mesma não significa nada, ela é apenas o suporte material do significante (LEITE, 1998, p. 3).

Dessa forma, o significante é o que circula e a significação está presa à Letra, porque quem dá a significação são os outros e cada um significa em função do seu desejo. Essa concepção nos faz avançar para outro texto de Lacan intitulado *Saber Gozo*, publicado no Seminário *De um outro ao Outro* (2008), no qual afirma que é impossível não considerar como primordial na prática psicanalítica a incidência do sujeito e que esse status deve ser sempre questionado. É por isso que em psicanálise ao se tratar de sujeito é essencial retomar a questão da estrutura: “É essa retomada que constitui o verdadeiro progresso, é só ela que pode fazer progredir o que é impropriamente chamado de clínica” (LACAN, 2008, p. 300).

Já no *O Seminário, livro 10: A Angústia*, Lacan (2005) reafirma que o significante é um traço, porém um traço apagado. De início o sujeito é indeterminado, há apenas o traço, um vestígio, uma marca que será apagada pelo significante. “O sujeito são essas próprias maneiras pelas quais o vestígio como marca é apagado (...) o significante nasce dos vestígios apagados” (LACAN, 2008, p. 304-305). É o sujeito que apaga o vestígio transformando-o em olhar a ser entendido como entrevistado. O que define o sujeito é que ele pode apagar seus traços, mas ele é também capaz de ler seu vestígio reinscrevendo-o em outro lugar. No entanto, para essa reinscrição é preciso de um Outro, cuja estrutura não depende do sujeito.

Assim, fazer rastros falsos é um comportamento essencialmente significante. É o que presentifica o sujeito. “Quando um traço é feito para ser tomado por um falso traço, sabemos que há aí um sujeito falante, sabemos que há aí um sujeito como causa” (LACAN, 2005, p. 75). Trata-se de uma operação de denegação que nos faz apagar nossa própria verdade, ou seja, é feito de forma que um traço verdadeiro pareça falso. Portanto um significante é um engodo e uma verdade. A causa original é a causa de um traço que se apresenta como vazio, que quer se fazer passar por um falso traço. Ali onde o sujeito nasce, dirige-se à racionalidade do Outro que tem como efeito posicionar-se no lugar do Outro numa cadeia de significantes e que constituem o único termo de referência possível para o traço transformado em significante. O que alimenta a

emergência do significante é a meta de que o Outro real não saiba. É assim que o significante revela o sujeito, mas apaga seu traço.

O sujeito parte do significante, que é o único elemento cuja certeza é dada pela análise, mas o significante não é capaz de designar a si mesmo. É preciso que haja um apelo ao segundo significante para que o sujeito se divida em S_1 e S_2 . O sujeito advém assim, como efeito desta articulação. Assim, S_1 e S_2 não podem representar a si mesmos, podem apenas se diferenciar. Essa alteridade do significante nele mesmo é o que Lacan designa por “Outro” (A).

Se fazemos dele um significante, o que ele designa é o significante como Outro. O primeiro Outro que há, o primeiro encontrado no campo do significante, é radicalmente Outro, ou seja, Outro que não ele mesmo, isto é, introduz o Outro como tal em sua inscrição, como separado dessa própria inscrição (LACAN, 2008, p. 302).

Essa alteridade do significante exprime o sujeito na medida em que ele só pode ser representado por um significante. O significante não inscreve uma significação, mas sim uma diferença que vem pelo Outro e dá uma forma ao sujeito. Um sujeito só vai surgir como tal a partir da introdução primária de um significante, daquele significante mais simples, o traço unário. Por isso o traço unário é anterior ao sujeito e o constitui. A singularidade do traço é introduzida no real. Entre o sujeito e o real existe o campo do significante, portanto a presença do Outro é anterior a tudo o que pode ser elaborado ou compreendido. No entanto, ao dividir o sujeito há sempre um esse resto, essa prova e garantia da alteridade do Outro, que aponta para uma falta constitutiva no sujeito e no Outro denominado de *objeto a*, pois o campo em que se inscreve o lugar do Outro é o corpo. Disso decorre que o nascimento do sujeito não corresponde ao nascimento biológico.

Se o pegamos em seu nascimento no campo do Outro, a característica do sujeito do inconsciente é de estar, sob o significante que desenvolve suas redes, suas cadeias e sua história, num lugar indeterminado (LACAN, 2008, p. 204).

Para que o sujeito nasça é preciso que ocorra a experiência de falta, ou seja, de castração que corresponde à morte da ideia de totalidade, de completude, de fazer ‘um’ com a mãe para que se dê a entrada na linguagem. Como Brauer (1994, p. 138) pontua, “neurose e psicose são aqui concebidas como fatos de discurso, diferentes incidências estruturais do significante”. Assim, a emergência do sujeito na neurose ocorre a partir do estabelecimento de significantes fundamentais.

Já sobre o significado, Lacan (1998) ensina que o significante só pode operar por estar presente no sujeito, momento em que passa ao patamar do significado, o que quer dizer que o significado fica do lado do sujeito. A estrutura da cadeia significante revela a possibilidade, na medida em que essa língua existe, de nos servirmos dela para expressar algo completamente diferente do que ela diz. Essa função é enfatizada na fala e indica o lugar do sujeito na busca da verdade, dessa forma o sujeito pode se servir do discurso para falar de sua verdade.

Como apresenta Lacan (1998, p. 513) a letra “produz todos os efeitos de verdade no homem, sem que o espírito tenha que se intrometer minimamente nisso”, enfatizando que foi Freud quem descobriu essa verdade e a nomeou de inconsciente. Ao fazer uso da língua, o sujeito pode não se deixar aprisionar em um comunicado qualquer e exprimir a verdade, apesar de todas as censuras. Para ilustrar, recorreremos à citação das músicas brasileiras compostas no período da ditadura militar, que censurava a livre expressão de ideias. Foi o caso de Chico Buarque de Holanda, famoso cantor e compositor que em uma, dentre muitas músicas, se serviu da frase “Afasta de mim esse cálice, pai” para, por meio da homofonia, expressar a alguém ou a muitos a verdade a respeito da repressão à sua voz “Afasta de mim esse cale-se, pai”.

Pelo simples significante que podem constituir minhas acrobacias através dos galhos da árvore, provocantes a ponto de chegarem ao burlesco ou sensíveis apenas ao olhar experiente, conforme eu queira ser entendido pela multidão ou por alguns (LACAN, 1998, p. 508).

O analista pode ser este um na multidão que escutará e destacará essa verdade do sujeito.

Entendemos que essa teorização nos dá condições de oferecer um atendimento para crianças graves seguindo a direção de dar palavras ao desejo que deu origem ao nascimento deste filho, como o propõe Brauer (2003). O analista operará assim no esclarecimento do desejo do qual a criança foi objeto, o que fica mais evidenciado nos casos de psicose, promovendo a condição desejante aos pais e possibilitando à criança sair desse estado de objeto para advir enquanto sujeito.

Sendo o objeto da psicanálise o inconsciente, e seu método o deciframento das formações inconscientes, ou seja, de formações estruturadas como metáforas, o que pode ser analisável em uma análise é o sintoma. Por isso, Brauer (1994) toma as crianças trazidas para atendimento em função de seus graves problemas como sintoma dos seus pais. A autora afirma que a criança trazida é uma forma indireta de demandar

uma escuta que se enderece não exclusivamente a esta, mas a seus familiares. Assim, considera que a transferência que liga os pais aos analistas é a mesma que possibilita o trabalho com as crianças, ou seja, trata-se de uma só transferência familiar.

Em função desta hipótese construímos uma estratégia de trabalho na qual nosso recorte seria a família e não mais a criança. Ofereceríamos então uma escuta analítica individualizada à criança e a seus familiares, obedecendo o critério de procura espontânea, ou seja, propunhamo-nos agora simplesmente a ouvi-los como analistas (BRAUER, 1994, p. 17).

Portanto, ouçamo-los.

3.4.1 O lugar da criança nos fantasmas materno e paterno: o sintoma

Os filhos desempenham para a mãe um papel muito preciso no plano fantasmático. Mannoni (1999) explica do que seria feita a relação fantasmática mãe-filho. Para a mãe a primeira relação com o filho seria um estado semelhante ao sonho no qual o filho é uma espécie de evocação alucinatória de alguma coisa perdida de sua própria infância. Cria esse filho sobre o traço de uma lembrança, na qual estariam incluídos todos os ferimentos sofridos, os sonhos acalentados, expressos numa linguagem do coração ou do corpo. Quando o filho desejado tão ardentemente nasce e a demanda se realiza, cria-se a primeira decepção para a mãe: o filho está separado dela e não fusionado como esperava. É com esse filho separado dela que buscará reconstruir esse sonho.

A esse filho vai se sobrepor uma imagem fantasmática que terá a função de reduzir a decepção fundamental da mãe, originada na sua história infantil. Instaura-se uma relação enganadora entre mãe e filho. Assim, muito será solicitado da criança e à medida que ela responde a essa demanda, o desejo se esvai.

A construção da fantasia o substituirá, para lançar novamente a mãe no caminho que a conduz, numa espécie de miragem, à conquista de um objeto perdido. O filho tornar-se-á, à sua revelia, o suporte de alguma coisa de essencial nela, donde um mal-entendido fundamental entre mãe e filho (MANONNI, 1999, p. 56).

Toda pretensão do filho à autonomia vai corresponder ao desaparecimento, para a mãe, do suporte fantasmático de que ela tem necessidade. Mas a criança não sabe que é chamada a desempenhar um papel para satisfazer um voto inconsciente da mãe, sendo ‘raptada’ pelo desejo da mãe. No caso das crianças com dificuldades ou sintomáticas, essa dificuldade do filho vai ocupar a mãe a ponto de dissimular sua própria dificuldade.

Audry (1999) pontua que ambivalentemente ao lutar por “curar” o filho, os pais lutam por si mesmos e mesmo contra o filho, pois este é essa parte doente que existe neles, cujo desaparecimento eles não poderiam suportar, pois é precisamente a revelação da fantasia que é a fonte de angústia. A situação de angústia é a impossibilidade, para o sujeito, de utilizar a palavra como mediadora.

O nascimento do filho representa para a mãe a recompensa ou repetição de sua própria infância, vindo a ocupar um lugar entre os sonhos perdidos. Sonho este que recebe a incumbência de preencher os vazios do passado, constituindo-se assim uma imagem fantasmática que se sobrepõe ao filho e suas próprias características, escolhas, desejos. “Esse filho de sonho tem por missão restabelecer, reparar o que na história da mãe foi julgado deficiente, sentindo como falta, ou de prolongar aquilo a que ela teve que renunciar” (MANNONI, p.5, 1999). A criança é naturalmente alienada como sujeito autônomo para se transformar num objeto a ser cuidado.

Muitos casos que aparentam psicose, deficiência mental ou outro comportamento considerado anormal podem no decorrer dos atendimentos se mostrarem como cristalizações do sintoma materno. Bruder e Brauer (2007, p. 514) entendem que o sintoma da criança seria a expressão da alienação ao desejo materno, “nessas crianças havia alienação, mas nem sempre ocorria a separação – não da criança, mas do sujeito, ser de linguagem. São crianças que não falam, mas estão na linguagem”.

Esses são apenas alguns dos motivos que justificam o oferecimento de um espaço de tratamento aos pais ou à mãe. Sendo assim, no trabalho apresentado, optou-se por atender o pai juntamente com a mãe primeiro porque ao contrário de muitos casos em que os pais não comparecem e não se implicam com o atendimento dos filhos, o pai de Fernanda vinha com muita frequência e regularidade às sessões, o que nos mostrou que ele tinha o que falar. É justamente o que mostra sua resistência, pois quando foi solicitado que falasse livremente afirma que, sobre si mesmo, não tinha nada para falar. Assim, apenas por meio da filha pode falar daquilo que mais dói nele.

A mãe inicia os atendimentos dando voz ao pai e na primeira fala dele surge a questão da ‘discriminação’. Pai e mãe afirmam que a criança é discriminada tanto por sua família quanto pelas outras crianças da rua e da escola. Ao longo do atendimento descobre-se que por serem primos, ou seja, por haver consanguinidade, também sofreram discriminação de seus familiares. No entanto, amenizam a questão de serem primos e acentuam o fato de que o pai era recém-separado, portanto na racionalização

dos pais a discriminação se deveria mais ao fato de uma possível traição de um relacionamento anterior do que pelo fato de serem primos.

Ao ser perguntado por que resolveram trazer a criança para atendimento, respondem que foi a discriminação sofrida por ela e por ser vista como “anormal”, que os fez perceber que precisavam tratá-la. Nessa fala, escutamos que há algo que os angustia e que deve ser tratado: a discriminação. Ao serem questionados sobre esta questão surge uma resistência, especialmente do pai fazendo barreira para que novos sentidos possam ser produzidos, pois ele só consegue falar sobre a discriminação quando é referente ao sintoma da filha.

A discriminação que os pais sofreram não foi suficientemente elaborada tendo se tornado um sintoma da relação. A filha, por sua vez, veio ocupar e presentificar esse sintoma, assim, ao se deslocar cumpre a missão de evitar que os pais entrem em contato com suas próprias histórias pessoais e dificulta o desdobramento de possíveis novas significações para a discriminação. Dessa forma, o que na mãe ou no pai, ou em ambos, não pôde ser elaborado ou simbolizado vai ser vivido, como eco, pela filha por meio de seus sintomas que ‘falarão’ a angústia materna e/ou paterna. Por isso, quando no tratamento psicanalítico distinguem-se as fantasias maternas e paternas das do filho, o sujeito pode assumir sua própria história ao invés de permanecer alienado na história dos pais.

O relato dos pais sobre a criança inicia-se por tudo aquilo que a mesma não consegue, não sabe, ainda não desenvolveu. Identifica-se um retardamento global em todos os ‘nãos’ que precedem as atividades ou comportamentos típicos dos estágios de desenvolvimento que a criança poderia realizar. A mãe afirma “ela não é anormal, ela só tem essa dificuldade na fala e na escola”, e o pai complementa “porque Fernanda não é uma inválida, doente, anormal, ela só tem esses limites aí”. Esse ponto denota uma situação muito peculiar no atendimento de crianças, na qual os pais não vão se queixar de um sofrimento desencadeado por suas próprias ações, pensamentos, inibições, angústias, ao contrário, eles se queixam apenas do filho. Isso nos faz pensar em qual o lugar dos pais na análise de uma criança ou, ainda, e até mesmo, se é possível uma análise com a criança.

Françoise Dolto (2004, p. 25) afirma que “cada caso patológico é a pantomima de um discurso não verbalizado que significa a afirmação ou a anulação da dinâmica do sujeito”. Sendo assim, pela sua presença o analista pode ajudar os indivíduos a articularem suas demandas, constituindo-se em suas falas em relação às suas histórias

pessoais para poder extrair uma mensagem na qual poderá surgir um sentido. Por isso entendemos que não se pode assumir um tratamento de uma criança sem incluir seus pais, pois os mesmos encontram-se enredados nesse nó que é o sintoma da criança. Assim, Mannoni (1999, p. 43) nos ensina:

O erro é querer, de início, desembaraçar-se de uma mãe tão frágil, mandando-a a um outro analista para fazer uma análise “que lhe diga respeito”. Mas isso não lhe é possível, pois é o filho que “lhe diz respeito”.

Seria preciso fazê-la falar de si mesma, de seu sofrimento, de sua angústia para que o filho seja menos impregnado por ela. Mannoni (1999) pôde afirmar, por meio de sua vasta prática clínica, que a gravidade da doença da criança vai depender do sistema de relações no qual está envolvida. Teoriza que a criança, por meio de seu sintoma, protege o adulto de sua loucura ou desespero e, por isso, o analista precisa de fato se encarregar da família, que se não se sentir verdadeiramente ajudada, “retomará” a criança e impedirá sua mudança ou cura. “É preciso que adultos possam aceitar a cura daquela que, pela sua doença, veda a ferida dos pais” (MANNONI, 1999, p. 71). Afirmar ainda que a cura do filho pode significar, em casos extremos, a morte de um dos pais e, por isso, a análise da criança só é possível se o analista aceitar hospedar nele o objeto de angústia da mãe, podendo mostrar-lhe o sentido que isso tem para a mesma.

Impõe-se ao analista que receba as mensagens dos pais que não poderão suportar suas angústias se não passarem pelo analista do filho. Esse tratamento permite o desaparecimento progressivo no discurso do sujeito de uma palavra alienante que seria a palavra de um dos pais intervindo no lugar do sujeito. No caso apresentado, ao falar sobre o estado de nervosismo e choro que a criança fica nos dias de seu aniversário, a mãe supõe que o motivo seja porque fica “preocupada em receber todo mundo, servir todo mundo”. Pode-se identificar uma projeção da mãe nos comportamentos e expressões emocionais de sua filha, não construindo um espaço possível para que a mesma se expresse. A criança, por sua vez, pode identificar que essa situação de receber e servir todo mundo provoque angústia nos elementos familiares e responder a isso por meio do seu sintoma como uma forma de elaborar essa vivência. Assim, a existência do analista como terceiro importa na medida em que o discurso da criança pode chegar a tomar um sentido diferenciado do da mãe.

Outro ponto a ser destacado é que a mãe decide interromper os atendimentos e, então, logo adoece, para, em seguida, poder reconhecer a importância e necessidade do atendimento para si, bem como de se implicar no trabalho. O adoecimento materno tem

sido um acontecimento clínico frequente e constante, como apontam os estudos de Brauer (1994) e de outros psicanalistas, situando-o como um sintoma histérico. No caso apresentado é justamente esse sintoma que permite a entrada em análise da mãe da criança, sendo ao mesmo tempo um condutor da resistência. Trata-se de um significante (discriminação) que emerge no corpo, possibilitando que sua própria história seja contada, momento em que a mãe começa a tratar de suas questões e dificuldades com o outro sexo.

Manonni (1999) defende que, somente esclarecendo, no que diz respeito aos pais, a situação dos filhos nas fantasias deles é que se chega a obter certo desprendimento que permitirá a análise da criança. Nessa situação é possível que a verdade escondida por trás dos sintomas seja assumida pelo sujeito, bem como ‘libertar’ a criança que tem sua verdade alienada na verdade dos pais. Mannoni (2004, p. 94) nos propõe enquanto analistas:

Não é melhor compreender o lugar ocupado pelo indivíduo no mito familiar a fim de, *se ainda há tempo*³⁶, poder dar-lhe uma significação distinta de que era fixada exclusivamente pelo devaneio materno?

É possível que a criança se desenlace de seu sintoma por meio de uma mudança de posição que a psicanálise pode propiciar. Nas palavras de Mannoni (2004, p. 93), “apenas uma psicanálise pode, nesses casos, tentar restituir o sujeito à razão, desalienando a sua palavra”. No entanto, a psicanalista também aponta um limite temporal ao dizer que se ainda houver tempo o indivíduo poderá ganhar uma significação distinta da fantasia ou desejo materno. Mas será que existe alguma condição psíquica que se configure de tal forma que seja tarde demais para uma intervenção psicanalítica?

Em seu livro *A criança retardada e a mãe* (1999) no qual analisa as mães e seus filhos tidos como retardados, psicóticos e psicossomáticos, ela dá indícios a respeito dessa questão ao afirmar que

uma psicoterapia precoce é tanto mais preciosa pelo fato de que essas crianças estão muito mais expostas do que as outras a se imobilizarem irrevogavelmente num lugar onde representam inconscientemente para o Outro uma falta que têm a missão de preencher, enquanto objeto. Nesse caso, é fácil compreender a razão pela qual a estupidez de certos débeis não é mais do que o preço de um vínculo que só a psicanálise pode romper, contanto que seja empreendida bastante cedo, antes que uma rigidez de

³⁶ Grifo nosso.

estrutura perversa a tenha paralisado definitivamente como tal (MANNONI, 1999, p. 27).

