

Taís Bleicher
Sâmara Gurgel Aguiar
Rebeca Carolinne Castro Gomes
(Orgs.)



Criança-Sujeito:

seus enigmas e suas linguagens

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Taís Bleicher
Sâmara Gurgel Aguiar
Rebeca Carolinne Castro Gomes
(Orgs.)



Criança-Sujeito:

seus enigmas e suas linguagens

CRIANÇA-SUJEITO: SEUS ENIGMAS E SUAS LINGUAGENS

© 2018 *Copyright by* Taís Bleicher, Sâmara Gurgel Aguiar e Rebeca Carolinne Castro Gomes

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Diagramação

Narcelio Lopes

Capa

Alexandre Heverton

Revisão de Texto

As Organizadoras

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

C928 Criança-sujeito: seus enigmas e suas linguagens / Taís Bleicher, Sâmara Gurgel Aguiar, Rebeca Carolinne Castro Gomes (Orgs.). – Fortaleza : EdUECE, 2018.
176 p.
ISBN: 978-85-7826-631-8

1. Psicolinguística. 2. Psicolinguística infantil. 3. Psicoterapia infantil. 4. Psicanálise. I. Bleicher, Taís. II. Aguiar, Sâmara Gurgel. III. Gomes, Rebeca Carolinne Castro. IV. Título.

CDD: 401.9

*Logo entrou a Dona Lógica da Razão e bosteou:
Mas lata não aguenta uma Tarde em cima dela, e
ademais a lata não tem espaço para caber uma
Tarde nela!
Isso é Língua de brincar
É coisa-nada.*

*O menino sentenciou:
Se o Nada desaparecer a poesia acaba.
MANOEL DE BARROS, Poeminha em língua de brincar.*

PREFÁCIO

Karla Patrícia Holanda Martins

O avanço das neurociências e o recrudescimento do naturalismo científico colocam a Psicanálise em um cenário de certa forma já anunciado por Freud e nos convoca a resistir aos imperativos sociais que se organizam na contramão das condições de estruturação do sujeito e de sua singularidade.

Diante deste cenário, analistas em trabalho na universidade e nas instituições, marcados pelo impossível de um dizer todo, são reconduzidos à direção de colocar o possível a trabalhar. A partir de uma atual reflexão sobre o contexto da transmissão da Psicanálise na universidade e frente aos desafios das atuais políticas públicas, a questão do diagnóstico psicopatológico na infância é apresentada, nesta coletânea, como um importante desafio das práticas de cuidado clínico com a infância. Seus capítulos testemunham o esforço de colocar em cena o sujeito-criança, seus enigmas e suas linguagens, em nome de uma causa própria. O olhar mediado pela Psicanálise se faz de revés, na direção contrária aos discursos dos especialistas, problematizando aspectos da atualidade do trabalho clínico com crianças e adolescentes constrangidos por perspectivas normativas e medicalizantes.

O século XX consolidou o reconhecimento da criança em suas particularidades e, em consequência, assistiu ao surgimento de iniciativas clínico-institucionais capazes de fundar um novo olhar sobre a criança com acentuados impasses em seu desenvolvimento. Muitos são os nossos desafios. Todavia, pode-se desde já demarcar o avanço considerável no processo de humanização do tratamento dos jovens em sofrimento.

Destacamos aqui os pioneiros trabalhos institucionais das psicanalistas francesas Maud Mannoni e Françoise Dolto, bem como a perspectiva de cuidado clínico proposta pelo psicanalista e pediatra Donald Winnicott, todos esses inspiradores de iniciativas no contexto brasileiro. Cada um a seu modo, todos orientaram trabalhos clínico-institucionais que representam ainda hoje contundentes iniciativas da Psicanálise na orientação de políticas públicas referidas a crianças e a adolescentes que se apresentavam excluídos do campo da escolarização e de outras modalidades de inserção no laço social. A determinação e o esforço de profissionais dedicados a essa causa podem, igualmente, ser testemunhados neste livro.