Essa condição de imobilização irrevogável e paralisação definitiva deve ser questionada em cada caso, pois é impossível saber, previamente, o desdobramento de um trabalho analítico.

Identifica-se que as contribuições de Manonni são importantes ao nos reafirmar o papel que o sintoma da criança pode desempenhar junto ao fantasma materno e paterno. Por outro lado, pode-se incorrer em uma posição de culpabilização das mães pelos sintomas de seus filhos e levar a uma questão contemporânea que é uma crítica quanto ao alcance e pertinência da psicanálise diante de casos graves.

Tomando outro ponto particular do caso de Fernanda como exemplo, esta só começou a andar aos quatro anos, após a intervenção de uma terapeuta ocupacional, pois até então não haviam buscado tratamento especializado, achando que em algum momento ela andaria. Françoise Dolto (2004) afirma que os distúrbios do desenvolvimento psicomotor e mental das crianças muito jovens podem ser consequência de relações perturbadas com o mundo.

Quanto mais jovens são os seres humanos, mais o peso das inibições dinâmicas sofridas direta ou indiretamente pelas tensões e pelo exemplo dos adultos mutila o seu livre jogo de vitalidade emocional, e menos podem eles se defender criativamente delas (DOLTO, 2004, p. 13).

Dolto se refere a casos de neurose de modo geral, no entanto em casos como de Fernanda, as consequências são mais acentuadas. Ela segue explicando que essas desordens da infância se referem, sobretudo, à neurose materna ou paterna. As formas como viveram e resolveram a passagem Édipo-Castração refletirá no tipo de experiência que os pais poderão submeter a criança, que carregará o peso da história de cada um de seus pais. “Trata-se quase sempre na primeira infância de distúrbios reativos a dificuldades parentais, a distúrbios entre os irmãos ou do clima inter-relacional do ambiente” (DOLTO, 2004, p. 14). Sendo assim, o sintoma da criança é produzido em determinado contexto das relações familiares.

Como essas relações implicam na constituição do psiquismo humano? Acerca da família, tomaremos o texto inicial *Os complexos familiares na formação do indivíduo*, escrito em 1938 e publicado na obra *Outros escritos*, de Lacan (2003), para abordar alguns pontos teóricos, que nesse momento estão começando a aparecer em sua obra, essenciais à articulação teórica que pretendemos desenvolver neste trabalho. Como

afirma Miller (1984), o referido texto foi posteriormente considerado como precursor do ensino de Lacan.

Ao considerar a família como seu objeto e utilizando seu método próprio, a sociologia estabeleceu que a família é uma instituição. A família moderna (mãe, pai e filho), apesar de ser considerada uma redução da instituição, apresenta uma estrutura profundamente complexa, sendo uma realidade que só é constituída a partir das relações sociais. No texto supracitado, Lacan (2003) defende, no entanto, que a família não pode ser reduzida nem a um fato biológico nem a um elemento da sociedade, pois ela transmite estruturas de comportamento e de representação cujo funcionamento ultrapassa os limites da consciência. Dessa forma, ela “estabelece entre as gerações uma continuidade psíquica cuja causalidade é de ordem mental” (LACAN, 2003, p. 31). O autor destaca que na alçada da família humana as instâncias culturais dominam as naturais, assim, Lacan (2003, p. 29) afirma que a família

afigura-se, a princípio, um grupo natural de indivíduos unidos por uma dupla relação biológica: a geração, que fornece os componentes do grupo; as condições do meio, postuladas pelo desenvolvimento dos jovens e que mantêm o grupo, desde que os adultos geradores assegurem sua função.

Ressalta que a espécie humana é caracterizada por um desenvolvimento singular das relações sociais, sustentada pela capacidade de comunicação mental e por uma economia contraditória dos instintos, afirmando que “sua conservação e seu progresso, por dependerem de sua comunicação, são, acima de tudo, uma obra coletiva e constituem a cultura; esta introduz uma nova dimensão na realidade social e na vida psíquica” (LACAN, 2003, p. 29). É na família que se dá a relação primordial constituinte do ser humano.

Por estar estruturada de forma hierárquica, trata-se do local privilegiado da coerção do adulto sobre a criança, a qual o homem deve uma etapa original e as bases arcaicas de sua formação moral. Freud (1978) já apontava que a família é o lugar de escolha dos complexos psíquicos mais estáveis e típicos, tendo os definido inicialmente como fatores essencialmente inconscientes que desempenham um papel organizador no desenvolvimento psíquico. Descreve, assim, que os sentimentos familiares seriam a imagem invertida de complexos inconscientes. Miller (1984) vai afirmar que Lacan define o complexo essencialmente como um fator de cultura, sendo oposto ao instinto. O termo complexo seria uma pré-estrutura, pois o conceito de estrutura ainda falta a ele nesse momento de sua teorização, já que até então não contava com as contribuições do estruturalismo (MILLER, 1984).

Nesse texto de Lacan foram destacados três principais complexos que serão brevemente comentados aqui: o complexo de desmame, o complexo da intrusão e o complexo de Édipo. Nesse momento ainda não havia situado o conceito de castração, denominando-o por fantasia “por não dispor, naquele momento, do conceito de simbólico” (MILLER, 1984, p.6).

Segundo Lacan (2003), o complexo de desmame marca no psiquismo a relação da amamentação sob a forma parasitária em consequência das necessidades biológicas humanas e vem representar a forma primordial da imago materna. Sendo assim, institui os sentimentos mais arcaicos e estáveis que agregam o indivíduo à família. Esse estágio primitivo é radicalmente diferente do instinto, pois é completamente dominado pelos fatores ambientais. Ao contrário dos animais, no homem é uma regulação cultural que condiciona o desmame.

Enquanto o instinto tem um suporte orgânico e não é outra coisa senão a regulação deste numa função vital, o complexo só ocasionalmente tem uma relação orgânica, quando supre uma insuficiência vital pela regulação de uma função social. É o caso do complexo do desmame (LACAN, 2003, p. 40).

O desmame deixa no psiquismo a marca permanente da relação biológica que ele interrompe e pode ser um trauma psíquico que mostrará seus efeitos nas anorexias nervosas, nas toxicomanias orais e nas neuroses gástricas. Sublinha-se que este complexo é marcado por uma ambivalência, já que ainda não existe um eu, um corpo próprio ou uma noção de exterioridade que possa escolher aceitá-lo ou recusá-lo, como destaca Lacan (2003)

Não falaremos aqui, com Freud, em autoerotismo, uma vez que o eu não é constituído nem de narcisismo, já que não existe uma imagem do eu, nem muito menos de erotismo oral, já que a saudade do seio amamentador, sobre a qual a escola psicanalítica foi ambígua, só decorre do complexo de desmame através da reformulação do complexo de Édipo (p 38-39).

Nesse ponto Lacan não toma o mesmo caminho que Freud, já que este postula que o caminho da libido seria do autoerotismo à relação de objeto. Vemos que Lacan não admite o autoerotismo como sendo o primeiro, pois que já haveria de ter aí a constituição de um eu, quando o que há é a falta de si. Deixando claro que o acesso à realidade e a constituição da personalidade (termo usado neste momento da sua obra) originam-se de um processo. Decorre disso que as psicoses não seriam deficiências deste processo, mas, sim, mudanças de direção. “Não há perda, e sim não-constituição

da realidade, não há despersonalização, mas não-personalização” (ALLOUCH, 1997, p. 435).

Retomando o texto de Lacan (2003), seria a recusa do desmame que fundaria o positivo do complexo, no qual a imago da relação de amamentação se constituiria a partir das sensações próprias da idade precoce, posteriormente organizadas mentalmente. Apesar desses conteúdos não serem representados na consciência, se reproduzem nela e nas estruturas mentais que vão moldar as experiências psíquicas posteriores. Assim, o desmame confere expressão psíquica à imago do seio materno que domina toda a vida do homem. Devido a sua ambivalência, essa imago pode chegar a seu limite a partir da inversão de sua representação, cuja maternidade realiza: “No aleitamento, no abraço e na contemplação da criança, a mãe, ao mesmo tempo, recebe e satisfaz o mais primitivo de todos os desejos” (LACAN, 2003, p. 40).

Em alguns casos, as crianças ficam apegadas às mães até uma idade já avançada, em função da profundidade psíquica na qual se arraiga a imagem materna, sendo difícil de ser sublimada. A despeito disso, afirma que essa imagem precisa ser sublimada para que novas relações possam se dar com o grupo social e, especialmente, para que novos complexos possam integrar essa imagem no psiquismo, no entanto, mesmo sublimada a imago do seio materno continua a desempenhar um papel psíquico importante para o sujeito.

Nesse momento de sua teorização, ainda referindo-nos ao mesmo texto, Lacan (2003) vai afirmar que o mal-estar presente no desmame é associado ao desejo de morte e pode ser sublimado na medida em que o sujeito assume, de forma ativa, a reprodução desse mal-estar, dando origem ao masoquismo primário. Esse movimento psíquico se expressa nas brincadeiras de rejeitar um objeto do campo visual e tornar a encontrá-lo, triunfando sobre o sofrimento. E prossegue explicando que a imagem que poderá fixar um dos polos do masoquismo primário é consumada pela identificação com o irmão,

a imagem do irmão não desmamado só desperta uma agressão especial por repetir no sujeito a imago da situação materna e, com ela, o desejo de morte. Esse fenômeno é secundário à identificação (LACAN, 2003, p. 46).

Dessa forma, relacionado ao complexo de desmame, vemos aparecer o complexo de intrusão, que representa a experiência quando o sujeito se reconhece entre irmãos. Ressalta-se que esta é uma condição muito variável, dependente de questões culturais e do lugar que o sujeito ocupa na ordem dos nascimentos. É nesse momento que se identifica o ciúme infantil, que representa não uma rivalidade, mas uma

identificação mental. Vale ressaltar que o reconhecimento de um rival é primordialmente o reconhecimento do “outro” como objeto, “é especialmente na situação fraterna primitiva que a agressividade se demonstra secundária à identificação” (LACAN, 2003, p. 45). Explica que a tendência típica da libido nesse estágio é sadomasoquista, o que enfatiza a dominância da agressividade sobre a economia afetiva, mas revela também que ela é simultaneamente sofrida e imposta, ou seja, é sustentada por uma identificação com o outro que seria seu objeto de violência. Quando não há essa condição, as reações observadas entre as crianças confrontadas com outras têm um valor totalmente diferente, e costumam ser a exibição, a sedução e a tirania.

Embora haja dois parceiros presentes, a relação que caracteriza cada uma delas revela-se, à observação, não como um conflito entre os indivíduos, mas, em cada sujeito, como um conflito entre duas atitudes opostas e complementares, e essa participação bipolar é constitutiva da própria situação (LACAN, 2003, p. 44).

Dessa forma, cada criança confunde-se e identifica-se com o parceiro. No entanto, há aquelas que apoiam essa relação em uma participação insignificante do outro e vivenciam toda a situação sozinhas. Assim, a identificação se fundaria sobre uma concepção inteiramente imaginária do outro, sendo que essa imagem do outro parece estar ligada à estrutura do corpo próprio e de suas funções de relação.

É nesse complexo de intrusão (...) que Lacan retoma seu “Estádio do espelho”. Quem é, nele, o objeto-imago? É o semelhante. Por isso, na sociedade humana, o que aparece como traço essencial é o ciúme (...) e a função do ciúme como arquétipo dos sentimentos sociais, o estágio do espelho, a competição e o acordo são dados como os vetores, o próprio motor da sociedade humana: competição com o rival e acordo com o igual (MILLER, 1984, p. 13).

Na análise do referido autor, o complexo de intrusão instaurou algo da relação imaginária com o outro, bem como evocou, pela falta constatável, o conceito de Outro visando fundamentar o acordo para além da competição. Miller (1984) compreende que quando Lacan escreveu no quadro negro o ‘esquema L’, contrapondo o eixo imaginário ao eixo simbólico, a relação com o outro imaginário à relação com o Outro simbólico, encontrou ali a boa fórmula do complexo de intrusão.

Sobre a questão da intrusão, Julien (1999), em seu livro intitulado *As Psicoses: um estudo sobre a paranóia comum*, vai afirmar que a primeira experiência da criança não é o aprendizado da linguagem, mas sim a visão do objeto que se trata de um semelhante, um corpo humano. Sendo assim, a captação por intrusão da imagem tem um valor formador do eu.

Essa identificação supõe uma inclusão (...) personalizada, na repetição de certos traços especulares reconhecíveis e familiares (...) assim, a imagem é a verdadeira causalidade do Eu (...) a loucura é, em dado momento, a interrupção de toda dialética numa identificação ideal, onde o Eu crê ver o próprio signo de sua liberdade (JULIEN, 1999, p. 9-10).

Compreende-se que na loucura há uma inclusão, uma intrusão da imagem do outro, sem uma exclusão do objeto terceiro. Nesse caso, a relação imaginária não designa uma exclusão recíproca realizada por meio do confronto especular, mas, sim, adquire a função de captura imaginária. “É isso que se constata no *autismo*: uma identificação puramente adesiva ao outro, uma captura pela imagem do outro, sem uma exclusão recíproca” (JULIEN, 1999, p.13).

Qual seria, portanto, a estrutura dessa imagem?

Para bordejar essa questão nos valeremos de algumas conceituações fornecidas pela teoria da identificação, situada no momento do Estádio do espelho, que corresponderia ao declínio do desmame. Esse momento marca o reconhecimento pelo sujeito de sua imagem no espelho e revela as tendências que constituem sua realidade: um símbolo de seu valor afetivo fornecido pela imagem especular (tão ilusório quanto a imagem), e de sua estrutura, que assim como a imagem é reflexo da forma humana (LACAN, 2003).

Nesse estágio constitui-se uma apresentação afetiva e mental do corpo como despedaçado a partir da proprioceptividade. O interesse psíquico se volta para tendências de recolagem do corpo próprio e, assim, a realidade, submetida a esse despedaçamento, ordena-se refletindo as formas do corpo e fornecendo um modelo de todos os objetos. Acompanhando essa teorização acentua-se o papel e a predominância das funções visuais na estruturação de uma suposta unidade afetiva e de como o sujeito se representa para si mesmo. Essa representação é dada, portanto, pela imagem especular, como explica Lacan (2003, p.48) “o que o sujeito saúda nela é a unidade mental que lhe é inerente. O que reconhece nela é o ideal da *imago* do duplo”.

A imagem do semelhante desencadeia no sujeito emoções e posturas similares, mas enquanto sofre essas sugestões não se distingue da imagem em si. A imagem promove a intromissão temporária de uma tendência estrangeira, exterior, chamada de intrusão narcísica, no entanto a unidade que esta intrusão introduz contribui para a formação do eu, “contudo antes que o eu afirme sua identidade, ele se confunde com essa imagem que o forma, mas que o aliena primordialmente” (LACAN, 2003, p.49).

Assim, o eu manterá dessa origem a estrutura ambígua do espetáculo (tirania, sedução, exibição) que dá forma às pulsões sadomasoquista e escopofílica.

Já mais adiante no texto *O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência analítica*, escrito em 1949, posterior ao texto que vinha sendo discutido, Lacan (1998) vai estruturar a questão nos seguintes termos:

O que se passa no estádio do espelho é uma Identificação, se trata da transformação produzida no sujeito ao assumir uma imagem/imago. Quando se adquire a percepção da imagem como própria, o que ocorre por volta de seis meses de idade, a criança experimenta ludicamente a relação de seus movimentos e de sua imagem refletida “e desse complexo virtual com a realidade que ele reduplica, isto é, com seu próprio corpo e com as pessoas, ou seja, os objetos que estejam em suas imediações” (LACAN, 1998, p. 97). Isso ilustra um dinamismo libidinal. O investimento libidinal próprio desse momento seria o narcisismo primário. Essa libido é dinamicamente diferente da libido sexual, pois a libido narcísica relaciona a função alienante do “eu” com a agressividade presente em qualquer relação com o outro, com os instintos de destruição e morte. Assim, a experiência vivida nesse momento é descrita como:

A assunção jubilatória de sua imagem especular pelo ser ainda mergulhado na impotência motriz e na dependência da amamentação, que é o pequeno homem neste estado de *infans* nos parece, desde então, manifestar em uma situação exemplar, a matriz simbólica (LACAN, 1998, p.97).

É essa matriz simbólica que propiciará que uma imagem se estabilize, uma imagem chamada de “eu ideal”. Nesse momento o “eu ideal” ainda não se objetivou via dialética de identificação com o outro, bem como a linguagem e a cadeia significante ainda não oferecem sua função ao sujeito. O “eu ideal” constitui-se, assim, como origem das identificações secundárias que têm como função a normalização libidinal. Lacan (1998) conclui que essa forma situa a instância do eu, antes de sua determinação social, em uma linha de ficção para sempre irredutível, já que se baseia no imaginário.

Esse momento do Estádio do Espelho é um momento de constituição do eu, no qual o sujeito se antecipa numa imagem, numa forma total do corpo que lhe é dada como uma *Gestalt*, ou seja, numa exterioridade cuja forma é mais constituinte do que constituída, “mas lhe aparece de uma forma que a congela e a inverte, em oposição à turbulência de movimentos com que ele a experimenta” (LACAN, 1998, p. 98). Essa *Gestalt* simboliza tanto a permanência mental do “eu” quanto sua destinação alienante e tem, portanto, efeitos formadores sobre o organismo. O estádio do espelho permitirá

ainda a significação do espaço para o organismo vivo. O efeito dessa ‘captação espacial’ no homem é anterior mesmo à dialética social, que estrutura como paranoico o conhecimento humano, pois não seria possível haver nada antes disso. Assim, um comentador da obra de Lacan aponta que

Essas declarações, à primeira vista estranhas a um projeto que sempre apontara o caráter primordial da referência ao social, são possíveis exatamente porque a causa última desses acontecimentos é, no momento, identificada com a prematura característica do nascimento do ser humano, como se não pudesse haver nada anterior a isso (SALES, 2005, p. 114).

Lacan (2005) vai ampliar essa discussão a respeito da imagem especular no *Seminário, livro 10: A angústia* ao afirmar que a relação especular depende do fato de que o sujeito se constitui no lugar do Outro, e sua marca se constitui na relação com o significante ou com o traço. No Estádio do Espelho, no momento em que ocorre o júbilo, no qual a criança se reconhece e se assume como totalidade, há uma imagem que é fornecida por aquele que está atrás dela, ao qual a criança invoca seu assentimento e retorna à imagem. O sujeito pede ao grande Outro que ratifique o valor dessa imagem, surgindo uma ligação inaugural entre a relação com o grande Outro e o advento da imagem especular denominada $i(a)$. O investimento da imagem especular é um tempo fundamental da relação imaginária, justamente por ter um limite. Assim, no lugar do Outro surge uma imagem de nós mesmos que é falaciosa, mas que é também autenticada pelo Outro.

Lacan (2005) adverte que nem todo investimento libidinal passa pela imagem especular, pois há sempre um resto que é o pivô de toda essa dialética. Essa função é privilegiada sob a forma do falo. O falo virá sob a forma de uma falta (notada por -fi) em tudo o que é demarcação imaginária. O falo aparece como lacuna, como falta, em branco em toda imagem real, ou seja, em toda imagem do corpo funcionando como materialidade do sujeito (como propriamente imaginário, isto é libidinizado). Sendo assim, o falo não é representado no nível imaginário, pois está cortado da imagem especular.

Para articular essa dialética, Lacan (2005) se utiliza da figura topológica do *cross-cap*, na qual o corte pode instituir nela dois pedaços, duas peças diferentes, uma que pode ter uma imagem especular e outra que literalmente não a tem. Trata-se da relação desta falta do falo imaginário com a constituição do objeto a . Há de um lado uma reserva inatingível imaginariamente, ainda que seja ligada a um órgão, e esse

instrumento, que é o falo, deverá de tempos em tempos entrar em ação para a satisfação do desejo. Do outro lado o objeto *a*, este resto, resíduo, objeto cujo estatuto escapa ao estatuto do objeto derivado da imagem especular. A relação do -fí com o objeto *a* mostra que primeiro há a falta. A partir do espelho e do processo de imaginarização fica a falta porque algo não se reflete. Tudo parte da castração imaginária porque não existe imagem da falta. Por isso o bebê será a falta da mãe desde sempre e buscará isso a vida toda.

Essa imagem se caracteriza por uma falta que orienta o desejo, captando-o. O desejo está assim relacionado com a ausência, ordenada por uma presença que está em outro lugar – o objeto *a* em sua função exercida na fantasia.

Nesse lugar da falta onde algo pode aparecer (...) lhes indica que aqui se perfila uma relação com a reserva libidinal, ou seja, com esse algo que não se projeta, não se investe no nível da imagem especular, que é irreduzível a ela, em razão de permanecer profundamente investido no nível do próprio corpo, do narcisismo primário, daquilo que chamamos de autoerotismo, de um gozo autista (LACAN, 1995, p. 55).

Fica assim estabelecido que no reconhecimento de nossa própria forma há um limite, algo que escapa, que não é especularizável, algo do investimento primitivo em nosso ser que é dado pelo fato de existirmos como corpo. Esse resto, esse resíduo não imaginado do corpo vem a se manifestar no lugar previsto para a falta sob o signo da angústia (LACAN, 2005).

Já Brauer (1994) contribui para nossa prática clínica expondo que a partir do estágio do espelho vai se formar o eu imaginário à imagem e semelhança do que é o desejo da mãe para este filho. O espelho materno propicia a passagem de um corpo vivenciado como despedaçado para a constituição do eu. Para que o filho se dê conta de que a mãe é castrada, ou seja, que vivencia a falta e, portanto deseja algo, é preciso que a mãe faça um movimento de renúncia em relação a este filho. Neste momento, ele pode se dar conta de que não é o objeto que a completa, apesar de seus esforços, pode sair da posição de falo imaginário e estabelecer o significante falo como significante daquilo que a mãe deseja.

Por isso, a função do estágio do espelho se trata de um caso particular da função da imago que é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade.

O estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma

identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental (LACAN, 1998, p. 100).

Como o psicanalista pode observar, esse corpo despedaçado mostra-se nos sonhos, nos sintomas psicóticos ou na histeria. Já a formação do “eu” simboliza-se oniricamente por imagens de estruturas fortificadas, espaços com muralhas ou fortificados, como saída dos próprios sintomas do sujeito designando alguns dos mecanismos de defesa da neurose obsessiva.

Lacan (1998) conclui que no momento em que o estágio do espelho termina inaugura-se, pela identificação com a imago do semelhante e pelo drama do ciúme primordial, a dialética que ligará o “eu” a situações socialmente elaboradas. Esse momento faz todo saber humano ser mediado pelo desejo do outro, constituindo seus objetos por equivalência e faz do “eu” essa instância psíquica que estará sempre em perigo diante dos impulsos instintuais. A maturação do “eu” dependerá de uma intermediação cultural no que tange ao objeto sexual que se organizará a partir do complexo de Édipo. O “eu”, portanto, está centrado no sistema percepção-consciência organizado pelo “princípio da realidade”, sendo que a função do desconhecimento o caracteriza em todas as suas estruturas. Assim se compreende a inércia própria das formações do “eu”, os sofrimentos da psicose e da neurose. “Nesse ponto de junção da natureza com a cultura (...), apenas a psicanálise reconhece esse nó de servidão imaginária que o amor sempre tem que redesfazer ou deslindar” (LACAN, 2008, p. 103).

Qual seria a consistência deste nó de servidão imaginária?

No trabalho com crianças ditas graves e, especialmente no caso apresentado nesta tese, o sintoma da criança expressa essa servidão imaginária chamada também de alienação. Na alienação a criança é colocada pela mãe numa posição de objeto e identifica-se com o traço que o objeto materno aporta à criança.

Para ampliar essa compreensão e retomar a questão do significante desenvolvida anteriormente no presente texto, recorreremos à topologia que Lacan desenvolve no *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*, apontando as relações do sujeito com os termos ‘alienação’ e ‘separação’.

Em seu texto *O sujeito e o Outro (I): A Alienação*, Lacan afirma que o sujeito é um efeito do significante e que este significante só pode se produzir no campo do Outro fazendo surgir o sujeito de sua significação. No entanto, só funciona como significante reduzindo o sujeito a não ser mais do que um significante, ou seja, “petrificando-o pelo

mesmo movimento com que o chama a funcionar, a falar, como sujeito” (LACAN, 2008, p. 203). Trata-se de uma falta primordial que se refere à dependência do sujeito do significante, que por sua vez está primeiro no campo do Outro.

Esse movimento promove o desaparecimento do sujeito, qualificado de letal por Lacan e denominado por *afânise* ou *fading* (desaparecimento) do sujeito. Essa é a primeira operação essencial chamada de *alienação* – na qual se funda o sujeito – sendo constituída pelo *vel*, que condena o sujeito a aparecer nessa divisão: de um lado como sentido, produzido pelo significante e de outro lado como *afânise*. “Não há sujeito sem, em alguma parte, *afânise* do sujeito, e é nessa alienação, nessa divisão fundamental, que se institui a dialética do sujeito” (LACAN, 2008, p. 216). Desta forma, o sujeito aparece primeiro no Outro, no que o primeiro significante, o significante unário surge no campo do Outro e no que representa o sujeito para outro significante. Portanto, em sua divisão, o sujeito aparece em algum lugar como sentido e em outro lugar se manifesta como *fading*, desaparecimento. Isso equivale a dizer que o ser do sujeito não pode ser completamente recoberto pelo sentido dado pelo Outro, havendo sempre uma perda. A alienação é, então, própria ao sujeito, que nasce por ação da linguagem.

Essa primeira operação ou primeiro tempo está fundada na subestrutura da reunião. O *vel* da alienação se define por uma escolha forçada cujas propriedades dependem da forma lógica da reunião ao se tratar de conjuntos. A operação da reunião de dois conjuntos comporta um elemento que, independente da escolha feita, tem-se como consequência um *nem um, nem outro*. Por exemplo: ao escolher o ser, o sujeito desaparece, escapa, cai no sem sentido. Ao escolher o sentido, este só existe sem essa parte sem sentido que é o que constitui na realização do sujeito, o inconsciente.

Em outros termos, é da natureza desse sentido, tal como ele vem a emergir no campo do Outro, ser, numa grande parte de seu campo, eclipsado pelo desaparecimento do ser induzido pela função mesma do significante (LACAN, 2008, p. 206).

Sendo assim, na clínica a interpretação do analista não visa tanto o sentido quanto reduzir os significantes a seu sem sentido, o não-senso, para que se possa reencontrar os determinantes da conduta do sujeito.

Outro exemplo, menos teórico, seria a suposta escolha, a partir da expressão *A bolsa ou a vida!* Caso se escolha a bolsa, perde-se as duas e caso se escolha a vida, perde-se a bolsa e vive-se uma vida amputada. Seguindo as concepções filosóficas de Hegel pode-se falar *A liberdade ou a vida!* Aí se engendra a primeira alienação, pela qual o homem entra na via da escravidão e torna patente que o essencial do *vel* alienante

é seu fator letal, no qual a morte entra em jogo. Isso equivale a dizer que sempre está posto em jogo um duelo de vida e morte entre o ser e o sentido “se o sujeito escolhe o ser, perde o sentido, e se escolhe o sentido, perde o ser, e se produz a *afânise*, o desaparecimento do sujeito” (BRUDER; BRAUER, 2007, p. 515). A alienação, portanto, é a captura do sujeito pelo significante, ou dito de outra maneira, o sujeito se identifica ao traço significante ancorado pelo Outro materno.

No texto *O sujeito e o Outro (II): A Afânise*, Lacan (2008) retoma que se a primeira operação se funda na subestrutura da reunião, a segunda operação se funda na subestrutura da intersecção ou produto, que conduzirá o sujeito por essa dialética chamada de *separação*. A separação é representada pela intersecção entre os elementos que pertenceriam ao mesmo tempo aos dois conjuntos. E acrescenta que a separação é a via de retorno do *vel* da alienação, é pela separação que o sujeito acha

o ponto fraco do casal primitivo da articulação significante, no que ela é de essência alienante (...) é no intervalo entre esses dois significantes que vige o desejo oferecido ao balizamento do sujeito na experiência do discurso do Outro (LACAN, 2008, p. 213).

Essa intersecção surge pelo recobrimento de duas faltas. Uma das faltas é própria à estrutura significante. O desejo é revelado e apreendido nos intervalos do discurso do Outro. Esse Outro é o primeiro Outro, que pode ser situado como a mãe. Este lugar de Outro que a mãe ocupa oferece significantes, por meio da fala, aos quais o sujeito vai eleger um para se submeter. É no que seu desejo está para além ou para aquém no que a mãe diz ou faz surgir como sentido; é no que seu desejo é desconhecido que se constitui o desejo do sujeito.

Já a outra falta é a resposta dada a essa captura com a falta do próprio sujeito, seu próprio desaparecimento, ou seja, sua submissão ao sentido dado pelo Outro. É, portanto, nesse ponto de falta que se dá uma torção fundamental pela qual o sujeito reencontra e retorna ao ponto inicial, o de sua falta como tal, da falta de sua *afânise* (LACAN, 2008). Só há uma saída do *vel* da alienação, que é a via do desejo. O que define o sujeito e permite sua separação é aquilo que lhe falta, que constitui o seu desejo. Essa operação de separação permite que o sujeito encontre um espaço entre os significantes no qual seu desejo se constituirá.

De acordo com Bruder e Brauer (2007, p. 519) “para que haja a falta, o sujeito vai ser operado por dois significantes, possibilitado, com a separação, que caia um objeto inexistente e alucinado, *a* (objeto pequeno *a*)”. O *objeto a* se trata daquilo que singulariza o sujeito, já que designa a especificidade do seu desejo. Assim, pela função

do *objeto a* é que o sujeito se separa e busca a parte perdida do ser. Produz-se assim um intervalo no qual o sujeito se instala, deixando cair como resto o *objeto a*, causa de desejo (BRAUER, 1994).

Tomemos como referência outro momento do atendimento com a criança, que é sua suposta reação “agressiva” durante um dos atendimentos, no qual primeiro ela quer ir embora, depois não sai da sala, bem como trata os brinquedos e a cena lúdica de forma diferente dos atendimentos anteriores. Esses comportamentos opositivos a tudo o que a estagiária sugere surpreendem-na tanto em função dos mesmos nunca terem aparecido, já que, em geral, ela era muito dócil, quanto em função de seu caráter abrupto. Podemos lê-los, como um *acting out* que foi dirigido à estagiária em função justamente de sua resistência.

Para justificar essa análise, precisaremos discorrer brevemente acerca das concepções sobre o ato. Jean Allouch em seu trabalho *Marguerite ou A ‘Aimée’ de Lacan* (1997) apresenta um capítulo intitulado *O ‘ponto de ato’ da psicose* no qual apontará que Freud problematiza o ato por meio do ato falho, do sintoma, do *acting out* (agir transferencial ou que escapa à transferência), da compulsão à repetição, do ato psíquico e da inibição. Relembra que no *O Seminário, livro 15: O Ato Psicanalítico* (1967), Jacques Lacan sustenta que em Freud, o ato falho serve de referência para a problematização do ato na medida em que todo ato é falho como tal, ou seja, fracassa. O fracasso também é um modo do dizer, já que se apresenta como uma face significativa. Lacan, desta forma, afirma que mesmo em Freud o ato é colocado como significativo, ou seja, o ato de dizer se produz fora da intenção do sujeito, mas o lapso, por exemplo, é uma “face do ato” que não se deixa absorver em seu valor significativo, não realiza em si mesmo sua plenitude de ato.

Para adentrarmos na questão desses diferentes tipos de ato, será preciso articulá-los à angústia. Como nos explica Lacan (2005), a angústia é a única tradução subjetiva do *objeto a* ou objeto causa de desejo, já que este não pode ser situado em uma intencionalidade de um conhecimento. O objeto está atrás do desejo, ou seja, é causa e objeto porque está dos dois lados, é ao mesmo tempo do outro e do sujeito. Por isso o objeto circula por lugares, furtando-se ao nível da captação que nos é próprio. O objeto deve ser situado no exterior e a satisfação realiza-se na medida em que se liga a algo no interior do corpo. Assim é que há uma constituição de um dentro causado por um de fora:

É a ideia de um exterior de antes de uma certa interiorização, que se situa em a, antes que o sujeito, no lugar do Outro, capte-se na forma especular (...) forma esta que introduz para ele a distinção entre o eu e o não-eu (LACAN, 2005, p. 115).

Esse exterior anterior a qualquer interiorização é o lugar do objeto, a causa. O *objeto a* situa-se a nível inconsciente ali onde existe no discurso o que se articula como Eu (Je). Desta forma, quem deseja é o objeto, já que o sujeito se constitui no lugar do Outro:

É o objeto a que deseja (...) o sujeito, sendo esse objeto fica marcado pela finitude (...) por causa da existência do inconsciente, podemos ser esse objeto afetado pelo desejo. Aliás, é na condição de ser assim marcada pela finitude que nossa própria falta, sujeito do inconsciente, pode ser desejo, desejo finito (LACAN, 2005, p. 35).

É por isso que Lacan vai dizer que reconhecer-se como objeto de desejo é sempre masoquista, identificando-se com um objeto comum, um objeto de troca. Trata-se do masoquismo na função de dejetos: *objeto a* sem brilho, sem possibilidade de colocá-lo em outro lugar. O masoquismo evidencia que é o desejo do Outro que produz a lei. Em Édipo, o desejo do pai e a lei são uma e a mesma coisa, pois somente a função da lei traça o caminho do desejo na media em que proíbe esse desejo, ou seja, a lei impõe o desejá-la. Aqui um mandamento se introduz na estrutura do desejo. Diferente do sádico que busca produzir a angústia no sujeito revelando que é um objeto que deseja, que tem falta.

Mas o que é o *objeto a* no nível do que subsiste como corpo? É o lugar da eleição da angústia, surgindo o chamado fenômeno de borda – nesse lugar delimitado por algo que é materializado na imagem (borda, abertura, hiância), onde a constituição da imagem especular mostra seu limite.

De acordo com a teorização lacaniana a passagem ao ato se dá quando o sujeito se confronta com aquilo que é como *a*. Para explicar, toma como exemplo o caso de Freud da “Jovem Homossexual” a qual apresenta um amor expansivo por uma mulher de maneira viril. Trata-se da função do amor cortês na qual ela se comporta como o cavalheiro que tudo sofre por sua dama. Quanto mais distante o objeto, mais vai além o superestimando. Freud vai entender que essa ligação amorosa visava desafiar o pai. No momento da passagem ao ato, a jovem, em companhia da amada, cruza com o pai em uma ponte, o pai lança-lhe um olhar irritado (de desaprovação) e ela se atira da ponte. Ela se lança, deixa-se cair, ou na palavra utilizada por Freud *Niederkommen*, ela “dá a luz”.

A moça decepçiona-se com o pai em função do nascimento de um irmão e empenha-se em fazer de sua castração de mulher o mesmo que o cavalheiro faz com a dama, ou seja, o sacrifício de suas prerrogativas viris, servindo de suporte ao que faltava ao campo do Outro. Trata-se da suprema garantia de que a lei é efetivamente o desejo do pai e que existe a glória do pai, um falo absoluto (promoção do falo como tal ao lugar de *a*). O ressentimento e a vingança são decisivos na sua relação com o pai, são essa lei, esse falo supremo. Pelo fato do pai ter tido um filho com a mãe e não com ela, castra-se como o homem para dar caução ao desejo do pai.

Já que fui decepcionada em meu apego por ti, meu pai, e que eu mesma não posso ser tua mulher submissa, nem teu objeto, é Ela que será minha Dama, e quanto a mim, serei aquele que sustenta, que cria a relação idealizada com o que foi repellido de mim mesma, com o que, de meu ser de mulher, é insuficiência (LACAN, 2005, p. 124).

O ato retorna à exclusão fundamental em que se sente. O saldo é dado no momento em que se consuma a conjunção do desejo com a lei. O embaraço supremo diante do olhar do pai e a emoção diante da cena da amada (esta lhe pede que pare de lhe cortejar) fazem a Passagem ao ato, ficando totalmente identificada ao *a* ao qual se reduz. No confronto com a lei que se faz presente no olhar do pai, no confronto do desejo com a lei sente-se definitivamente identificada com o *a* e rejeitada, afastada, fora da cena. O abandonar-se, deixar-se cair pode realizar este objeto desejado e rejeitado.

A Passagem ao ato, o deixar-se cair ou largar de mão está do lado do sujeito na medida em que aparece apagado ao máximo pela barra. Por isso o caso da jovem homossexual demonstra a característica estrutural da relação do sujeito com *a* (função de resto). Portanto, a estrutura da Passagem ao ato é esta: do lugar da cena, como sujeito historicizado, só ele pode se manter em seu status de sujeito, então se precipita e despenca fora da cena, evade-se da cena, foge e parte errante para o mundo puro à procura de algo rejeitado (passagem da cena para o mundo). Existem dois registros, um que é o mundo, onde Real se comprime, e outro que é a Cena do mundo, onde homem como sujeito tem que se constituir, assumir um lugar como portador da fala que só pode ser portada numa estrutura de ficção. A angústia surge como um modo de comunicação comum entre o sujeito e o Outro.

Para Freud, a Angústia é um sinal no Eu (*moi*) ou eu ideal como um fenômeno de borda no campo imaginário do eu quando ameaçado. O eu é a projeção de uma superfície, e segundo Lacan este sinal produz-se na borda da superfície especular *i'(a)* que é uma inversão, já que é especular, da superfície real *i(a)*. O eu ideal porta a função

que constitui o eu através de uma série de identificações com alguns objetos. A Identificação, por sua vez, é o princípio do luto, já que o objeto de identificação também é objeto de amor. Nessa situação o sujeito arranca metaforicamente o amante do status em que se apresenta, o de amável (eromenos) para o transformar em erastes (sujeito da falta) que é o instrumento do amor: ama-se com aquilo que não se tem. O *Objeto a* que é o que não temos mais no amor pode ser reencontrado pela via regressiva na identificação com o ser.

É por isso que Freud qualifica exatamente pelo termo “regressão” a passagem do amor para a identificação. Nessa regressão, porém, o *a* continua a ser o que é, instrumento. É com o que somos que podemos ter ou não (LACAN, 2005, p. 132).

É com a imagem real *i(a)* que podemos nos apoderar ou não da multiplicidade dos *objetos a*. Este é o fundamento da relação do homem com sua imagem corporal e com os objetos que constitui seu corpo (com pedaços do corpo original) e que podem ou não serem captados no momento que *i(a)* se constitui.