Nos últimos anos de formação e ensino da Psicologia no Brasil, a responsabilidade com esta causa foi também abraçada e reafirmada pelos psicanalistas. É o que propõe o capítulo de abertura do livro, de autoria de Taís Bleicher, professora da Universidade Federal de São Carlos. A articulista, na condição de primeira coordenadora do Programa de Extensão “Clínica, Estética e Política do Cuidado”, apresenta-nos, ainda, os objetivos deste trabalho

desenvolvido no Departamento de Psicologia da UFC, em parceria com o Centro de Referência à Infância (INCERE), instituição que, desde 2000, vem se dedicando ao trabalho com crianças e adolescentes em Fortaleza, a partir de uma perspectiva interdisciplinar orientada por pressupostos psicanalíticos.

A psicanalista Luana Timbó denuncia o engessamento produzido pela nomeação diagnóstica nas formas de subjetivação de crianças, adolescentes e pais, apresentando as balizas éticas e políticas do “fazer clínico” realizado no INCERE. Identifica ainda a dimensão moral em jogo nas estratégias de objetivação que atravessam as avaliações diagnósticas e conclui: “classificações são construções que criam hierarquias, continuidades e descontinuidades, inclusões e exclusões, agrupamentos e generalizações de experiências, são mapas de fronteiras normativas. E, como mapas, são representações e recortes de algo, não a realidade em sua totalidade”.

Em sintonia com esta discussão, Rebeca Gomes, mestra em Psicologia e extensionista do Programa da UFC-INCERE, discute a nomeação diagnóstica como uma via que pode fazer claudicar a palavra constituinte ao se impor como palavra constituída e denuncia o esvaziamento do lugar da criança como agente de sua subjetivação nas práticas pedopsiquiátricas. Aponta ainda que “esse constrangimento do sujeito, no campo da saúde mental, acaba por ser operacionalizado por instrumentos que respondem às demandas oriundas do modo contemporâneo de gestão da sociedade”. Tais instrumentos confiscariam o sujeito de sua

própria palavra, de modo a torná-lo alheio às dimensões de saber e verdade que, no campo da Psicanálise, emergem radicalmente da singularidade de seu discurso. Ao tomar a causa das crianças, a articulista acompanha as formulações de Alain Didier-Weill e assinala uma nova dimensão de mal-estar que tenderia a “ameaçar, de maneira totalmente nova, a humanização prometida pela via da palavra”.

Trata-se da afirmação do lugar da criança e sua fala própria. Nesta direção, o artigo da fonoaudióloga Patrícia Gadelha, partindo de seu pioneiro trabalho no INCERE, propõe o fundamental tencionamento das formas idealizadas de inclusão destas crianças no laço social. No artigo “Comunicação suplementar e alternativa: uma clínica fonoaudiológica possível”, indaga: “Até onde devemos insistir na oralidade dessa criança? Quando devemos propor o uso de outra forma de comunicação para ela? Quem está aprisionado na oralidade? O paciente? A família? Nós, terapeutas?”. Suas perguntas seguem a mais desafiadora função da Psicanálise, aquela capaz de interrogar o impensável, forçando-nos ao reconhecimento ético dos limites e da diferença de cada um.

O artigo da psicóloga e extensionista egressa do Programa “Clínica, Estética e Política do Cuidado” da Universidade Federal do Ceará (UFC)-INCERE, Mírian Jayane Rodrigues, retoma a questão do “fracasso” da linguagem frente ao abuso sexual, a partir de um estudo de caso. O impensável tem outros nomes e, desde a origem da Psicanálise, estiveram referidos à dimensão traumática que provém dos excessos do Outro. Se, por um lado, a leitura

do trauma nos permite falar também de seu caráter estruturante, por outro, a desestruturação provém dos efeitos de silenciamento que impedem a construção de uma posição da criança frente ao Outro e à linguagem, em prejuízo das suas formas primárias de simbolização.

O que pode a Psicanálise no trabalho institucional é a pergunta de pano de fundo dos dois últimos artigos da coletânea. O trabalho com a educação terapêutica é discutido por Sâmara Aguiar, a partir de uma experiência clínica na instituição paulista Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica. A psicóloga e igualmente extensionista do programa discute o eixo da transferência no trabalho clínico com a criança, renovando a aposta no sujeito a partir do trabalho empreendido nos grupos. Emilie Boesmanns, psicóloga e extensionista do mesmo programa, propõe, a partir de sua dissertação de mestrado, tirarmos consequências do conceito de realidade psíquica para pensarmos a aplicação das medidas protetivas de abrigo. Denuncia que, em nome de uma medida técnica baseada em ideais universalizantes e normativos, o dito caráter protetivo acaba por reproduzir o controle das famílias pobres. Uma vez mais, a criança é chamada a responder a partir de seu lugar de fala, considerando-se a sua capacidade de assunção subjetiva. Aqui – como em outros momentos da coletânea – o trabalho de Michel Foucault sobre as formas de controle da vida é força motriz da discussão.