Antes do Estádio do Espelho, aquilo que será *i(a)* encontra-se na desordem dos pequenos *a* que ainda não se cogita ter ou não ter. Esse é o verdadeiro sentido, o sentido mais profundo a ser dado ao termo “auto-erotismo” – ou sentir falta de si, se assim posso dizer, de uma ponta à outra. Não é do mundo externo que sentimos falta, como há quem o expresse impropriamente, mas de nós mesmos (LACAN, 2005, p. 132).

Antes do Estádio do Espelho não há identificação primária autenticada pelo Outro (imagem real), assim os pequenos *a* ficam soltos, como puro real, sem subjetivação. Trata-se de um momento de suspensão, anterior ao surgimento do *i(a)* e da distinção entre todos os pequenos *a* e essa imagem real, em relação a qual serão restos que se tem ou não. Por isso, na Esquizofrenia, por exemplo, há o fenômeno da fantasia do corpo despedaçado, mas não se pode decidir sobre o determinismo dessa fantasia. Na Psicose, nos ditos fenômenos de despersonalização, a angústia estaria situada no nível pré-especular e pré-autoerótico, já que antes da constituição do eu é impossível situar a angústia. Posteriormente, poderá servir de sinal no eu por intermédio da relação de *i(a)* com o *a* pela sua estrutura de corte, assim, na neurose a angústia já estaria situada no Eu.

No que tange à psicose, Lacan afirma ainda que os objetos não são invasivos, mas é sua própria estrutura, sua forma não especularizável que os torna impróprios para a egoização. Assim, o que é visto no espelho é angustiante porque não é passível de ser proposto ao reconhecimento do Outro. O eu ideal se constitui no espaço do Outro que

testemunha sua comunicação com a imagem especular. Quando sujeito fica cativado nessa imagem é porque a relação dual pura o desapossa de sua relação com o Outro. Nessa relação com o Outro o *objeto a* assume seu isolamento e se constitui como resto, de acordo com esquema abaixo:

A	S		\$: lugar do outro	S: sujeito (função do significante)
\$		A	a: resto	A : Outro Barrado (lhe falta)
a		0	A: Outro	

Tem-se que o sujeito parte da função do significante. Já o sujeito barrado constitui-se no lugar do Outro, como marca do significante. Toda existência do Outro fica suspensa como garantia que falta (Outro barrado) e desta operação há um resto: *a*.

Esse detalhamento teórico sobre o *objeto a* foi necessário para a compreensão do que está em jogo na passagem ao ato, que demonstra a característica estrutural da relação do sujeito com *a*, em sua função de resto, para justamente poder diferenciá-la do *acting out*, já que este se define como tudo o que é oposto da passagem ao ato.

O *acting out* indica sobre a relação do pequeno *a* com o grande A. No caso da jovem homossexual toda aventura com a dama, elevada a função de objeto supremo, é um *acting out*. O *acting out* se mostra na conduta do sujeito, tem uma ênfase demonstrativa, orientada para o Outro, já que aos olhos de todos se exhibe a conduta. Nesse caso a jovem fracassa na realização de seu desejo (ter filho do pai), realizando-o de outro modo e da mesma maneira como erastes (sujeito da falta) se torna amante, ou seja, identificada com aquilo que ela não tem, o falo, para mostrar que o tem, ela o dá (seu amor). Trata-se de uma forma demonstrativa de se comportar como um homem que pode sacrificar-lhe o que tem, seu falo. Desta forma, o *acting out* isola um desejo para mostrar-se como outro e ao fazer isso designa-se:

No *acting out*, portanto, diremos que o desejo, para se firmar como verdade, envereda por um caminho em que, sem dúvida, só consegue fazê-lo de uma maneira que chamaríamos de singular, se já não soubéssemos, por nosso trabalho aqui, que a verdade não é da natureza do desejo (...) o desejo não é articulável, embora seja articulado (...) objetivamente, articulado com o objeto (...) causa de desejo (LACAN, 2005, p. 138).

O *acting out* é em essência mostração velada para o sujeito do *acting out* e também é visível ao máximo mostrando sua causa. O essencial do que é mostrado é esse

resto, é sua queda, é o que sobra nessa história. Entre o sujeito “Outrificado”, em sua estrutura de ficção, e o Outro, não autenticável, o que surge é esse resto *a*, a libra de carne. Como exemplo, Lacan se refere ao paciente de Ernest Kris que vai comer miolos frescos após a sessão em que o analista mostra, da maneira mais irrefutável, que ele não é um plagiador. Tudo o que o analista fala é verdade, mas não toca na questão, restam os miolos frescos. Para mostrar isso, o paciente os come para poder contar na próxima sessão.

O *acting out* também é um sintoma, que se mostra como outro e por isso deve ser interpretado na transferência. O sintoma não é apelo ao Outro, mas Gozo encoberto, ele se basta. Por isso que Lacan vai dizer que o *acting out* é o começo da transferência, é a transferência selvagem:

A transferência sem análise é o acting out. O acting out sem análise é a transferência. Resulta daí que uma das questões formuladas acerca da organização da transferência (...) seu manejo – é saber como se pode domesticar a transferência selvagem (LACAN, 2005, p. 140).

Sendo assim, não se deve interpretar um *acting out*, pois surte poucos efeitos, já que não é o sentido interpretativo que se dá a ele que interessa, mas o que importa é o resto.

Trata-se de um acting out, logo, dirige-se ao Outro, e, quando se está em análise, dirige-se ao analista. Se ele ocupou esse lugar, pior para ele. Afinal, ele tem responsabilidade que cabe ao lugar que concordou ocupar (LACAN, 2005, p. 142).

Portanto, retomando o caso de Fernanda, tratou-se de um ato dentro da transferência, que só pode ter lugar em função do trabalho que vinha sendo desenvolvido com ela e com sua mãe.

Na medida em que a criança não segue as regras propostas/impostas pela estagiária no jogo do baralho, a estagiária se recusa a continuar brincando com ela e em seguida ameaça expulsá-la ao olhar o relógio e dizer que a sessão está quase acabando. A criança reagiu tanto a essa rejeição quanto aos imperativos “arrume tudo antes de sair”, “não saia até que eu o permita”, “devolva os brinquedos”, “volte para a sala”, gerando uma tensão impossível de ser resolvida no nível da linguagem, restando a atuação. Entende-se que a própria resistência da estagiária promoveu o *acting out* na criança, tendo sido uma mostração do lugar em que ela estava sendo tomada na sessão. No entanto, a atuação parte de um ego que se mostra de forma combatente e busca se contrapor ao imperativo e não satisfazê-lo ou se alienar a esse desejo. Entendemos que a

agressão não vem da frustração, mas surge pela separação. Há uma luta para quebrar o espelho, a identificação que quer abandonar. Para poder ser o sujeito precisa se identificar e por isso a quebra do espelho ou desta identificação pode ser considerada regressiva.

A psicanalista Jussara Falek Brauer se deparou com muitas situações clínicas semelhantes a essa em sua prática e as articulou em um texto intitulado *Entre a Inibição e o ato: fronteiras do trabalho analítico com crianças* (2000), no qual faz a exposição sobre seu trabalho com crianças graves que se apresentam clinicamente ora com atuação exacerbada ora em silêncio e imobilidade.

A autora retoma o texto freudiano, pontuando que as inibições são restrições das funções egóicas que são impostas como medidas de proteção ou que surgem como resultado de um empobrecimento de energia. Se a inibição é um distúrbio egoico, o sintoma é uma formação do inconsciente. Para Freud, a pré-condição dos estados patológicos é um enfraquecimento relativo ou absoluto do ego. As exigências superegoicas podem ser tão poderosas que paralisam o ego frente às suas outras tarefas. Na estrutura da psicose o ego entra em falência e a inibição é decorrente deste distúrbio de funcionamento. Nas palavras Lacanianas, o significante quando forcluído, e não recalcado, faz solicitação ao ego que supre a falha, produzindo inibição (LACAN, 1997). A Inibição é entendida então como antípoda do ato, como uma forma de certa paralisia (BRAUER, 2000).

Freud (1998) também afirma que a Transferência é uma repetição e a repetição, a transferência do passado esquecido. A repetição em ato inclui o ato.

O analisando não recorda nada do que foi esquecido ou reprimido, vive-o de novo. Não o reproduz como recordação, mas como ato; repete-o sem saber, naturalmente o repete (FREUD, 1998, p.13).

Transferência implica em ato que implica, necessariamente, em algo atual. Nas palavras de Lacan:

Dimensão sempre evitada da transferência, a saber, que a transferência não é, simplesmente aquilo que reproduz e repete uma situação, um ato, uma atitude, um trauma antigo. Há sempre uma outra coordenada, que enfatizei a propósito da intervenção analítica de Sócrates, ou seja, nominalmente, no caso que estou evocando, um amor presente no real (LACAN, 2005, p. 122).

É em função desse amor real que se institui a questão central da transferência, aquela que o sujeito formula para si mesmo a respeito do *ágalma*, ou seja, que lhe falta,

pois é com essa falta que ele ama. É essa falta que ama, por isso amar é dar aquilo que não se tem (para poder ter o falo é preciso não sê-lo).

Nos casos relatados em seu artigo, Brauer (2000) afirma que há diversos atos destas crianças psicóticas na transferência que podem ser lidos ou não a depender de quem os escute. A autora afirma que a criança se expressa pela brincadeira, onde é possível ler algo de sua subjetividade. O brincar é aqui tomado com um espaço de metaforização no qual o discurso de uma análise pode ser tecido. O brincar é um ato mediado pelo simbólico. A autora relembra o que está em jogo na brincadeira do *Fort da*: trata-se de uma repetição de uma situação de desprazer (ausência da mãe) e a repetição da situação agradável (retorno da mãe), atuada no jogo do carretel. Este jogo seria lido como um ato que põe limite ao gozo ao forjar duas novas palavras, estabelecendo uma metaforização em curso. O brincar de uma criança é um *acting out*.

No caso das crianças psicóticas, seu comportamento não pode ser considerado na categoria de um brincar estruturado. Localizar-se-ia no sentido da passagem ao ato. Em muitos dos atendimentos clínicos acompanhados e relatados pela autora, as crianças em questão ao invés de brincar faziam passagens ao ato que quebrava a paralisia ou inibição do trabalho. Quando um ato da criança é tomado como significante e pontuado no discurso da mãe produz efeito de rememoração e de associação livre. Há uma repetição da criança que não pode ser lida na linha do recalamento da mesma, mas que tem impacto sobre o discurso materno: O ato do menino quebra a paralisia do tratamento, e põe o discurso a rolar (BRAUER, 2000, p. 79). Esse menino havia batido no estagiário antes de haver batido uma bola, batido dois carrinhos.... esse comportamento do menino foi lido como uma passagem ao ato: o “bater” que deveria ser um brincar de bater vira ato de bater. Nesse caso o simbólico falha. Uma passagem ao ato psicótica é algo que se escreve em segunda potência:

Quer dizer, que só depois de submetida à inibição, e não ao recalamento característico da estrutura neurótica, é que a letra se efetua, mas na forma de um ato concreto, que ocorre por colocar em suspenso a inibição (BRAUER, 2000, p. 80).

A passagem ao ato supostamente não se endereçaria a ninguém, mas sempre encontra algo a dizer, há sempre um elemento de sentido presente:

A passagem ao ato é a realização em ato daquilo que no sonho é fantasia. É portanto um enigma a ser cifrado, um enigma em ato, da ordem da escritura, feita para ser lida antes de decifrada (BRAUER, 2000, p. 82).

Para Jean Allouch a letra é ela própria ato, regramento de gozo, ocasião de gozo. Fato de estrutura simbólica, da ordem da escritura, a letra que aí se inscreve não se endereça a ninguém, não se consagra à circulação de nenhuma informação. “Resta um resto desta produção formal de um resto” (BRAUER, 2000, p. 82). Assim, a passagem ao ato é um outro modo de transmissão diferente do puramente formal, das ciências exatas.

É para estabelecer um limite ao gozo que a criança atua seu brincar, falar será sua grande realização cultural, diria Freud, a renúncia instintual, para o que ela terá se apoiado na leitura de seu parceiro, o analista (BRAUER, 2000, p. 82).

Compreende-se que o brincar das crianças com graves distúrbios é também da ordem do significante, tratando-se de outro modo de transmissão (diferente do formal). É uma transmissão que usa o ato como meio.

Acredito que esses conceitos apresentados aqui são de suma importância para o trabalho com as crianças que deve ser feito com rigorosidade teórica para que possa promover novas saídas para o sujeito. Entendo que essa apresentação possibilita uma articulação com a clínica de forma a conduzir diferenciadas propostas de cuidado e tratamento das crianças.

4 UMA PROPOSIÇÃO DE TRABALHO

Este capítulo objetiva articular os conteúdos já apresentados, que tratam tanto da questão institucional relacionada às possibilidades de tratamento às crianças com distúrbios graves do desenvolvimento no campo da saúde mental quanto do atendimento psicanalítico junto a essas crianças, demarcando nossa proposição de trabalho.

4.1 A QUESTÃO INSTITUCIONAL E A PSICANÁLISE

É preciso ressaltar que a escolha pelo termo “crianças com distúrbios graves”, como consta no título da presente tese, remete à classificação psiquiátrica a qual compreende o termo como transtornos globais do desenvolvimento (autismo, síndrome de Rett, transtorno de Asperger, transtorno desintegrativo da infância, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação e espectro autista). Já a utilização do termo “psicose infantil” seria mais apropriada à compreensão psicanalítica, porém não foi utilizado exatamente para promover um diálogo com o saber psiquiátrico que orienta, como vimos, a maioria das práticas no campo da saúde mental. No entanto, o embasamento de todo desenvolvimento da argumentação desta tese parte da orientação psicanalítica, que compreende justamente esses casos no campo da psicose infantil.

Como resalta Brauer (2003) a função do diagnóstico fundamentado na psicanálise é diferente do psiquiátrico. Na psicanálise não se trata de diagnosticar o quadro psicopatológico (neurose, psicose ou perversão), e sim diferenciar a estrutura do sintoma. Nem tudo o que tem aparência de loucura corresponde a uma estrutura psicótica, pois falar em estrutura é muito diferente de falar em comportamento. Muitas vezes o sujeito em afânise, por exemplo, comporta-se fenomenologicamente como psicótico no sentido psiquiátrico do termo, no entanto a afânise supõe o inconsciente e, portanto a possibilidade de saída dessa condição. No caso apresentado nesta tese entende-se que não se trata de uma psicose infantil, mas do estabelecimento de uma transferência psicótica, o que se configura como um caso grave que demanda por dispositivos não tradicionais.

Sendo assim, faz-se necessário tornar evidente nesta tese qual baliza fundamenta a aproximação teórica que se busca fazer para se propor um trabalho com essas crianças, bem como algumas condições para que o tratamento psicanalítico possa acontecer na clínica da psicose infantil. Portanto, nessa proposição de trabalho o

discurso da criança não será considerado como psicótico, mas como indicativo de afânise (BRAUER, 2000). Essa consideração se deve às dificuldades e perigos de estabelecimento de um diagnóstico em um momento de desenvolvimento da criança e dirige-se a um diagnóstico posicional e não estrutural no qual se leva em consideração a posição que a criança ocupa no fantasma materno.

Essa consideração é possível por se tratar em psicanálise do sujeito do inconsciente. O inconsciente é uma estrutura, ou seja, dá-se a partir de uma articulação estrutural e como sujeito constituído de formações do inconsciente, que tem uma estrutura sincrônica e metafórica. A psicanálise estrutural trabalha em um eixo temporal no qual diferentes cenas da história do sujeito se dispõem simultaneamente e, portanto deixa de lado o eixo diacrônico, não se ocupando do desenvolvimento do sujeito ao longo do tempo ou do atraso desse desenvolvimento. Por isso, como relembra Brauer (2000, p. 68), “em Lacan não existe inconsciente deficiente, existe inconsciente articulado. Existe posição de sujeito”.

Esta proposta de trabalho não se desenvolveu embasada nas propostas da saúde mental, fundadas sobre o discurso médico, mas se fundamenta sobre outro paradigma, que é a psicanálise, a partir da qual se busca formas alternativas de tratamento e que criam possibilidades de articulação com esse campo. Por ser realizado dentro de uma clínica-escola, ou seja, em uma instituição, precisa necessariamente dialogar com esta em função de que algumas determinações positivistas incidem de forma quase que exclusiva sobre ela.

Para muitos autores, tais como Di Ciacca (2003), as instituições educacionais geralmente operam de forma exclusiva no discurso do mestre, sem possibilidade de circulação entre os discursos. Sendo assim, como pensar a presença e operação da psicanálise nas instituições?

Antes de avançar por esse caminho, é preciso apresentar algumas breves conceituações acerca do discurso do mestre que permitam a compreensão da relação que este estabelece com as instituições no campo da saúde mental, mas neste momento está longe de nossa pretensão discutir a teoria Lacaniana dos Discursos.

Lacan (1992), no *Seminário 17: O Averso da Psicanálise* – que ganha este título em função do discurso do mestre ser avesso ao discurso do analista – afirma que mediante o instrumento da linguagem instauram-se certo número de relações estáveis, constantes, por meio das quais se pode inscrever algo bem mais amplo do que suas efetivas enunciações. Por não haver possibilidade de uma realidade anterior à realidade

discursiva, no que concerne ao sujeito falante, o discurso é concebido como estatuto do enunciado e como responsável pela fundação e definição de cada realidade. Em outros termos, “o sujeito falante se inscreve em uma realidade discursiva preexistente, a partir dos significantes do campo do Outro” (JORGE, 2002, p. 25).

Ao analisar os lugares fixos dos discursos há uma referência da parte do sujeito em relação ao Outro, sendo que “todo e qualquer discurso apresenta uma *verdade* que o move, sua mola propulsora, sobre a qual está assentado um *agente*, o qual se dirige a um *outro*, produtor, a fim de obter deste uma *produção*” (JORGE, 1997, p. 158) e cada um destes apresenta-se formalmente como um algoritmo³⁷ com quatro posições. Lacan (1992) atribui ao agente o lugar de dominante do discurso e explica que há leis de estrutura que fazem com que estas sejam sempre situadas no lugar dominante no discurso do mestre.

Ao propormos a formalização do discurso e estabelecendo para nós mesmos, no interior dessa formalização, algumas regras destinadas a pô-lo a prova, encontramos um elemento de impossibilidade. Eis o que está propriamente na base, na raiz do que é um fato de estrutura (LACAN, 1992, p. 43).

Essas posições são ocupadas por quatro termos diferentes: S1, o significante-mestre; S2, a bateria de significantes ou o saber; S, o sujeito barrado ou dividido; e *a*, o objeto *a* ou o mais-gozar. Como a ordem entre os termos é fixa, sua rotação pelas posições, em movimentos de um quarto de volta, resulta em quatro modalidades de discurso: do mestre/senhor, da universidade, da histeria e do analista. Assim, para Lacan (1992) os discursos constituem os tipos mais abrangentes de laços sociais.

Nesse texto Lacan (1992) vai associar certos fenômenos históricos a determinados discursos, o que não significa que a teoria dos discursos tem a ambição de fornecer uma chave para interpretar a história nem postular uma correspondência entre um discurso e uma época, mas o peso relativo de cada discurso se altera de uma época para outra. Identifica o capitalismo, a ciência moderna e a burocracia com o discurso da universidade, bem como relaciona o advento do capitalismo à passagem do senhor antigo (representado pelo discurso do senhor) para o senhor moderno (representado pelo discurso da universidade), conforme ressalta Castro (2009).

Lacan (1992) propõe que o discurso do mestre é o discurso do senhor. A essência do senhor é o fato que ele não sabe o que quer – é isso que constitui a

³⁷ Algoritmo é definido por uma sequência finita de regras, raciocínios ou operações que, aplicada a um número finito de dados, permite solucionar classes semelhantes de problemas (HOUAISS, 2009).

verdadeira estrutura do discurso do senhor. Já o escravo sabe o que o senhor quer, mesmo que este não saiba “o escravo o sabe, e é isto sua função de escravo” (LACAN, 1992, p. 30). O desejo do senhor é o desejo do Outro, pois é o desejo que o escravo predispõe, mostrando o cerne do que está em jogo na tirania de um saber que se constitui como uma totalidade fechada, como tudo-saber. O sinal da verdade está em outro lugar e deve ser produzido pelos antigos escravos e que no tempo moderno são os produtos.

É no discurso do mestre que está representada a postura própria ao usuário da linguagem: “a linguagem é efeito do discurso do mestre e sua estrutura é a mesma desse discurso” (JORGE, 2002, p. 29). A partir do discurso do mestre encontramos os demais três discursos: da histórica, do analista e do universitário. Para que o sujeito entre na ordem simbólica, é necessário um significante-mestre (S_1), o qual determina a castração e, por conseguinte, tem relação com algo da ordem do falo. No discurso do mestre se trata de um sujeito que sabe e não de um sujeito suposto saber, como no discurso da psicanálise. Assim, o discurso do mestre provoca um assujeitamento do outro, de forma contrária ao que ocorre no discurso do analista, o único em que o outro ocupa o lugar de sujeito (JORGE, 2002). A produção relativa ao discurso do mestre é o objeto a , visando fundar a realidade do objeto (JORGE, 1997).

Já no discurso do universitário o sujeito aparenta ser sem furo, sendo o outro tomado como objeto, isto é, há uma propensão em objetificar o outro a partir do saber. Além disso, o discurso universitário, por ter como dominante o S_2 , exprime uma determinada tirania do saber científico. Neste laço social a verdade do sujeito (S_1) é descartada pelo mandamento de tudo saber, de modo que o sujeito da ciência universitária passa a ser configurado como um sujeito da crença – crença num saber onisciente (QUINET, 2009). Trata-se de um saber (S_2) que tem como pretensão objetificar (a) o outro de forma a produzir um sujeito dissociado de seus significantes primordiais (S_1). Dessa forma, ao outro só restaria o silêncio, e quando enuncia algo é da ordem da reprodução de enunciados tornando-se apenas um porta-voz (JORGE, 1997). Contrapondo-se a isso, o questionamento ao mestre, característico da histórica, produz o saber, e não a mera reprodução do saber já concebido pelo sujeito.

Retomando a argumentação de Baltazar (2007), apresentada na Introdução da presente tese, haveria duas maneiras do discurso médico atuar sobre o sintoma, via discurso do mestre ou via discurso universitário. Ampliando essa discussão, tem-se que no discurso do médico vigendo como discurso do mestre o corpo comparece como

produto (*a*), apresentando-se como uma tela para transparência da doença definida pelo jogo dos significantes. O discurso do mestre toma o sujeito em posição de verdade da doença, que não teria outra verdade a não ser a dos sintomas “ela seria o sintoma dado como verdade” (BALTAZAR, 2005, p.8). O S_2 seria o saber escravo de uma língua ideal e o S_1 o significante mestre dessa língua. Aqui a morte é tida como fazendo parte da vida, limitada pelo real.

A autora diferencia que no discurso do médico vigendo como discurso do universitário o sintoma não é mais signo falante, e sim mudo, que reenvia à lesão perdendo seu valor simbólico. Esse saber toma o corpo como instrumento cuja verdade é a morte, mas que não põe limite à vida. Opera-se uma regressão no discurso do mestre, recaindo no discurso universitário. Aqui a morte assume posição de verdade. O S_1 não é dialetizável, surgindo em posição de verdade absoluta, reinando sobre a vida que seria a fonte da doença em seu ser. O corpo (*a*) será investido desse saber que o fragmenta em tecidos e o examina para além do simbólico. Nesse caso o corpo não é signo de nenhum sujeito, estando fragmentado a serviço do saber médico. O S_2 é um saber que coloca a morte em posição de verdade, sendo o sujeito um resto descartável, que é produto desse discurso, mas não articulado a ele e que retorna do real.

É preciso, portanto, encontrar mecanismos de atuar no campo da saúde mental que façam frente a essas duas formas de discurso, a serviço do discurso médico, promovendo possibilidades de convocação e comparecimento do sujeito por meio do discurso do analista, que opera com um saber que não se sabe. Saber sem saber é um enigma e sua característica é a mesma da verdade, que nunca se pode dizê-la a não ser pela metade. A função do enigma é um semi-dizer, uma enunciação. A posição do psicanalista é feita do objeto *a*, na medida em que esse designa precisamente o que se apresenta como o mais opaco: “trata-se do efeito de discurso que é efeito de rechaço” (LACAN, 1992, p. 40). O próprio analista representa o efeito de rechaço do discurso, ou seja, o objeto *a*. Assim, a experiência analítica delimita que nenhuma evocação da verdade pode ser feita se não para indicar que esta só é acessível por um semi-dizer.

Ao operar a partir do discurso do analista nas instituições não se trata simplesmente de repelir o discurso do mestre, até porque este é instituinte, mas promover a circulação entre os discursos, fazendo o sujeito aparecer em um lugar em que é tomado como objeto tanto pelo discurso do mestre quanto do universitário.

Para Mariage (2007) a instituição deve funcionar como lugar de acolhimento ao qual se demanda levar em conta o inacessível do gozo, ou seja, a instituição precisa

responder à necessidade de criar um lugar onde se possa levar em conta este real intratável pelo discurso do mestre. Nas instituições só seria possível trilhar um eixo de trabalho analítico na medida em que se esteja orientado pela escuta daquilo que faz o eu advir como sujeito, com suas próprias marcas, com seu desejo, com seu gozo.

Como a autora ressalta as psicoterapias vigentes no campo da saúde mental ao se encarregarem de monossintomas, tais como crianças autistas, hiperativas, bipolares etc., só fazem fracassar diante destes, pois se tratam de formas de terapias autoritárias que se mostram devastadoras para alguns sujeitos psicóticos. As psicoterapias atuam sobre o “sujeito psicológico”, da introspecção, da consciência, do sujeito da livre vontade, do eu como inserção do indivíduo em um sistema de comportamentos sociais, que se distingue do sujeito do inconsciente sobre o qual a psicanálise opera. O inconsciente não se submete – é ele quem nos sujeita, havendo um impossível que sempre escapa.

Di Ciacca (2003) afirma que algumas instituições convêm ao sujeito psicótico, pois conseguem ser mais fortes do que tudo o que se impõe a estes, encarnando um Outro implacável, a fim de que ele se cale. O autor propõe que se correlacione o dispositivo institucional com a posição do sujeito em sua relação com a fala, com a linguagem, ou seja, “da receptividade do sujeito quanto à fala e de sua implicação em seu dizer” (DI CIACCA, 2003, p.38). Afirma, ainda, que na instituição na qual atuou, onde se acolhia crianças psicóticas, forçava-se “docemente a criança a entrar no campo da fala que permite um endereçamento” (DI CIACCA, 2003, p.35). Nesse sentido, Mariage (2007) analisa que Maud Mannoni teria criado uma instituição despedaçada, assim como o corpo o é para os esquizofrênicos.

Di Ciacca (2005) defende que criança e instituição estão necessariamente ligadas pela matéria-prima que as constitui, a linguagem. A linguagem como estrutura está na origem de toda forma institucional. Se nela há algo que nenhum discurso pode dizer, chamado por Freud de “pulsão de morte” e de “gozo” por Lacan, há na instituição esse impossível de dizer também. O autor afirma que a criança está ligada à instituição porque é na linguagem que ela se humaniza, sendo essa mesma linguagem que situa a criança no lugar da fantasia. Seria a partir de uma operação sobre a fantasia que a psicanálise incidiria e não pela via de uma intervenção cujo objetivo seria a adaptação da criança a determinado contexto social.

Já o psicanalista Alexandre Stevens (2003), fundador do trabalho psicanalítico em uma instituição entre a fronteira da França e da Bélgica chamada *Courtil*, que acolhe crianças e adolescentes com distúrbios graves, afirma:

Penso que é preciso (...) inventar uma instituição que dê lugar a uma instituição para cada caso, para cada sintoma (...). É preciso produzir uma instituição tal que permita a existência, no seu interior de tantas instituições quanto de sujeitos que a habitam (STEVENS, 2003, p. 17).

Trata-se, portanto, da condição de elaborar ininterruptamente a clínica. Esse dispositivo pode oferecer ao sujeito psicótico a escuta de seu sofrimento, abrindo a possibilidade de encontrar pontos de amarração, permitindo fixar o gozo que o invade. Há promoção de um espaço para rearranjar os lugares em que o sujeito possa falar, escutar-se e se organizar a partir de seu sintoma. Dessa maneira, o que guiará o trabalho será a transferência e não um ideal ou parâmetro de comportamentos, de tipos de laços sociais, ou seja, de lugares pré-formatados e pré-estabelecidos para o indivíduo, propalados pelas instituições.

4.2 A PROPOSTA PSICANALÍTICA: TEORIA E TÉCNICA

Freud (1990), em seu importante texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, foi pioneiro em pensar a infância como sendo uma etapa determinante na constituição do sujeito adulto. A criança é um ser em desenvolvimento também no âmbito psicanalítico, necessitando de um campo específico para a psicanálise de crianças.

Mas qual articulação teórica é possível no caso da criança?

Como retoma Brauer (2000), Freud deixa antever que a estrutura psíquica na infância seria por excelência a estrutura perversa. Lacan (1988) vai afirmar que a relação da mãe com a criança é perverso polimorfa, repousando nessa relação o fundamento da perversão infantil. O autor colocará ênfase sobre a pulsão e o valor do objeto pulsional ou objeto *a* dentro da estrutura. Diferentemente de Freud, Lacan tem uma abordagem estrutural do sujeito, situando a criança como uma posição e não como uma fase (ALLOUCH, 1997).

Seguindo ainda a contribuição deixada por Freud (1990), na qual criança é um polimorfo perverso, não seria possível falar de estruturas clínicas, só havendo uma tomada de posição em relação a estas na adolescência. Essa argumentação teórica seria possível, no entanto encontramos na clínica tanto crianças neuróticas quanto psicóticas. Dessa forma, se a questão for tomada a partir da perspectiva da estrutura clínica, surge um problema, um impasse em relação ao trabalho analítico com crianças.

Para Lacan (1997) a psicose não tem uma pré-história que se localizaria na infância, trata-se de um acontecimento da vida adulta, e sendo assim não se falaria de psicose na infância. Em decorrência das articulações teóricas realizadas no texto *Duas notas sobre a criança* (LACAN, 1988), conclui-se que é possível pensar a análise de crianças tendo como referência os conceitos de sintoma (o sintoma da criança responde ao que há de sintomático na estrutura familiar) e de fantasma (quando o sintoma da criança compete à subjetividade da mãe, na qual a criança está colocada como correlato de um fantasma). São, por conseguinte, dois conceitos já bastante teorizados no campo psicanalítico.

Essa teorização nos permite utilizar como estratégia de atendimento a tomada da criança e de seu sintoma a partir da estrutura familiar, na qual criança e pais são posições que se assume, portanto, no interior dessa estrutura. Essa proposição quebra com uma ordem de leitura da criança que a toma em sua positividade, como ser em desenvolvimento, e explora a queixa materna ou paterna na perspectiva de um gozo que falta e é demandado da criança.

Trata-se de operar para que, da posição de alguém que não está apto a ser esse objeto desejado, e que não pode, portanto existir enquanto tal, a criança possa passar a uma existência, e ainda, que a partir dessa operação possa se desfazer o equívoco que deixa a mulher “a salvo”, fora da experiência de falta que a constitui como sujeito (BRAUER, 2000, p. 54).

Trabalhar na estrutura familiar é uma possibilidade, sugerida mesmo por Lacan (1988) no referido texto *Duas notas sobre a criança*, na qual a psicanálise seria um dispositivo que nos permite completar o trabalho de transmissão do significante que se iniciou na relação familiar pelo esvaziamento dessa posição de objeto em que se encontrava a criança. Permite-se, assim, que a criança se referencie ao Outro e não mais à mãe ou à família.

Lacan afirma em seu seminário *As psicoses* (1985) que na psicose, em certas condições especiais, aparece algo no mundo exterior que não foi previamente simbolizado. Nesse caso o que se produz tem o caráter de ser totalmente excluído do compromisso simbolizante da neurose e se traduz em outro registro por uma reação em cadeia ao nível imaginário. O sujeito substitui a mediação simbólica por uma proliferação imaginária na qual se introduz, de forma deformada e a-simbólica, o sinal central de uma mediação possível. Assim, a questão preliminar que se coloca para que seja possível um tratamento analítico da psicose consiste no estabelecimento da

metáfora delirante e na estabilização do delírio que esta permite. Estabelecida a metáfora, estaria posta a possibilidade do tratamento.

Dessa maneira, no caso do atendimento às crianças, as perguntas dos pais dirigidas ao analista podem ser lidas como emergência no real de um significante materno ou do casal parental. Ao ser tomado assim não se trata da realidade, mas de um discurso que se faz em ato, de forma concreta (BRAUER, 2000). Essa compreensão de tradição francesa, que possibilita a inclusão dos pais na condução do tratamento psicanalítico, permitirá a passagem para o nível do discurso e a interrupção da atuação. A finalidade dessa estratégia é operar favorecendo a transferência e dando lugar, assim, ao início do tratamento. Dessa forma, como assinalou Brauer (2000), mostra-se essencial para o desenvolvimento do trabalho analítico que envolve crianças, agir sobre esse campo onde criança e pais se encontram ligados por uma colagem significativa. Esse laço produz na mãe ou nos pais um sofrimento de difícil acesso e reconhecimento, já que é dado por procuração à criança.

Trabalhada a perversão polimorfa desta relação nossa criança estará habilitada a optar por crescer, entrar em latência, construir um sintoma que lhe possibilite a entrada em análise, ou ainda optar por contentar-se do Outro configurando-se como psicótica (BRAUER, 2000, p. 49).

Na análise de Dunker (2013), a pesquisa de Brauer (1994) junto à família da criança psicótica se alinha à perspectiva de Cabas (1988)³⁸, que enfatiza as condições de precedência da estrutura. Este último distingue as psicoses de presença, nas quais o operador fálico imaginário está instituído – como no caso da paranoia e da psicose maníaco-depressiva, das psicoses de ausência, nas quais estão comprometidas tanto a constituição do falo imaginário quanto do ego – como no caso da esquizofrenia e do autismo. Cabe ressaltar que Brauer (1994) acolhia em seu projeto de trabalho crianças com diagnóstico psiquiátrico de autismo, não utilizando, no entanto, essa categoria diagnóstica como orientadora das intervenções propostas.

Isso não invalida a referida concepção de estrutura, que, sendo tomada dessa forma, oferece uma perspectiva de trabalho na qual pode se dar a inclusão da criança “como ser falante, numa narrativa que a precedeu e que oferece um imaginário que, tanto do ponto de vista da erotização constitutiva do ego quanto do ponto de vista da significação prescrita para este ser falante, separa-o do real” (DUNKER, 2013, p. 151).

³⁸ CABAS, A. G. **A função do falo na loucura**. Campinas: Papyrus, 1988.

A teoria lacaniana nos ensina que é preciso distinguir o que há para ler naquilo que se ouve, pois o que é da ordem do inconsciente é, antes de qualquer coisa, aquilo que se lê. Esse importante ponto já consta na obra freudiana, que afirma ser preciso ler na transferência algo que aí silencia. “A psicanálise privilegia o significante sob a condição de que ele tenha valor de escritura do caso singular, sob a condição de que escreva a história singular do sujeito em análise” (BRAUER, 2000, p. 52), para que não seja necessário morrer em função da transmissão do significante, dos mitos individuais que se dão na palavra, que repetimos sem saber, inconscientemente. O que se lê no inconsciente é aquilo que permite a escritura da história subjetiva, que é da ordem da repetição e que se elucida em outra cena, a cena inconsciente: “a psicanálise vai trabalhar com essa matéria, o esquecido, para que seja reconstruído, e possa ser novamente esquecido. Após a análise nos é dado esquecer a história” (BRAUER, 2000, p. 54).

Dessa maneira, a leitura psicanalítica permite que se quebre a repetição, possibilitando ao sujeito, em uma nova temporalidade, posicionar-se ante os significantes que o marcaram.

4.2.1 A especificidade da transferência

A experiência psicanalítica revela que a transferência psicótica pode se configurar independentemente de haver uma estrutura psicótica. Nesse sentido, Jean Allouch (1997) ressalta que precisamos estar atentos às especificidades das transferências e elabora alguns questionamentos como: haveria uma modalidade especial, específica da psicose? Como relacionar essa questão ao fato de Freud ter postulado que não há transferência nas psicoses? E afirmará que dizer que não existe transferência nas psicoses já equivale a um reconhecimento da especificidade da transferência psicótica.

Freud testemunha que abordar as psicoses a partir das neuroses equivale a erigir um muro quase infranqueável e com relação ao qual psicanálise e psicoses não se encontram do mesmo lado (...) Lacan, neste ponto, não pode ser dito “prolongador” de Freud (ALLOUCH, 1997, p. 434).

A especificidade da transferência na psicose se deixaria deduzir da estrutura da comunicação, na qual há um locutor e um alocutário. Na psicose essa estrutura apresenta uma particularidade na qual a iniciativa vem do Outro. Ao psicanalista só

restaria o lugar de ratificar no diálogo com o sujeito psicótico sua posição de testemunha aberta, de narrador daquilo que lhe vem do Outro. Por isso, nesses casos, o analista não interroga os fenômenos alucinatórios, apenas os ratifica (MARIAGE, 2007). Ao proceder assim, faz-se de secretário do alienado.

Nos veríamos quase tombar sob outras censuras que seriam mais graves, não apenas por sermos seus secretários, mas por tomarmos o que eles nos contam ao pé da letra – o que, na verdade, é justamente o que foi até aqui considerado como uma coisa a se evitar (LACAN, 1956³⁹ apud ALLOUCH, 1997, p. 445).

Isso implica que alienado e alienista estejam lado a lado, sem muro de alienação que os separe, a não ser o edificado pelo alienista ao se colocar como secretário. Os dois se relacionam com a estrutura desse ser que fala ao sujeito, ou seja, alienado e alienista estão de um lado do muro, e este ser que fala ao sujeito, do outro lado. Assim, não se pode dizer que um psicótico transfere como se diz do neurótico. O psicótico se coloca como possível suporte, para alguém, do sujeito suposto saber, ao fazer saber o que o Outro lhe fez saber. Ele vai testemunhar sua relação com o Outro. “Compreendemos agora a razão pela qual o psicanalista pôde dizer que o psicótico não transferia; é que tanto um quanto outro (...) prestam-se a suportar uma transferência” (ALLOUCH, 1997, p. 447), portanto, o psicótico põe na transferência, assim como o psicanalista para cada demanda que lhe é dirigida.