Assim, diante de temas tão atuais e que nos atravessam a partir dos mais distintos campos, convidamos o leitor a sentir-se provocado pelo trabalho com a criança e

os efeitos iatrogênicos do tratar, e, a partir daí, convocado a assumir uma posição sempre política. Concluo com as palavras da extensionista egressa Caroline Vitoriano em seu instigante artigo sobre a relação entre as classificações diagnósticas e os valores: “Evitar compactuar com essa ‘colonização’ do sofrimento, escapar de relê-lo por uma perspectiva unitária, exige vigilância e resistência para ir contra a corrente culturalmente instituída”.

Fortaleza, 10 de setembro de 2016.

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychiatric Association*

ASHA – *American Speech and Hearing Association*

BLISS – *Blissymbols*

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CPPL – Centro de Pesquisa, Psicanálise e Linguagem

CSA – Comunicação Suplementar e Alternativa

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EFC – Entrevista de Formulação Cultural

ESP-CE – Escola de Saúde Pública do Ceará

INCERE – Centro de Referência à Infância

LEPSI – Laboratório de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas e Educacionais sobre a Infância

MPASP – Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública

NUCOM – Núcleo de Psicologia Comunitária

PCS – *Picture Communication Symbols*

PIC – *Pictogram Ideogram Communicattion*

STDS – Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

UECE – Universidade Estadual do Ceará

UFC – Universidade Federal do Ceará

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UnB – Universidade de Brasília

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

PREFÁCIO | 06

Karla Patrícia Holanda Martins.

SEÇÃO 1.

REFLEXÕES A PARTIR DO PROGRAMA CLÍNICA, ESTÉTICA E POLÍTICA DO CUIDADO.

FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE NA UNIVERSIDADE NO CONTEXTO DAS ATUAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA | 16

Taís Bleicher.

PELA CAUSA DAS CRIANÇAS | 41

Rebeca Carolinne Castro Gomes.

ABUSO SEXUAL E LINGUAGEM | 65

Mírian Jayane Leite Rodrigues.

O DIAGNÓSTICO, ENTRE A CURA E OS VALORES | 84

Caroline Rodrigues de Assunção Vitoriano.

SEÇÃO 2.

O QUE PODE A PSICANÁLISE NO TRABALHO INSTITUCIONAL.

DIAGNOSTICA-SE O SUJEITO? – A PRÁTICA DO DIAG- NÓSTICO NO CENTRO DE REFERÊNCIA À INFÂNCIA (INCERE) | 100

Luana Timbó Martins.

COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA: UMA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA POSSÍVEL | 122

Patrícia Gadelha.

O QUE PERMITE A PSICANÁLISE NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A REALIDADE PSÍQUICA | 137

Emilie Fonteles Boesmans.

ENTRE ÁRVORE E CHÃO: O LUGAR DO INTERVENTOR NO GRUPO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA | 159

Sâmara Gurgel Aguiar.

SEÇÃO 1

REFLEXÕES A PARTIR DO
PROGRAMA CLÍNICA, ESTÉTICA E
POLÍTICA DO CUIDADO.



FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE NA UNIVERSIDADE NO CONTEXTO DAS ATUAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA

Taís Bleicher¹

1 INTRODUÇÃO: O ENSINO DA PSICANÁLISE NA UNIVERSIDADE

A questão do ensino da Psicanálise nas universidades acompanha a sua criação. Há quase cem anos, Freud (1919 [1918]) debruçava-se sobre essa questão com argumentos que parecem, hoje, extremamente atuais. Avaliava esta possibilidade a partir de dois pontos de vista: o psicanalítico e o universitário. Ensinar ou não Psicanálise diria respeito ao valor a ela atribuído. Curiosamente, à época, Freud criticava a formação dos médicos:

Essa formação tem sido muito justamente criticada nas últimas décadas pela maneira parcial pela qual dirige o estudante para os campos da anatomia, da física e da química, enquanto falha, por outro lado, no esclarecimento

¹ Professora da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Fundadora e primeira coordenadora do Programa de Extensão Clínica, Estética e Política do Cuidado.

do significado dos fatores mentais nas diferentes funções vitais, bem como nas doenças e no seu tratamento. Essa falha não se manifestará apenas na sua falta de interesse pelos problemas mais absorventes da vida humana, na saúde ou na doença, mas também o tornará inábil no tratamento dos pacientes (FREUD, 1919 [1918]), p. 187).