Se o psicótico ocupa esse lugar, resta ao psicanalista reconhecer a pertinência deste ato, mediante ao qual é o psicanalista quem se vê em posição de transferir. “Assim, Lacan pôde dizer que a transferência psicótica é, em primeiro lugar, uma transferência para com o psicótico” (ALLOUCH, 1997, p. 447). Se o psicótico é aquele que carrega seu objeto *a* no bolso, é ele quem é o amado com o qual um psicanalista só pode lidar como amante. Se na psicose a transferência está do lado do analista, cabe a ele propiciar o estabelecimento da transferência que possibilite o tratamento. O que diferencia psicótico e psicanalista é a maneira pela qual um e outro vão endossar a função do sujeito suposto saber. Nesse caso, o psicótico é aquele que não pode deixar de colocar demasiadas coisas suas, já o psicanalista colocará seu próprio saber e seu ego “em reserva”.

³⁹ LACAN, Jacques. *Les psychoses*, 1956.

Consideramos essas contribuições importantes, na medida em que nos atendimentos de crianças e de seus pais, a transferência psicótica pode se configurar independentemente de haver uma estrutura psicótica.

Na proposta de trabalho apresentada aqui, toma-se o discurso dos pais como ponto de partida estratégico, concebendo-os como aqueles que ocupam o lugar do Outro para a criança e possibilitam o estabelecimento de uma transferência analítica pela criança a partir da transmissão do Significante. Como aponta Mariage (2007), a criança trazida pelos pais para a instituição de tratamento, no caso a clínica-escola, está sob o domínio do Outro. Nesse sentido é um “a-sujeito”, pois são os pais que demandam sua entrada no Outro social: “os sintomas dos quais sofre são os do sofrimento do Outro. Queixa-se dela porque não é aquilo que se deseja que fosse. O sintoma é identificado pelo Outro e não pelo sujeito” (MARIAGE, 2007, p. 38). Assim, a criança não demanda nada, sendo o tratamento exterior a si. Justamente por esse lugar em que a criança é colocada, que é preciso incluir uma escuta psicanalítica aos seus pais, concomitantemente ao seu atendimento pelo mesmo analista, assim como propôs Brauer (1994). Esse método assume mais radicalmente os pressupostos psicanalíticos que considera, em primeiro lugar, a transferência estabelecida nas entrevistas preliminares.

4.2.2 A intervenção na célula narcísica

Será preciso retomar alguns pontos do desenvolvimento teórico exposto anteriormente para situar esse lugar de Outro que os pais ocupam para a criança, a partir do qual se dá a intervenção.

Vimos que o Outro é concebido como um elemento dentro de uma estrutura e não pode ser definido diretamente: “Eu é um outro”. É da essência da palavra dirigir-se ao outro. Esta vai mediar a relação entre o sujeito e o outro, implicando na realização deste dentro dessa mediação. O nível no qual o outro é vivido situa exatamente o nível no qual o eu existe para o sujeito, ou seja, o eu é referente ao outro, constituindo-se em relação a este. Há uma diferenciação entre o Outro (notado com letra maiúscula), do qual se trata na função da fala e o outro (notado com letra minúscula), que é a imagem do eu. Isso porque o eu é uma construção imaginária. O sujeito se vê como um outro, num outro lugar. Possui um eu imaginário, que é constituído à imagem e semelhança do outro via identificação. O eu é uma forma fundamental para a constituição dos objetos. É sob a forma de outro especular que o eu vê seu semelhante (a'). O espelho é tomado

como metáfora para que possamos mais facilmente identificar que existem: o plano do espelho e o mundo simétrico dos iguais e dos outros homogêneos ao eu – seus objetos de identificação (BRAUER, 2003).

Existe ainda outro plano, que é o muro da linguagem, no qual o simbólico é anterior ao imaginário e ao real, e é em relação ao primeiro que os outros dois se caracterizam enquanto tal. Assim, é a partir da ordem definida pelo muro da linguagem que o imaginário toma sua falsa realidade, verificada como imagem. Nesse contexto, o eu, o outro, o semelhante são objetos imaginários organizados num sistema que é o da linguagem. Na medida em que o sujeito coloca os outros em relação com sua própria imagem, estes são também com quem se identifica. Quando o sujeito fala, ele se endereça ao Outro, que é aquilo que ele não conhece e que está do outro lado do muro da linguagem, mas o sujeito sempre alcança os outros. Isso quer dizer que o sujeito está separado do Outro pelo muro da linguagem. Quando se faz uso da linguagem, a relação com o Outro funciona sempre nessa ambiguidade: “a linguagem serve tanto para nos fundamentar no Outro como para nos impedir radicalmente de entendê-lo. E é justamente disto que se trata na experiência analítica” (BRAUER, 2000, p. 19).

Tudo surge da estrutura significante, a relação do sujeito ao Outro se engendra em um processo de hiância, de abertura de uma fenda, da boca. Por isso o sujeito analítico não é o sujeito em sua totalidade, mas em sua abertura.

Referiu-se também na presente tese que, utilizando a teoria dos conjuntos e da lógica simbólica, Lacan (2008) introduziu duas operações que articulam a relação do sujeito com o Outro: alienação e separação. Na alienação condena-se o sujeito a só aparecer no campo do outro, onde ganha sentido, mas também fica petrificado sob a significação. Assim, o significante se produz no campo do Outro fazendo surgir o sujeito da significação. Ao funcionar desta forma, o Outro reduz o sujeito a ser apenas um significante petrificando-o e fazendo-o desaparecer – *fading* do sujeito. No nascimento do sujeito no campo do Outro, o sujeito está – sob o significante – em um lugar indeterminado. No entanto, o ser e o Outro ficam ligados por uma região de não-senso. Aqui o ser e o Outro estão reunidos e, por isso, o ser só pode conceber-se estando ligado ao Outro. Há na reunião um elemento que comporta que qualquer que seja a escolha feita, a consequência seja nem um, nem outro. Isso significa que algo se perde, algo cai. Já a segunda operação, denominada de separação, termina a circularidade da relação do sujeito ao objeto e demonstra uma torção essencial (BRAUER, 2003). Essa

operação está fundada na subestrutura da intersecção ou produto, que é constituída pelos elementos que pertencem aos dois conjuntos.

Dessa forma, se o sujeito está em um tempo de fechamento, petrificado, em um lugar indeterminado, não há o que interpretar, portanto a intervenção analítica deve se limitar apenas a designar uma única série de significantes, utilizando-se da pontuação como técnica. Pontuar a cadeia de significantes é demarcar lugares possíveis para que o sujeito possa se posicionar (BRAUER, 2000), vindo a ocupar diversos lugares conforme se ponha sob um ou outro dentre eles.

A criança com aspectos psicóticos, que não simboliza presença-ausência, relaciona-se justamente ao excesso de presença da mãe ou do Outro, no entanto com seus sintomas ela tenta se separar disso, pois “faz Um com o gozo, o Outro e o saber” (MARIAGE, 2007, p. 38). Ela encarna o a-mais de gozo, do qual o outro tenta se separar. Dessa maneira, na alienação a interpretação não consegue liberar as significações, mas visa reduzir os significantes a seu não-senso. Por isso na clínica esse é um momento de difícil manejo, pois se trata de um momento de terror, já que ao deixar a proteção do sintoma, perde-se de si mesmo.

A separação é o processo visado no atendimento das crianças e suas mães para propiciar um estabelecimento de transferência por parte da criança, que possibilite o tratamento. O trabalho aqui busca desalojá-la desse lugar de objeto incluído no Outro, e do qual ela condensa o gozo, fazendo surgir um sujeito. Trata-se de operar um corte, uma separação com esse Outro que a engole, oferecendo a oportunidade que um deslocamento se produza e que a criança possa experimentar se posicionar de outra maneira diante do desejo do Outro.

Nos intervalos do discurso do Outro surge a questão para a criança “ele me diz isso, mas o que ele quer?” A metonímia reside justamente nesse intervalo entre os significantes, de onde foge o desejo. “O desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro, e todos os por quês das crianças (...) constituem uma colocação em cheque do adulto” (BRAUER, 2000, p. 24). Trata-se do enigma de seu desejo. Diante dessa pergunta, o sujeito traz como resposta a falta antecedente ao seu próprio desaparecimento, que situa no ponto da falta percebida no Outro. O primeiro objeto que propõe a esse desejo parental é sua própria perda: fantasia de sua morte, seu desaparecimento. Esse é o primeiro objeto que o sujeito põe em jogo nessa dialética. Assim uma falta recobre a outra, operada por dois significantes. Uma falta é encontrada pelo sujeito no Outro, na intimação que o Outro faz por seu discurso.

Essa é a dialética dos objetos de desejo: faz junção do desejo do sujeito com o desejo do Outro: “é uma falta engendrada pelo tempo precedente que serve para responder à falta suscitada pelo tempo seguinte” (BRAUER, 2000, p. 24).

Cabe à psicanálise lidar com as manifestações aberrantes, com os equívocos produzidos pela expressão metafórica do desejo. Assim, a intervenção psicanalítica não pode ser interpolação de sentido, é jogo sobre o equívoco do significante.

Destacados esses pontos, acompanhamos a hipótese de trabalho de Brauer (2000), na qual os processos de alienação e separação da criança em relação à mãe estariam dificultados e em função disso compareceriam coladas, em uma colagem operada pelo significante. Em muitas situações, o sintoma que a criança apresenta denota uma falta na criança que recobre outra falta na mãe. Muitas pesquisas de estudo de caso revelam dificuldades da mãe em separar-se da criança, assim como no caso apresentado nesta tese, na qual a criança ocupou no imaginário dos pais o lugar de deficiente/discriminado, sendo depositária das “dificuldades” deles. Sendo assim, na condução dos atendimentos da mãe, procurou-se reinvesti-la de seus aspectos depositados na criança.

A clínica permite identificar que essas mães se esconderiam à sombra do significante *mãe*, mãe de um filho doente que responde a elas como espelho. Ao ser propiciado um atendimento às mães, por meio das entrevistas preliminares e do relato feito por elas da história familiar e do nascimento do filho, chega-se ao fantasma materno e à posição ocupada por ela na estrutura edípica. Dessa maneira, o significante da transferência pode ser fígado.

Os casos das crianças com distúrbios graves estão permeados por algo de psicótico, nos quais o que deveria se operar no interior do discurso do sujeito aparece concretamente. Haveria um enlouquecer da mãe no qual ocorreria um esvaziamento de sua imagem egóica, perda de seu corpo próprio, e intervindo sobre o corpo e o espaço do filho, a funcionar como uma prótese (BRAUER, 2000). Decorrente desse enlouquecer materno, há sobre o corpo da criança uma intrusão. É justamente a ausência da noção de um corpo próprio dessas mães que as leva a intervir sobre o corpo de suas crianças, dando lugar a uma captura imaginária da criança.

Na psicose a relação imaginária demonstrada na fase do espelho é deficitária de duas formas: “a relação imaginária não tem significação de exclusão recíproca que a confrontação especular comporta. Ao invés dela tem outra função, que é aquela da captura imaginária”⁴⁰. A imagem do eu não está

⁴⁰ LACAN, J. *Le Séminaire, livre III, Les psychoses*, Paris, Seuil, 1981, p. 230.

fundada “sobre a órbita que dá o modelo do outro, mais acabado” (BRAUER, 2000, p. 97).

Tal é o distúrbio imaginário presente na dupla mãe e filho, que comparecem colados pelo significante. Trata-se de um tipo especial de relação com a criança que se manifesta na dificuldade de separação e revela uma transferência também em impasse decorrente desta não separação mãe e filho. Evidencia-se, portanto, um defeito na relação imaginária, vivida como exclusão recíproca e com ausência da agressividade que ela implica, manifestando-se na forma de um deixar-se fazer a intrusão do semelhante, assim como descreveu Julien em seu livro *As psicoses: um estudo sobre a paranóia comum* (1999).

Sendo assim, o atraso no desenvolvimento dessas crianças deve ser concebido como uma inibição usada como recurso defensivo extremo, por não disporem de uma imagem egóica acabada e, por isso, estarem abertas à intrusão materna ou de um outro qualquer, em seu corpo. Portanto, não sendo considerado como sintoma, muito menos como deficiência. É graças ao modo de identificação especular, a partir do qual o eu encontra sua origem, que a imagem do outro faz função de espelho. Esta imago constitui a própria imagem especular. Essa relação é de identificação justamente porque é libidinal e a reação de júbilo é um sinal disso. O problema da relação imaginária tem sua causa em uma falta na ordem do significante. O lugar do Outro, em sua heterogeneidade, está ausente, foracluído, portanto, a psicose é um déficit do eu, insuficiência de estabelecimento da estrutura paranoica, o “eu” (JULIEN, 1999).

Portanto, em relação às crianças com distúrbios graves, trabalha-se considerando a hipótese explicativa para a paranoia, como um déficit na relação imaginária, em que ao invés de uma exclusão recíproca, encontra-se a captura imaginária.

Em seu déficit no estabelecimento da relação imaginária a criança encontra-se paralisada em um instante em que troca olhares com a mãe (...) com nossa presença, pudemos modificar, quebrando a paralisia (BRAUER, 2000, p. 93).

Apoiando-se no modelo ótico e na inclusão no estágio do espelho do papel decisivo da troca de olhares na qual o sujeito se vira em direção ao outro que o assiste diante do espelho, Brauer (2000) explica que a intervenção nessa clínica vai se situar no momento lógico em que está implicado um apelo com o olhar para o testemunho que decanta, por confirmá-lo, o reconhecimento da imagem. Há um traço que se escreve

nesse momento e pede por leitura, mas a mãe convoca outra pessoa para fazê-lo, silenciando sua voz quando deveria reconhecer esse filho.

Essa seria a própria célula narcísica em ato. Tratar-se-ia de por em ato, de uma transferência como ato. Em função de se incluir a criança na cena como real e não como falada, o analista pode ser espectador da transferência em ato, o que propicia trazer para o plano da palavra, da história familiar, aquilo que se dá em ato.

A presença do analista é por si só uma manifestação do inconsciente, portanto sua posição no lugar do Outro. No trabalho de intervenção na díade mãe-criança, o analista vai se colocar como espelho virtual por meio do qual uma imagem real possa se produzir.

Uma imagem real, que se produz no mesmo plano em que se encontra o objeto (...) a experiência do ramalhete invertido serve como modelo da gênese e estrutura do eu. Com isso, uma nomeação, um traço nominativo pôde se refletir, um traço que já estava lá, em ato, e foi lido por nós (BRAUER, 2001⁴¹).

Assim, o trabalho pode resgatar tanto a criança quanto a mãe desse momento que ficou “engasgado” em suas histórias, nessa cativação envolvida no gozo da troca pulsional de olhares da criança com sua mãe, que poderá ser cortada por um terceiro, presente concretamente na sessão analítica. Lugar este que o analista é convocado a ocupar.

No que se refere à estratégia do tratamento, a intervenção na célula narcísica promove justamente uma mudança no posicionamento da criança no mundo e, conseqüente, uma diminuição da sintomatologia que apresenta. Diante dessa intervenção é comum que nos atendimentos das mães haja queixas de dores no próprio corpo, revelando que algo na estrutura muda de lugar: do ato da criança para o corpo da mãe, como se este corpo próprio pudesse ser então reconstruído.

Esse momento em que o significante migra do comportamento da criança para o corpo da mãe, não tendo tido ainda acesso à palavra, é delicado, pois envolve um intenso atuar trazendo muita dificuldade ao trabalho. O manejo visa cortar a atuação para conduzir ao campo da palavra, como defende Brauer (2000, p. 37):

⁴¹ BRAUER, Jussara Falek. A psicose paranóica na teoria de Lacan: uma hipótese explicativa para os distúrbios graves na infância, do lado da mãe. In: **COLOQUIO DO LEPSI IP/FE - USP**, 3., 2001, São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032001000300007&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 07 Ago. 2014.

A gravidade apresentada pelas crianças atendidas por nós pode ser atribuída a falhas na transmissão do significante da transferência decorrentes da posição assumida pelas mães em seu processo edipiano. Esta posição faz com que o significante Nome-do-Pai seja não dito, porém atuado no cuidado prestado à criança por sua mãe.

Por isso, a reconstrução da história familiar permite passar do ato para a palavra significante.

A concepção de passagem ao ato como transferência é permitida pela teorização tanto de Freud quanto de Lacan quando propõem que o que interessa ao analista é aquilo que se pode ler no ato, no sintoma, na fala, naquilo que se pode ler e que remete à escritura inconsciente. No entanto, segundo Brauer (2000), as consequências clínicas desta concepção de transferência não foram suficientemente exploradas. Assim como os conceitos e referências para o trabalho com o infantil não estão simplesmente estabelecidos, sendo preciso elaborações que busquem investigá-lo teoricamente e apresentem suas consequências clínicas, tais como a presente tese.

4.2.3 O brincar e o ato da criança

Psicanalistas de crianças acentuam que é no brincar que se fará possível a intervenção psicanalítica, já que o brincar infantil na análise é um espaço de metaforização no qual o discurso pode se tecer. É, portanto, a condição primeira para uma análise de crianças, pois o brincar é um ato mediado pelo simbólico. No entanto, na clínica com crianças com distúrbios graves o que se passa muitas vezes é o não brincar, dando lugar a atuações. Dessa maneira, há um impasse no estabelecimento da transferência dessas crianças em particular e seu manejo é especialmente difícil por se dar em ato.

Mas qual estatuto dar a esta atuação? A este ato?

Em sua tese de doutorado, Lacan (1987 [1932]) forja a paranoia de autopunição como uma nova classificação para a paranoia. Ele vai propor que o ato que colocou os pacientes no manicômio judiciário, onde trabalhou, tinha um valor de “ato curativo”, como se aqueles atos de agressão contra o outro pudessem ser um caminho de cura para um surto psicótico. Freud (1976 [1916]) já havia desenvolvido a concepção de que determinados atos delinquentes aconteceriam como uma forma de procurar uma punição que aplacasse o sentimento de culpa advindo de fantasias incestuosas.

Na busca por uma hipótese explicativa para o atuar da criança, Brauer (2000) vai afirmar que em Lacan, e a partir dele, a psicose é concebida como sendo da ordem do significante. Lacan (1985) fala de um sujeito na psicose estruturado segundo um significante, mas com características particulares. Estudando o caso Schreber, Lacan constrói a hipótese de que os fenômenos de código e os fenômenos de mensagem sejam locuções neológicas nas quais o próprio significante é o objeto da comunicação e das mensagens interrompidas. “Esses são os fenômenos que Lacan encontra em posição de significante, já que, diz o autor em seguida, tudo isso exigiria ser transposto com o máximo cuidado para um grafo, que é o grafo do desejo” (BRAUER, 2000, p. 86).

Jean Allouch (1999) também faz uma leitura possível da passagem ao ato que permite retomar Lacan nesse ponto. Para o autor, na passagem ao ato psicótica, utilizada para explicar o atuar das crianças com distúrbios graves, é ainda da letra que se trata, no entanto de uma letra não consagrada à circulação da informação, mas usada como manobra para regar o gozo, produzindo um resto. Ao considerar o ato dessa forma, a direção do tratamento não irá silenciar o ato, pois é ele que opera a inscrição da letra. “O ato fica concebido assim como uma forma de superação de um impasse” (BRAUER, 2000, p. 84).

A clínica revela que o trabalho com essas crianças é tomado pela inibição, como uma forma de paralisia, já que é comum que a criança não fale e não brinque. Freud (1998) definiu que as inibições são restrições das funções do ego, impostas como precauções ou resultantes de um empobrecimento de energia. Sendo assim, a inibição é um distúrbio do ego, diferente do sintoma que se trata de uma formação do inconsciente. Na hipótese freudiana a psicose trata-se de uma estrutura na qual o ego entra em falência, sendo a inibição igualmente um distúrbio de funcionamento dessa instância.

Essa paralisia só é quebrada por uma atuação, podendo até ser em alguns casos uma agressão ao analista. É importante diferenciar atuação de brincadeira turbulenta. Conforme retomou Dunker (2013, p. 33), a brincadeira turbulenta “se refere a atos que simulam agressões tais como empurrar, rolar no chão, agarrar, perseguir etc., mas estes são acompanhados de índices corporais que determinam tratar-se de um contexto lúdico, tais como a presença de riso ou sorriso”. Nesse caso há presença de alguma forma lúdica, ou seja, trata-se de uma forma de contexto metafórico que, portanto, envolve uma simbolização. Já na atuação a qual nos referimos anteriormente não há essa presença. O autor ressalta que esses atos da criança poderiam ser comparados à

passagem ao ato da psicose no adulto, fazendo, portanto, uma diferenciação importante no que se refere à concepção de ato da criança e do adulto. Afirma, ainda, que o instante do ato, na criança, representaria “uma separação, uma parcialização em relação ao gozo” (DUNKER, 2013, p. 41), e que concomitantemente a esses atos pode ou não estar presente uma ação delirante, mas não uma brincadeira turbulenta.

A partir de sua experiência clínica, Brauer (2000, p. 76) afirma que “seria um erro presumir que se trate nesses casos de qualquer coisa que não seja discurso”, tomando as atuações como significantes. Em um dos casos que supervisionou, uma criança bateu no estagiário que a atendia em uma das sessões. Ao ser tomado como significante, o *bate* foi pontuado no discurso da mãe quando apareceu, o que produziu um efeito de rememoração e de associação livre na mãe.

Temos uma repetição da criança que, se não pode ser lida na linha de um recalçamento, e se não reenvia a própria criança a um fragmento de memória, tem um impacto sobre o discurso materno que faz com que ela sim rememore e passe a associar (BRAUER, 2000, p. 77).

O ato da criança pode quebrar a paralisia do tratamento e promover o discurso. O que Freud (1996) descobre na brincadeira de seu neto com o carretel é que a repetição de uma situação desagradável, atuada na brincadeira, é um ato que põe limite ao gozo na medida em que dá ensejo, em que forja palavras novas. Trata-se de uma metaforização em curso, mas não propriamente estabelecida.

Assim, Brauer não entende o brincar da criança psicótica enquanto uma metaforização, mas no sentido de uma passagem ao ato. A passagem ao ato efetua o que o *acting out* inibe, sendo da ordem de uma escritura na qual algo se escreve, mas em segunda potência: “só depois de submetida à inibição, e não ao recalçamento característico da estrutura neurótica, é que a letra se efetua, mas na forma de um ato concreto, que ocorre por colocar em suspenso a inibição” (BRAUER, 2000, p. 78). O brincar de bater vira um ato de realmente bater na situação em que o simbólico falha.

A pesquisa de Brauer (2000) indica que a partir do ato, da leitura do que aí se escreve, é possível pensar em uma intervenção. Toma-se o ato não mais em sua concretude, na sua realidade, mas como ato que regra o gozo – real coberto pela realidade.

Brauer (2000), prosseguindo a partir da teorização lacaniana, afirma, ainda, que o significante quando foracluído solicita o ego, que supre a falha e produz a inibição. A passagem ao ato é a realização em ato do que no sonho é a fantasia, sendo assim é um enigma a ser cifrado, em ato, da ordem da escritura e feito para ser lido. O brincar da

criança psicótica é também da ordem do significante, mas se trata de um outro modo de transmissão, diferente do puramente formal, pois usa o ato como meio. Para completar esse processo que a passagem ao ato instaura é necessário possibilitar sua transliteração. A criança atua para estabelecer um limite ao gozo e o falar será sua realização cultural na medida em que há uma renúncia instintual, “para o que ela terá se apoiado na leitura de seu parceiro, o analista” (BRAUER, 2000, p. 81).

Ressalta-se que no caso apresentado nesta tese, não se tratou de passagens ao ato psicóticas, mas de um atuar chegando apenas a pequenas agressões ao analista. A intervenção foi justamente o corte dessas atuações seguida da solicitação que a criança falasse sobre o que a levava a fazer aquilo. O resultado da intervenção foi o surgimento de palavras que antes não eram pronunciadas pela criança. Uma vez pontuado o discurso materno com as palavras forjadas no atendimento à criança, foram produzidos relatos, associações e a rememoração da história familiar e pessoal da mãe e de sua criança. A reconstrução da história feita pela mãe teve, por sua vez, como efeito uma melhora da criança, diminuindo as queixas. Assim, pôde-se constatar que o Nome-do-Pai estava presente e havia retornado do real no ato da criança, ou no cuidado prestado pela mãe à criança.

Pudemos constatar que um desdobramento poderia ser feito no que tange à formulação lacaniana da forclusão do Nome-do-Pai. Parece-me hoje mais preciso falar em forclusão do Nome-do-Pai da posição de significante (BRAUER, 2000, p. 88).

Ampliando essa concepção, o Nome-do-Pai fica foracluído da posição de significante, a qual estaria ocupada pelos fenômenos de código e de mensagem. São as locuções neológicas que aparecem nessa posição, cujo objeto de comunicação é o próprio significante, e mensagens interrompidas. “O psicótico seria então como que autor de seu próprio nome” (BRAUER, 2000, p. 87). Brauer não avança nesse sentido, ficando apenas com a explicação de Lacan que permite pensar a psicose em termos de significante e que vem possibilitar um tratamento para esse tipo de paciente dentro da técnica analítica.

Retomando a clínica, a ausência de uma noção de corpo próprio nas mães as leva a intervir sobre o corpo de suas crianças. A partir daí as crianças não disporão também da noção de corpo próprio. A presença do distúrbio imaginário, a falta de agressividade leva à paranoia da mãe que ante o insuportável da fantasia de castração, reavivada pela experiência do parto, renega a lei da interdição do incesto e faz com sua criança uma transferência perversa, submetendo a criança à castração que ela mesma procura evitar.

Em ato, na relação dessa dupla está o significante Nome-do-Pai renegado pela mãe, mas que age na sua relação com a criança, não mais como lei da interdição, mas como imperativo do gozo. Essa mãe vai procurar incessantemente profissionais da área da saúde que possam dizer para ela o que seu filho tem, ou em outras palavras, o que esse filho porta que é dela, o que está alienado ali. Ela faz isso para poder se instituir como mãe. A criança responde à mãe com um comportamento diferenciado, bizarro, inibindo-se para se proteger, nessa relação onde a estrutura é da perversão.

Uma intervenção nessa loucura a dois que se instala na relação mãe e criança deve ser feita e tem a eficácia de permitir que o traço nomeador da criança se escreva ou acabe de ser escrito superando um impasse.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inquietação promovida pela clínica acerca da incidência da psicanálise no campo da saúde mental foi responsável pelo interesse em produzir esta escrita. A atuação como docente do Curso de Psicologia de uma Universidade particular e como supervisora de sua clínica-escola, ofereceu um rico material para a realização desta articulação. Verificou-se, nessa prática, que muitas das crianças atendidas apresentavam distúrbios graves do desenvolvimento e, por isso, foi proposto um estágio prático supervisionado que oferecia atendimento psicanalítico com vistas a acolhê-las, bem como a seus pais em sessões separadas e conduzidas pela mesma estagiária.

Em relação à utilização da mesma estratégia clínica desenvolvida por Brauer (1994), as diferenças de Estado e cultura da população pareceram não influenciar nos resultados clínicos, bem como sua expansão para crianças com sintomas de distúrbios graves do desenvolvimento sem, necessariamente, um diagnóstico psiquiátrico de autismo, como anteriormente trabalhado. Analisa-se que essa estratégia psicanalítica clínica serviu de grande valia para o trabalho desenvolvido com crianças na clínica-escola, ampliando suas possibilidades de tratamento e cuidado, situando-se como um possível recurso institucional e auxiliar da saúde mental.

Para o estabelecimento de articulações entre teoria psicanalítica e prática clínica na condução dos atendimentos a crianças com distúrbios graves, foram utilizados fragmentos de um caso clínico adotando-se como chave de leitura a psicanálise de fundamentação freudo-lacaniana. Visando diferenciar os fundamentos epistemológicos, metodológicos e éticos que sustentam o saber psicanalítico do campo da saúde mental, foram expostas as bases deste último instituídas pelo movimento da reforma psiquiátrica e sanitária, calcadas tanto no positivismo quanto nas ciências humanas.

Compreende-se que esse campo está permeado por concepções sobre a loucura que remontam à Era Clássica, essas, ao serem retomadas, situam as problemáticas enfrentadas hoje nos tratamentos dispensados aos pacientes com transtornos mentais, adultos e crianças. A concepção clássica sobre a loucura fez o discurso da racionalidade triunfar, fundamentando-se na proposição de Descartes que a definiu como impossibilidade de pensamento. A loucura só será reconhecida, portanto, em referência à razão e à consciência, diante de um homem que garanta a coerência, a lógica e a continuidade do discurso. A razão passa a ser definida como norma e como forma

adequada e exclusiva de acesso ao conhecimento. Os comportamentos compreendidos como loucos deixam de fazer parte do cotidiano para serem considerados apenas como condutas desatinadas, formando uma sensibilidade social bastante específica que se integrou à consciência médica da loucura.

O discurso médico apreendeu a loucura como uma doença da natureza, uma doença no cérebro, incorporando-a ao seu campo no qual ela encontrou seu equilíbrio e ofereceu uma unidade ilusória à ciência positivista. Para que os critérios empíricos dessa ciência fossem atendidos, direcionaram-se aos fenômenos reais e observáveis por meio dos quais a chamada doença mental se manifesta, passando a ser reconhecida por seus aspectos positivos, os sintomas, mas definida como uma doença pelo seu negativo (ausência de razão). Considera-se que todo conhecimento moderno científico médico sobre a alienação mental está, mesmo que implicitamente, embasado na experiência clássica. Por essas concepções permearem o campo da saúde mental foi preciso retomá-las para identificar suas marcas na atualidade.

Os paradigmas do discurso médico tradicional só serão discutidos e questionados a partir do movimento da reforma psiquiátrica, que colocou em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no campo da saúde mental. Subsidiou a possibilidade da presença de outros saberes, especialmente a psicanálise, acentuando a importância da clínica a partir da inclusão de um lugar para o sujeito do desejo e do inconsciente – não recorrendo apenas aos aspectos biológicos.

Foi também a partir do movimento da reforma psiquiátrica que os cuidados em saúde mental infantojuvenil se desenvolveram, proporcionando o surgimento de diversos serviços de saúde. Porém, houve uma incorporação tardia de políticas públicas de saúde para essa população, dificultada pelas especificidades do trabalho com a criança, tais como a necessidade de diferentes estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços.

As propostas de tratamentos dispensados às crianças identificadas como sintomáticas se constituíram a partir de certas concepções sobre infância que decorrem de uma construção histórica multideterminada e de diversos discursos de poder. As primeiras teses em psicologia e em psiquiatria sobre o tema da saúde mental infantil só surgiram no século XIX, o que propiciou mudanças nas concepções sobre a criança e suas necessidades. Como antes disso não havia nada estruturado, esse momento marcou o surgimento de um campo totalmente novo de investigação científica que interferiu na vida psíquica infantil por meio da análise dos distúrbios de conduta.

Já no Brasil a urbanização das cidades brasileiras e o estado geral ruim de saúde das crianças fez com que a sociedade solicitasse uma intervenção médica nas questões de higiene e saúde, o que também promoveu uma mudança gradativa acerca das compreensões sobre a infância. A partir da segunda metade do século XIX, a medicina tornou-se científica, poderosa e influente na sociedade, aplicando um conjunto de teorias, políticas e práticas voltadas para o bem-estar da população, da mãe e da criança. Tratou-se de um movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária, determinando novas condutas, costumes e comportamentos sociais.

Os higienistas lançaram as bases de uma medicina profilática não só preocupada com os cuidados morais com a criança, mas também com seu desenvolvimento. No entanto, esse saber da medicina se apresentou como um biopoder apoderando-se da vida do indivíduo, controlando sua intimidade e sua vida psíquica. Considera-se que a ação da pedagogia médica ultrapassou a saúde individual e alterou o caráter sanitário da família, transformando-a na instituição conjugal e nuclear característica da atualidade. O poder dos ideais médico-higienistas incidiu também sobre os campos da educação, da pedagogia e da psicologia que se voltaram para promover um adulto mais passivo e servil aos interesses dominantes e com isso a singularidade da criança ficou subsumida.

O campo da saúde mental infantil, tal como se apresenta hoje, estruturou-se a partir da reforma psiquiátrica, que por sua vez contrapõe-se à reforma sanitária e seus pressupostos. A atual rede de saúde mental não é resultado de um único modelo teórico e assistencial, mas, sim, de uma junção de vários. O esclarecimento da coexistência desses diferentes modelos possibilitou a compreensão dos problemas hoje debatidos em relação à dificuldade de efetivação de uma rede integrada de ações e serviços de saúde mental ao nível público e nacional, assim como apontou a necessidade de maior debate sobre as implicações desses modelos.

Já no final da década de 1980, as diversas propostas teóricas e epistemológicas a respeito da reforma brasileira promoveram novas concepções assistenciais, tais como a ampliação das ofertas de serviços e ações em saúde mental, bem como a instalação da rede de atenção em saúde mental. Esse movimento permitiu o desenvolvimento de diversos serviços de saúde mental na área infantojuvenil, mas que somente foram consolidadas nos anos 2000 com os Centros de Atenção Psicossociais Infantis (CAPSi). Porém, ainda persistem muitas dificuldades de acesso aos equipamentos adequados do sistema público de saúde, o que gera carência de assistência e a busca da população por outros serviços, tais como as clínicas-escola.

A ação da reforma psiquiátrica promoveu não só a ampliação das disponibilidades de serviços como suscitou a permeabilidade desse campo a outros discursos tais como o psicanalítico. Este passou a constar nas instituições de saúde mental, estabelecendo diferenças entre tratamentos propostos a partir de uma ética dos cuidados e o que se opera a partir de uma posição psicanalítica. Há duas maneiras do discurso médico atuar sobre o sintoma: via discurso do mestre ou via discurso universitário. A psiquiatria moderna incide de forma quase exclusiva, ou com centralização de poder de decisão em relação à direção do tratamento, nas instituições de saúde mental, sendo marcada pelo discurso universitário – que funciona próximo da exclusão ou forclusão do sujeito, operada pelo discurso da ciência. Considera-se que decorrente dessa posição se estabelecem psicoterapias autoritárias que só fazem fracassar diante dos sujeitos psicóticos.

Dessa forma, essa tese busca dialogar com o equívoco dessa psiquiatria que exclui o sujeito, enfatizando a importância da incidência do discurso do analista no campo da saúde mental que faça frente a essas outras duas formas de discurso e possibilite a convocação e comparecimento do sujeito. Este não se opõe ao cuidar, mas procura fazer constar nas práticas de cuidado uma reflexão sobre a dificuldade especial de realização do sujeito no laço social, buscando oferecer condições mais favoráveis de tratamento. Opera-se para promover a circulação entre os discursos, fazendo o sujeito aparecer em um lugar em que não seja tomado apenas como objeto.

É interessante também que a instituição funcione como um lugar de acolhimento, considere o real intratável pelo discurso do mestre e trilhe um eixo de trabalho analítico, na medida em que escute aquilo que faz o eu advir como sujeito. Considera-se que a condição para que o tratamento ocorra seja o estabelecimento do discurso analítico no qual alguém ocupa o lugar e a função de analista e o outro seja enlaçado como sujeito da palavra e do inconsciente.

O primeiro CAPSi que decidiu implantar um serviço cuja clínica seja exclusivamente decidida pela psicanálise apostou na possibilidade de construção de uma relação inovadora com a instituição sem submeter-se a ela nem recusá-la. Os autores da proposta assumem que a psicanálise não deva atuar a partir do lugar de especialidade, mas, sim, da interrogação de todo e qualquer saber prévio, sendo esse o elemento estrutural do dispositivo analítico. Portanto, a psicanálise não está em continuidade com nenhum outro campo de saber, pois promove rupturas, questionamentos e reinterpretações de sentidos nos campos de saber já instituídos.

Nessa proposição correlaciona-se o dispositivo institucional com a posição do sujeito em sua relação com a fala e com a linguagem, dando lugar à particularidade do sintoma. Há promoção de um espaço para rearranjar os lugares em que o sujeito possa falar, escutar-se e organizar-se a partir de seu sintoma. É assim que a ética da psicanálise se opõe à lógica do universal capturada pelo ideal, tornando-se uma prática do caso a caso que extrai a singularidade do sujeito. Trata-se, portanto, da condição de elaborar ininterruptamente a clínica.

Essa direção também orienta a clínica na instituição para crianças, pois garante uma escuta que reconheça a posição subjetiva sustentada por elas. Assim, a psicanálise, ao comparecer no campo da saúde mental infantil, permitiu a emergência de uma lógica alternativa à ordem psiquiátrica, proporcionando maior flexibilidade ao acompanhamento, especialmente das psicoses, e ajustando as intervenções ao momento clínico do sujeito. Dessa maneira, o que guiará o trabalho será a transferência e não um ideal pré-estabelecido para o indivíduo propalado pelas instituições.

O empenho maior da psicanálise na atualidade é justamente defender a subjetividade do sujeito diante da objetividade da ciência. Busca, portanto, libertar-se da política repressora e de vigilância que vise higienizar o psiquismo para controlá-lo. A psicanálise dirige às ciências instituídas e institucionalizadas uma questão passível de promover uma transformação profunda da própria cultura científica. O saber que essa ensina não pode ser apreendido por uma lógica da compreensão, já que não está preocupada com os fatos, mas com aquilo que se situa para além da compreensão ou da razão. A psicanálise visa, assim, entender o saber do inconsciente que escapa à ciência e que não pode se encerrar em uma psicologia, marcando seu lugar de contraciência. Promove, dessa forma, uma variação de posição do sujeito quanto ao saber.

Foi, portanto, a partir das concepções psicanalíticas que a criança pôde ser tomada não mais como objeto da ciência, e sim como sujeito, indicando um caminho fértil para seu tratamento e cuidado. Com base nas concepções lacanianas é possível pensar a análise de crianças tendo como referência os conceitos de sintoma e de fantasma, permitindo utilizar como estratégia de atendimento a tomada da criança e de seu sintoma a partir da estrutura familiar, na qual criança e pais são posições que se assume no interior desta. Essa proposição explora a queixa materna ou paterna na perspectiva de um gozo que falta e é demandado à criança.

Cabe à psicanálise lidar justamente com os equívocos produzidos pela expressão metafórica do desejo e por isso a intervenção psicanalítica não pode ser interpolação de

sentido, mas jogo sobre o equívoco do significante. Toma-se o discurso dos pais como ponto de partida estratégico, já que ocupam o lugar do Outro para a criança e possibilitam o estabelecimento de uma transferência analítica pela criança a partir da transmissão do Significante. A finalidade dessa estratégia é operar favorecendo a transferência e dando lugar, assim, ao início do tratamento.

Nessa proposta de trabalho o discurso da criança é considerado como indicativo de afânise, orientando-se por um diagnóstico posicional. Como sugerido por Lacan, não se trata de um inconsciente deficiente, mas de uma posição na qual o sujeito se coloca. Localizando-se, assim, a partir de uma abordagem estrutural do sujeito que situa a criança como uma posição e não como uma fase. Portanto, no trabalho analítico busca-se identificar o lugar ocupado pela criança no fantasma materno e paterno. Mostra-se essencial para o desenvolvimento do trabalho analítico que envolve crianças agir sobre esse campo no qual criança e pais se encontram ligados por uma colagem significativa para que possa se dar a inclusão da criança como ser falante.