Freud criticara, também, o ensino da Psiquiatria da época, exclusivamente descritivo, reduzido a ensinar

o estudante a reconhecer uma série de entidades patológicas, capacitando-o a distinguir quais são incuráveis e quais são perigosas para a comunidade. Sua única ligação com os outros ramos da ciência médica está na etiologia orgânica – isto é, nas suas descobertas anatômicas; mas não oferece a menor compreensão dos fatos observados (FREUD, 1919 [1918]), p. 188).

Observe-se que a crítica que se fazia ao ensino da Medicina na Europa do século passado ainda é muito próxima às que atualmente são feitas ao modelo de ensino em Saúde no Brasil. O ensino da Psicanálise nas universidades seria uma forma de preparar o aluno para lidar com os aspectos

psicológicos do paciente. Ao mesmo tempo, Freud acreditava que o psicanalista prescindia do ensino universitário, uma vez que o conhecimento em Psicanálise poderia ser adquirido através da literatura especializada, dos encontros científicos, do contato com membros mais experientes, da análise pessoal e da supervisão. Portanto, em uma decisão política de exclusão desse saber de âmbito universitário, a Psicanálise possuiria uma organização própria, que lhe permitiria sua difusão de forma marginal. Foi assim que se perpetuou em tempos de perseguição política.

Entretanto, uma vez adentrando a Universidade, qual seria a melhor forma de vinculá-la à estrutura educacional regular? Freud (1919 [1918]) sugeria o seguinte formato: “um curso elementar, destinado a todos os estudantes de medicina, e um curso de aulas especializadas para psiquiatras” (p. 188). Algumas questões são apresentadas: primeiramente, a Psicanálise não é uma disciplina que se constitua isoladamente, como uma Psiquiatria que se propõe meramente biológica. A Psicanálise, necessariamente, inclui a história da literatura, a mitologia, a história das civilizações, a filosofia, as artes. O ensino da Psicanálise modificaria a formação do médico, enriquecendo-a e fazendo a articulação necessária com diversos campos do saber.

Nesse sentido, podemos dizer que o que Freud propunha aproxima-se da discussão atual sobre formação em Saúde para uma atuação integral, no sentido de compreender o sujeito em sua complexidade. Ao mesmo tempo, o estudo da Psicanálise não se restringiria ao campo da Saúde, uma vez que ela se constitui no entrelaçamento de diversos campos de saber.

Outra questão que se apresentou para Freud foi o método da formação do psicanalista na Universidade, uma vez que essa formação exigiria mais que o estudo teórico e as práticas acadêmicas. Freud (1919 [1918]) defendia que o departamento universitário possuísse uma estrutura hospitalar que permitisse levar a cabo experiências clínicas. Mesmo garantindo o estudo teórico e o espaço de intervenção, este modelo não asseguraria a formação do psicanalista, assim como a formação universitária não garante ao estudante de Medicina que se tornará um hábil cirurgião: seria necessária uma formação outra, externa ao âmbito acadêmico. Nesse sentido, para Freud, o ensino da Psicanálise na Universidade seria apenas uma mostra, uma apresentação de uma formação que continuaria ao longo da vida, em outros espaços.

Este modelo proposto por Freud em muito se assemelha ao que foi o adotado nas universidades brasileiras. Neste caso, fundamentalmente nos cursos de Psicologia. Na Medicina e na Psiquiatria, permaneceu de maneira mais periférica, à mercê de orientações mais reducionistas sobre o adoecimento humano.

Rosa (2001) dedicou-se à reflexão sobre o ensino da Psicanálise na Universidade, dando ênfase à formação nos cursos de Psicologia. Primeiramente, tratou da diferença entre ensino e transmissão da Psicanálise. No ensino, a ênfase no debate teórico poderia dar um caráter de plenitude, a impressão de que aquela teoria seria capaz de resolver todas as questões. A transmissão seria a oposição entre o saber e a verdade, sendo o saber aquilo que se deve superar rumo a uma verdade própria ao sujeito.