Seguindo essa argumentação não se falaria de psicose na infância, no entanto os casos das crianças com distúrbios graves estão permeados por algo de psicótico onde o que deveria se operar no interior do discurso do sujeito aparece concretamente, como o caso apresentado de Fernanda. As perguntas dos pais dirigidas ao analista podem ser lidas como emergência no real de um significante materno ou do casal parental, não se tratando da realidade, mas de um discurso que se faz em ato. Conduzir um tratamento analítico que inclua os pais permite a passagem para o nível do discurso e a interrupção da atuação.

Dessa forma, nesses casos pode se configurar não necessariamente uma estrutura, mas uma transferência psicótica. A especificidade da transferência na psicose se deixa deduzir da estrutura da comunicação, caracterizada pela iniciativa vir do Outro e não do sujeito psicótico que ocupa a posição de testemunha aberta, de narrador daquilo que lhe vem do Outro, se colocando como possível suporte do sujeito suposto saber. O psicanalista será seu secretário ratificando no diálogo com o sujeito psicótico sua posição. Nesse caso, não há muro de alienação que separe psicótico e psicanalista, a não ser o edificado pelo analista ao se colocar como secretário. Os dois se relacionam com a estrutura desse ser que fala ao sujeito, mas se diferenciam pela maneira como vão endossar a função do sujeito suposto saber: o psicótico coloca demasiadas coisas suas, já o psicanalista manterá seu ego resguardado. Se o psicótico ocupa esse lugar, resta ao psicanalista reconhecer a pertinência desse ato, vendo-se em posição de transferir.

Portanto, se na psicose a transferência está do lado do analista, cabe a ele propiciar o estabelecimento da transferência que possibilite o tratamento.

A separação é o processo visado nesse trabalho que busca desalojar a criança desse lugar de objeto incluído no Outro, e do qual ela condensa o gozo, fazendo surgir um sujeito. Trata-se de operar um corte, uma separação com esse Outro que a engole, oferecendo a oportunidade que um deslocamento se produza e que a criança possa experimentar se posicionar de outra maneira diante do desejo do Outro. A intervenção analítica visa reduzir os significantes a seu não-senso, limitando-se a designar uma única série de significantes utilizando-se da pontuação como técnica que demarca lugares possíveis para que o sujeito possa vir a se posicionar.

Destacados esses pontos, acompanhamos a hipótese de trabalho de Brauer (2000) na qual os processos de alienação e separação da criança em relação à mãe estariam dificultados, e em função disso compareceriam coladas, em uma colagem operada pelo significante. Em muitos casos o sintoma que a criança apresenta denota uma falta na criança que recobre outra falta na mãe. Muitas pesquisas de estudo de caso revelam dificuldades da mãe em separar-se da criança, assim como no caso apresentado nesta tese, a criança ocupou no imaginário dos pais o lugar de deficiente/discriminado, sendo depositária das “dificuldades” deles. Sendo assim, na condução do atendimento da mãe, procurou-se reinvesti-la de seus aspectos depositados na criança. Ao ser propiciado um atendimento às mães, por meio das entrevistas preliminares e do relato feito por elas da história familiar e do nascimento do filho, chega-se ao fantasma materno e à sua posição na estrutura edípica. Dessa maneira, o significante da transferência pôde ser fogado.

Ao se acessar o fantasma materno, é comum a presença de um enlouquecimento no qual ocorreria um esvaziamento de sua imagem egóica, perda de seu corpo próprio, e intervindo sobre o corpo e o espaço do filho. Este passa a funcionar como prótese, sendo capturado imaginariamente. Revela-se, portanto, um defeito na relação imaginária da criança, que tem sua causa em uma falta na ordem do significante. Na psicose há um déficit do eu e o consequente não estabelecimento da estrutura paranoica, na qual o lugar do Outro, em sua heterogeneidade, está ausente, foracluído. Portanto, com as crianças com distúrbios graves se trabalha a partir da hipótese explicativa para a paranoia, na qual ao invés de uma exclusão recíproca, encontra-se a captura imaginária com ausência da agressividade que ela implica, manifestando-se na forma de um deixar-se fazer a intrusão do semelhante. Dessa maneira, o atraso no desenvolvimento

apresentado por essas crianças deve ser concebido como uma inibição usada como recurso defensivo extremo, por não disporem de uma imagem egóica acabada e, por isso, estarem abertas à intrusão materna ou de um outro qualquer, em seu corpo.

A intervenção nessa clínica vai se situar nesse momento lógico, o estágio do espelho, no qual está implicado o apelo a um olhar que possa confirmar e reconhecer a imagem do sujeito. Há um traço que se escreve nesse momento e pede por leitura. Assim, o trabalho analítico pode colher tanto a criança quanto a mãe desse impasse, dessa cativação envolvida no gozo da troca pulsional de olhares dessa díade – na qual o analista vai se colocar como espelho virtual por meio do qual uma imagem real possa se produzir. Essa seria a própria célula narcísica em ato. Em função de se incluir a criança na cena como real e não como falada, o analista pode ser espectador dessa transferência que se dá em ato, trazendo para o plano da palavra, da história familiar.

Conclui-se que no que se refere à estratégia do tratamento, a intervenção na célula narcísica promove justamente uma mudança no posicionamento da criança e, conseqüentemente, uma diminuição da sintomatologia que apresenta. Diante dessa intervenção, é comum que nos atendimentos das mães haja queixas de dores no próprio corpo revelando que algo na estrutura muda de lugar: do ato da criança para o corpo da mãe, que poderá ser então reconstruído. Esse momento é delicado, pois envolve um intenso atuar trazendo muita dificuldade ao trabalho. Além disso, a inibição tanto do brincar quanto da fala também podem ser quebradas por atuações que seriam lidas como passagens ao ato psicóticas. Nesses casos é ainda da letra que se trata, sendo usada como manobra para regar o gozo, produzindo um resto. Dessa forma, o instante do ato representaria uma separação, uma parcialização em relação ao gozo.

Como salientado anteriormente, no caso analisado nesta tese tratou-se de uma atuação com algumas agressões ao estagiário, mas não de passagens ao ato psicóticas. A intervenção foi o corte dessas atuações seguida da solicitação que a criança falasse sobre seus atos. Essa intervenção propiciou o aparecimento de palavras antes não pronunciadas pela criança, que ao serem pontuadas no discurso materno produziram relatos, associações e lembranças da história de vida da mãe e de sua criança. A reconstrução da história feita pela mãe teve, por sua vez, como efeito uma melhora da criança, diminuindo as queixas. Dessa forma, o ato da criança quebrou a paralisia do tratamento e promoveu o discurso. Considera-se que a partir do ato e da leitura do que aí se escreve, é possível pensar em uma intervenção. Toma-se o ato não mais em sua

concretude, na sua realidade, mas como ato que rege o gozo – real coberto pela realidade.

Para completar esse processo que a passagem ao ato instaura é necessário possibilitar sua transliteração. A psicanálise privilegia o significante em seu valor de escritura da história singular do sujeito em análise, pois o que se lê no inconsciente permite essa escrita. Dessa maneira, a leitura psicanalítica favorece a quebra da repetição, possibilitando ao sujeito, em uma nova temporalidade, posicionar-se ante os significantes que o marcaram. Uma intervenção na loucura a dois que se instala na relação mãe e criança deve ser feita e tem a eficácia de permitir que o traço nomeador da criança se escreva ou acabe de ser escrito superando um impasse.

Conclui-se que ao considerar o ato dessa forma, a direção do tratamento não irá silenciá-lo, pois é ele que opera a inscrição da letra, mas concebê-lo como uma forma de superação de um impasse na separação. Assim, o manejo visa cortar a atuação para trazer ao campo da palavra significante o que permite a reconstrução da história familiar. Considera-se assim que o trabalho psicanalítico seria um dispositivo que permite completar a transmissão do significante que se iniciou na relação familiar por meio do esvaziamento da posição de objeto em que a criança se encontrava, possibilitando-se, assim, que ela se referencie ao Outro e não exclusivamente à mãe ou à família.

A concepção de passagem ao ato como transferência é permitida pela teorização tanto de Freud quanto de Lacan quando propõem que o que interessa ao analista é aquilo que se pode ler no ato, no sintoma, na fala, naquilo que se pode ler e que remete à escritura inconsciente. No entanto, segundo Brauer (2000), as consequências clínicas dessa concepção de transferência precisam ser constantemente exploradas, já que no trabalho com as psicoses a transferência se estabelece de uma maneira muito específica e sendo assim, são necessárias algumas manobras transferenciais.

Interroga-se se nesse dispositivo, no qual é um estagiário quem atende essas crianças, essas manobras seriam conduzidas de forma adequada. Identificamos que a resistência da estagiária desencadeou um *acting out* na criança, mas foi também por meio deste que a criança pôde assumir uma posição diferenciada, colocando-se em um lugar de não aceitação da imposição vinda do outro. Entende-se, portanto, que esse é sim um trabalho possível de ser desenvolvido em uma clínica-escola, mas ressalta-se a importância da realização constante de supervisão dos atendimentos, bem como da análise pessoal do estagiário. É imprescindível também que o supervisor tenha feito sua

formação tanto pessoal quanto clínico-teórica para que possa orientar um trabalho a partir desse referencial psicanalítico.

Dessa forma, colabora-se para o campo da saúde mental na medida em que a experiência de trabalho na clínica-escola pode permitir que o futuro profissional tenha mais condições de atender os casos graves, já que foi necessário que o estagiário tenha passado por uma experiência de análise pessoal, conduzido os atendimentos, bem como supervisionado-os com frequência. Além disso, essa forma de conduzir o trabalho favorece que as dificuldades surgidas ao longo do processo se refiram ao caso e não ao dispositivo.

A contribuição da presente tese é no sentido de abrir mais um espaço para os atendimentos dos casos graves, já que a saúde mental conta com poucas alternativas para isso, especialmente no que se refere aos Estados brasileiros menos privilegiados, ou seja, que contam com menos instituições de tratamento, assim como para as clínicas-escolas das várias faculdades de psicologia no país.

REFERÊNCIAS⁴²

ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. As origens da psicanálise de crianças no Brasil: entre a educação e a medicina. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 423-432, jul./set. 2009.

ALLOUCH, Jean. Sobre a transferência psicótica. In: **Marguerite ou a “Aimée” de Lacan**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997. p. 431-456.

AMARANTE, Paulo. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

AUDRY, Colette. Prefácio. In MANNONI, Maud. **A criança retardada e a mãe**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 7-10.

BALTAZAR, Maria Lúcia. Psicofármacos e Psicanálise. In: **Pulsional Revista de Psicanálise**, ano XVIII, n. 183, p. 5-20, set., 2005.

BAZHUNI, Natasha Frias Nahim. **Circunscrevendo o campo diverso, divergente e diferente do Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Biblioteca24h, 2010.

BERKOW, Robert. **Manual Merck de médica diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca multimídia, 1995.

BRANDÃO, Ana Rute Pinto. A postura do positivismo com relação às ciências humanas. **Theoria – Revista Eletrônica de Filosofia**. Minas Gerais, v. 03, n. 06, p. 80-105, 2011. Disponível em: <http://www.theoria.com.br/edicao0611/a_postura_do_positivismo.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNS_mental.pdf>. Acesso em: 29 set. 2006.

_____. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 29 set. 2006.

_____. Portaria GM nº 189/2002, de 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 29 set. 2006.

⁴² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria GM nº 336/2002, de 2002b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 29 set. 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf>. 2005>. Acesso em: 2 mai. 2013.

_____. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança de modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2013.

BRAUER, Jussara Falek (Org.). **A criança no discurso do Outro: um exercício de psicanálise**. São Paulo: Iluminuras, 1994.

BRAUER, Jussara Falek. Entre a inibição e o ato: fronteiras do trabalho analítico com crianças. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 243-252, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2014

_____. **Ensaio sobre a clínica dos distúrbios graves na infância**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. (Coleção 1ª infância; dirigida por Claudia Mascarenhas Fernandes Rohenkohl).

_____. O sujeito e a deficiência. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 3, n. 5, 1998. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281998000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 nov. 2015.

_____. A psicose paranóica na teoria de Lacan: uma hipótese explicativa para os distúrbios graves na infância, do lado da mãe. In: **COLOQUIO DO LEPSI IP/FE-USP**, 3., 2001, São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032001000300007&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 07 Ago. 2014.

BRUDER, Maria Cristina Ricotta; BRAUER, Jussara Falek. A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: impasses na separação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 513-521, set./dez. 2007.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault** — um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução de Ingrid Muller Xavier; revisão técnica de Alfredo Veiga-Neto e Walter Omar Kohan. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

COMTE, Auguste. **Discurso sobre o espírito positivo**. Traduções de José Arthur Giannotti e Miguel Lemos. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção os pensadores).

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

COSTA, Teresinha. **Psicanálise com crianças**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, p. 390-398, 2008.

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev, 2012.

DI CIACCIA, Antonio. A prática entre vários. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 19-25.

_____. Inventar a Psicanálise na Instituição. In: HARARI, Angelina; CADERNAS, Maria Hortênsia; FRUGER, Flory (Orgs.). **Os usos da Psicanálise**. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2003, p. 33-38.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco (Apresentação). **Revista Vivência**, Natal, v. 32, p. 25-31, 2007.

DOLTO, Françoise. Prefácio. In: MANNONI, Maud. **A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, p. 7-33.

_____. **A causa das crianças**. Aparecida: Idéias & Letras, 2005.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **A Psicose na Criança: tempo, linguagem e sujeito**. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2013.

ESCUDEIRO, Rebeca de Souza; FONTENELE, Laéria. O louco, a criança e o analista: contribuições de Maud Mannoni à psicanálise. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 6 n. 1, p. 108-119, jan./jun. 2015.

FINKEL, Lenira Akcelrud. O Lugar da Mãe na Psicoterapia da Criança – uma Experiência de Atendimento Psicológico na Saúde Pública. **Psicologia Ciência e profissão**, Rio de Janeiro, 2009, v. 29 n. 1, p. 190-203.

FOUCAULT, Michael. **História da loucura: na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **A ordem do Discurso**: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

FREYRE, Gilberto. **Casa grande & senzala**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

FREUD, Anna. **Infância normal e patológica**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1971.

FREUD, Sigmund. Sobre o Início do Tratamento. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v.12. p. 135-158. (1913).

_____. O futuro de uma ilusão. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v.21. p. 21-57 (1927).

_____. Inibições, sintomas e angústia. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v.20. (1926).

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. 07. (1901-1905).

_____. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago, 1977. v.10, p.13-154 (1909).

_____. Criminosos em consequência de um sentimento de culpa: Alguns tipos de caráter encontrado no trabalho analítico. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 14. (1916).

GUERRA, Andréa Máris Campos. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n. 15, jun. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 mai. 2013.

HAYASHIDA, G. **Publicação eletrônica** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <gabriela.hayashida@saude.gov.br> em 4 ago. 2014.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado). Porto Alegre, 2007.

HERMANN, Maurício Castejon. **Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss de língua portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2009.

JAPIASSU, Hilton. **O eclipse da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2009.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. Discurso e liame social: apontamento sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: JORGE, Marco Antonio Coutinho; RINALDI, Doris (Orgs.). **Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 17-32.

_____. **Sexo e discurso em Freud e Lacan**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

JULIEN, Philippe. **As psicoses**: um estudo sobre a paranóia comum. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

KUPFER, Maria Cristina. A presença da psicanálise nos dispositivos institucionais de tratamento da psicose. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 1, n. 1, 1996. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281996000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 set. 2015.

KUPFER, Maria Cristina; FARIA, Carina; KEIKO, Cristina. O tratamento institucional do Outro na psicose infantil e no autismo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 2, 2007, p. 156-166.

LACAN, Jacques. **Dois notas sobre a criança**: opção lacaniana. v. 21. São Paulo: Eóliam, 1988. p. 5-6.

_____. Alocução sobre as psicoses da criança. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 359-373.

_____. Os complexos familiares na formação do indivíduo. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003, p. 29-90.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003, p. 29-90.

_____. O sujeito e o Outro (I): A Alienação. **O seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, p.199-210.

_____. O sujeito e o Outro (II): A Afânise. **O seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, p.211-223.

_____. O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência analítica. **Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998, p. 96-103.

_____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. **Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, p. 496-533, 1998.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. **Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, p. 540-560, 1998.

_____. Saber Gozo. **O seminário, livro 16**: de um Outro ao outro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. **O seminário, livro 3**: As Psicoses. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. **O seminário, livro 10**: A Angústia. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. **O seminário, Livro 17**: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. **Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1932/1987.

KLEIN, Melanie. **Contribuições à psicanálise.** São Paulo, Mestre Jou, 1981.

LEITE, Márcio Peter de Souza. Os diferentes sentidos do termo “Letra” em Lacan. In: **A Letra**, Aula 6. Ensino Continuído, 1998.

LERNER, Rogério. **A psicanálise no discurso de agentes de saúde mental.** São Paulo: Casa do Psicólogo/Fapesp, 2006.

MACHADO, Roberto, et al. **Danação da norma:** a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANNONI, Maud. **A criança retardada e a mãe.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **A primeira entrevista em psicanálise:** um clássico da psicanálise. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____. **A criança, sua “doença” e os outros.** São Paulo, Via Lettera, 1999.

MANTOVANI, Carina Cella Panaia; MARTURANO, Edna Maria; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. Abandono do atendimento em uma clínica-escola de psicologia infantil: variáveis associadas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 527-535, jul./set. 2010.

MARIAGE, Véronique. Psicanálise e Instituição. In: **Curinga.** Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais, n. 24, Junho, 2007, p. 33-43.

MARTINHO, Maria Helena. O Sujeito e o laço social: que lugar para o psicanalista fora do consultório? In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 184-196.

MEDRONHO, Roberto A. et al. **Epidemiologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MILLER, Jacques Alain. Leitura crítica dos “Complexos familiares”, de Jacques Lacan. **Opção Lacaniana Online.** Disponível em: <<http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/n2/pdf/artigos/jamleitura.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo et al. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2013.

MONTEIRO, Kátia Alvares de Carvalho. Um trabalho possível em instituição para crianças. In: **Saúde mental na infância e na adolescência.** Cadernos IPUB. v. VI, n. 11, p. 90-94. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

MOKREJS, Elisabeth. **A psicanálise no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1993.

PEREIRA, André Ricardo. A criança no Estado Novo: uma leitura mais longa. **Revista Brasileira de História**, 19(38), p. 165-198, 1999.

PRISZKULNIK, Léia. A Criança e a psicanálise: o “lugar” dos pais no atendimento infantil. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.95-102, 1995.

QUINET, Antonio. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>> Acesso em: 03 jun. 2014.

RINALDI, Dóris. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 87-106.

RINALDI, Dóris; BURSZTYN, Daniela Costa. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 2, 2008, p. 32-39.

ROUDINESCO, Elizabth. **Por que a Psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

SALES, Léa Silveira. Posição do estágio do espelho na teoria lacaniana do imaginário. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, v. 17 - nº 1, p. 113-127, Jan./Jun. 2005.

SANTOS, Kátia; ELIA, Luciano. Bem-dizer uma experiência. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 107-128.

STEVENS, Alexandre. A instituição: prática do ato. **Carta de São Paulo**, v. 10, n. 4. São Paulo, EBP-SP, 2003, p. 16-22.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1), p. 29-41, 2007.

SOARES, Julia Maciel. **Possibilidades e limites do tratamento psicanalítico da psicose infantil em instituições de saúde mental**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007, 139 p.

WINNICOTT, Donald Woods. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.