De alguma maneira, este modelo de ensino enunciado por Rosa não é – ou não deveria ser – aquele proposto nas universidades. A Universidade, como casa da ciência, no momento em que se propõe a articular ensino, pesquisa e extensão, está dizendo que estes dois últimos devem realimentar o ensino, ou seja, a pesquisa e a prática possibilitariam que o ensino fosse sempre outro. A perspectiva universitária seria diferente do ensino como formulado por Rosa, talvez mais aproximado dos formatos de ensinamentos profissionalizantes ou das escolas de nível fundamental e médio. Entretanto, o ensino universitário, assim como o técnico e o escolar, em sua maioria, dá-se de forma massificada – e aí está a diferença em relação à transmissão da Psicanálise.

A Psicanálise nasceu da prática clínica, fundamentalmente. Tendo esta prática, por diversas vezes, modificado seu corpo teórico, utiliza-se de conceitos, mas que nunca são dotados de um sentido único. Além disso, a significação conceitual em Psicanálise é sempre uma significação contextual, que, para ser transmitida, necessita que se guarde suas dimensões históricas, a partir de um ensino interpretativo (ROSA, 2001).

Mas, para além da sua dimensão histórica e da prática interpretativa, como aprender Psicanálise? Vivenciando-a, em uma relação transferencial e a partir da própria verdade do Inconsciente. Aqui, a transmissão da Psicanálise se afasta do modelo científico hegemônico uma vez que, entende-se, só pode acontecer de maneira muito singular para cada sujeito, em espaços de interlocução diferentes das salas de aula – aqui incluída a análise pessoal como forma de aprendizado.

Se a análise pessoal é uma via que leva muitas pessoas a conhecer a Psicanálise, na prática, hoje, no Brasil, os cursos de Psicologia acabam funcionando da forma que Freud pensou o seu ensino nas universidades: uma apresentação, que pode levar ou não o aluno a aprofundar os seus estudos neste campo.

Rosa (2001) retomou as questões da transferência em um contexto em que o aluno escolheu estudar Psicologia: provavelmente uma sensibilidade em relação às questões sociais e subjetivas. Não existindo um curso de graduação em Psicanálise, é, portanto, o que mais se aproximaria de muitos de seus temas próprios. Pode-se dizer que, para muitos dos alunos, a transferência já existiria, não propriamente com a Psicanálise, ainda desconhecida por boa parte dos estudantes secundaristas, mas em relação ao mundo Psi.

Existindo algo de transferência, as disciplinas teóricas e uma prática clínica, como se daria a questão da análise pessoal? Embora compreenda que não se possa colocar a análise pessoal em um currículo acadêmico, na prática, ela é sugerida para os alunos que escolhem esta vertente teórica. Rosa (2001) aponta para o fato que dificilmente os estudantes percorrem a faculdade sem os confrontos que dão oportunidade para o encontro com o Real e poucos se furtam a compreender o seu sentido.

Tradicionalmente, desde Freud, estas são as questões sobre as quais os psicanalistas têm se debruçado quanto ao ensino da Psicanálise nas universidades. Mas qual Psicanálise? Fundamentalmente, uma Psicanálise ambulatorial, muitas vezes, restrita à clínica da neurose. Nesse sentido, a Psicanálise foi mais poupada das severas críticas realizadas

à Psicologia nas últimas décadas: o seu foco no tratamento ambulatorial, descontextualizado das questões sociais. No caso da Psicologia, estas críticas geraram um movimento pela renovação curricular, com avanços e impasses. No caso da Psicanálise, o Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública – MPASP – é o exemplo brasileiro mais vivo de uma tentativa de ressituar o lugar da Psicanálise junto às questões sociais e das políticas públicas de saúde. Abordaremos estas questões a partir de uma atividade de extensão realizada no departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará – UFC, campus Fortaleza.

2 CURSO DE PSICOLOGIA – UFC/FORTALEZA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO.

O curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, campus Fortaleza, ultrapassa os seus quarenta anos de existência. Ao longo destes anos, já teve o seu plano pedagógico modificado por diversas vezes. As críticas que sofreu durante parte destes anos aplicavam-se não só a ele, mas à formação universitária de maneira geral, especialmente, na área da Saúde: aprendizado centrado em diagnósticos clínicos, desprezando o contexto histórico e social do processo saúde-doença; formação que priorizava os aspectos teóricos em detrimento dos vivenciais; e professores da Academia sem comunicação com os problemas sociais enfrentados pela população. Além disso, era ensinada fundamentalmente uma clínica de tratamento, no modelo ambulatorial, que posteriormente resultava em profissionais que trabalhariam em seus consultórios particulares.

Um primeiro e importante marco de oposição a esta postura acadêmica aconteceu na década de 1980. Em 1981, teve início um trabalho de Psicologia no Pirambu, bairro pobre de Fortaleza. Estiveram à frente deste trabalho Raquel Balsalobre e César Wagner de Lima Góis, professores do departamento, Ruth Cavalcante, psicopedagoga do Centro de Desenvolvimento Humano, Irmã Maria Montenegro, freira que residia no bairro Cristo Redentor, Gilton e Domingos Sávio, lideranças da comunidade. Diferentes atores se uniram para realizar um trabalho ainda “confuso e disperso, sem uma base teórica e metodológica” (GÓIS, 2003, p. 17), mas que compreendiam a necessidade de um compromisso social da Psicologia, “com a intenção de colocá-la a serviço da população excluída da riqueza da nação” (ibid.). A continuidade deste trabalho teve diversos desdobramentos: a proposta, em 1983, de uma mudança curricular “no sentido de sua atualização, contextualização e prática social” (GÓIS, 2003, p. 19); a sistematização de uma Psicologia Comunitária no Ceará, inserindo-a no meio acadêmico e com uma área profissional remunerada; e a criação do programa de extensão do departamento, o Núcleo de Psicologia Comunitária – NUCOM.

Os programas de extensão, que posteriormente se tornaram uma tradição nesse departamento, vinham a preencher as lacunas entre teoria e prática, por propiciarem experiências em que o aluno assumia papel mais ativo na construção de seu aprendizado, além de permitirem uma integração maior à comunidade.

Paralelamente a este redirecionamento do curso de Psicologia no sentido de uma ação social, o país passava

pelo seu processo de redemocratização e dedicava-se à formulação de políticas públicas progressistas, necessárias à vivência democrática e cidadã. As novas políticas públicas oficializadas a partir da Constituição Federal de 1988 buscavam criar redes de serviços públicos que se comunicassem, garantindo os direitos sociais do cidadão: educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988a). Para garantir o direito à Saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde, que abrangeria ações e serviços públicos em uma rede regionalizada, integralizada, descentralizada, com atendimento integral e participação da comunidade. Este modelo de rede exigia a modificação curricular dos cursos universitários no sentido de uma atuação integral, com atuação interdisciplinar, continuidade de cuidados e ações de promoção e prevenção em Saúde.

A Psicologia tinha uma particularidade. Originalmente considerada como ciência humana, manteve-se afastada das discussões da Saúde Pública. Com a recente vinculação dos cursos de graduação de Psicologia ao âmbito sanitário, vinculando-o às diretrizes do Ministério da Saúde, houve forte impacto sobre o perfil dos cursos recém-criados de graduação em Psicologia em todo o território nacional, já que os obrigava à vinculação ao SUS, especialmente, por meio de suas práticas. Entretanto, não foi estabelecido prazo para que os cursos criados antes de tal determinação se adequassem ao novo modelo. O resultado disto, no caso do curso de Psicologia da UFC, campus Fortaleza, foi uma significativa mudança curricular, com a inserção de disciplinas como “Psicologia e Saúde Coletiva”. Porém, houve

pouca modificação nas práticas formativas. Permaneceu o modelo de estágios e atividades de extensão, por mais das vezes se constituindo como valorosas experiências pontuais, mas sem inserção orgânica na rede sócio-sanitária do município e sem a criação de uma lógica de serviço.

Some-se a isso o fato de que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, principais equipamentos da reforma psiquiátrica brasileira, estavam especialmente dedicados aos cuidados de pacientes psicóticos, muitas vezes crônicos, precisando de uma atuação interdisciplinar, enquanto as práticas na clínica-escola da UFC eram majoritariamente destinadas aos pacientes neuróticos, sem equipe interdisciplinar e sem a elaboração de planos terapêuticos individuais. Portanto, havia um hiato entre as práticas oferecidas pela própria Universidade e as necessidades dos serviços públicos. Hiato que poderia ser resolvido com os estágios dos alunos nos próprios CAPS, caso os equipamentos de Saúde Mental do município funcionassem adequadamente, o que não é a realidade de Fortaleza.

Ademais, as atividades de promoção e prevenção em saúde tornaram-se localizadas, sendo ofertadas, principalmente, nos equipamentos de atenção primária da rede sanitária, vinculadas pontualmente a alguns núcleos de extensão do curso e disciplina de práticas; enquanto a clínica-escola de Psicologia da UFC permanecia oferecendo atividades ambulatoriais, sem nenhuma comunicação com as ações de prevenção e promoção em Saúde da rede municipal. Os atendimentos oferecidos na clínica frequentemente não se vincularam a outras disciplinas, como Pedagogia, Serviço Social, Ciências Sociais, Terapia Ocupacional, Medicina, Fonoaudiologia.

Se Freud (1919 [1918]) já apontava, quase um século atrás, para a necessidade de um espaço de práticas para a aprendizagem de Psicanálise, este entendimento também está presente quanto à formação do psicólogo. Embora os cursos universitários em Saúde, regidos pelo Ministério da Educação, tenham como objetivo final ensinar a cuidar, e não cuidar, propriamente – o que caberia aos equipamentos da rede sócio-sanitária e, administrativamente, estaria sob gerência do Ministério da Saúde – as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia (MINISTÉRIO, 2004) apontam para o dever de “prever a instalação de um Serviço de Psicologia com as funções de responder às exigências para a formação do psicólogo, congruente com as competências que o curso objetiva desenvolver no aluno e as demandas de serviço psicológico da comunidade na qual está inserido” (p. 04), segundo seu parecer técnico. Este serviço não seria unicamente destinado à Psicologia Clínica, como acontece na UFC, mas compreenderia todas as áreas de atuação da Psicologia, com equipes e práticas interdisciplinares.

3 PROJETO “CLÍNICA PSICANALÍTICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS GRAVES DE DESENVOLVIMENTO”

Nesse cenário foi criado, em 2015, o projeto “Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes com transtornos graves de desenvolvimento”. Surgiu a partir do meu encontro com a clínica psicanalítica das psicoses e autismos realizada no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – UnB,

durante mestrado nesta instituição. O reencontro com esta clínica se deu em diferentes momentos e com outras instituições: o Centro de Referência à Infância – INCERE, em Fortaleza, e o Centro de Pesquisa, Psicanálise e Linguagem – CPPL, de Recife. O meu percurso na Saúde Coletiva, campo no qual me doutorei, nas políticas públicas para crianças e adolescentes e, ainda, a vertente teórica psicanalítica com a qual mais me identifico – winnicottiana – levavam-me, necessariamente, à articulação entre Psicanálise e Saúde Pública.

Entendia que era necessário possibilitar esse espaço de formação, que, em linhas gerais, era um projeto de extensão de vertente psicanalítica, especialmente embasado na clínica winnicottiana, inspirado nas experiências que conheci na UnB, no INCERE e no CPPL, destinado a crianças e adolescentes com o que, naquele momento, chamamos de “transtornos graves do desenvolvimento”. O projeto também buscava apresentar uma vertente não usual de atendimento em Psicanálise no departamento de Psicologia da UFC/Fortaleza, qual seja, em grupos. Uma vez que minha aproximação com esse campo era fundamentalmente teórica, e não prática, convidei para realizar a supervisão do grupo de extensionistas – no qual me incluí – Elton Lucas Calixto Soares, psicanalista membro do INCERE, formalizando parceria institucional com esta instituição.

Foram feitos convites para participação no projeto para os estudantes que estavam nos últimos semestres do curso de Psicologia/UFC/Fortaleza, vinculados às disciplinas de estágio. Na prática, entretanto, os critérios de entrada no projeto foram o desejo de nele estar, o interesse pela Psicanálise, a disponibilidade de carga horária para atendi-

mentos e participação nas reuniões. Todos os extensionistas estariam necessariamente em atividade clínica, porque, na perspectiva do supervisor, era importante para o grupo sentir “na carne” os efeitos de suas especificidades.

No dia 10 de abril de 2015, foi realizado o evento acadêmico “Crianças e adolescentes com transtornos graves de desenvolvimento: sociedade, Psicanálise e práticas clínicas”. Com inspiração no modelo de atenção psicossocial de Quixadá (BLEICHER, 2015), entendia-se que um novo serviço precisaria de um marco inaugural de natureza política, científica, conceitual e técnica. Era necessário iniciar um discurso e uma prática comuns, com o objetivo de criar conceitos epistêmicos mínimos, além de marcar o lugar do serviço na sociedade (SAMPAIO, 2013). Como era um serviço que nascia, foram convidados, além de membros de sua equipe, psicanalistas da cidade de Fortaleza que inspiravam a atuação do grupo. Os nomes foram escolhidos a partir do desejo dos estudantes que compunham a comissão organizadora, com um resultado que espelhava a intenção do projeto: a multiplicidade institucional; a presença de psicanalistas de diferentes escolas de Psicanálise de Fortaleza; a não-diferenciação entre psicanalistas que estão ou não estão na Academia e que possuem ou não títulos acadêmicos. O auditório esteve com sua lotação máxima preenchida, contando com profissionais da rede sócio-assistencial do município. Destaque-se a mesa “Diagnóstico dos transtornos graves do desenvolvimento em crianças e adolescentes: o imperativo da medicalização e a supressão do sujeito mediante o discurso científico”, que, especialmente a partir da discussão suscitada pelos psicanalistas

Mariana Moraes Diógenes e Mardônio Coelho Filho (este, na plateia), provocaram a mudança no nome do projeto/programa de extensão no ano seguinte.

O evento alcançou seus objetivos: apresentar o projeto à sociedade e criar discussão que servisse de material para as reflexões iniciais da equipe. Em termos práticos, acabou causando, também, maior quantidade de encaminhamentos de pacientes e o desejo de algumas pessoas da plateia de dele participarem como extensionistas. Foi gradualmente, portanto, que se consolidou a equipe que afinal concluiu este primeiro ano de atividades: Rebeca Carolinne Castro Gomes, Caroline Rodrigues de Assunção Vitoriano, Mírian Jayane Leite Rodrigues, Sâmara Gurgel Aguiar, Emilie Fonteles Boesmans. Ainda prezando pelo desejo como critério fundamental de participação no projeto, e, compreendendo ainda que o conhecimento deve circular, o projeto acolheu desde estudantes do quinto semestre de graduação, até profissionais formadas, mestradas e mestres de outras instituições. Na prática, existia uma variedade de trajetórias muito grande entre as extensionistas, o que fez com que se tornasse ainda mais urgente a discussão teórica. O projeto passou a oferecer grupos de estudos que nasciam da necessidade e do desejo de leitura de temas relacionados à prática clínica.

Quanto aos pacientes, inicialmente, buscou-se atender crianças e adolescentes inscritos na própria clínica-escola de Psicologia da UFC/Fortaleza. Alguns problemas se apresentaram. A clínica-escola apresenta uma lista formada por pacientes que esperam há anos por atendimento. Sem qualquer plano de enfrentamento a esta situação, sem acolhimento inicial e escuta clínica da queixa, sem continuidade de cui-

dados com a rede sócio-assistencial, quando o estagiário buscava o contato com o paciente, era comum que os seus dados estivessem desatualizados, impedindo a comunicação; ou que ele já não possuísse demanda para o atendimento psicológico ou o psicanalítico. Mesmo entre os pacientes que ainda desejavam atendimento, o público de crianças e adolescentes inscritos para a clínica não era aquele originalmente pensado para este projeto, qual seja, que se aproximavam dos chamados transtornos graves do desenvolvimento.

A clínica de Psicologia da UFC/Fortaleza repetia, portanto, o padrão dos atendimentos anteriores às reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil: a Psicologia especialmente dedicada às neuroses, relegando à Psiquiatria o tratamento dos demais casos.

A segunda tentativa de ter acesso a esse público foi através dos Centros de Atenção Psicossocial Infantis – CAPSi – do município, dois, no total. Apresentou-se o projeto e ofereceu-se o tratamento psicanalítico para aquelas crianças que se encontravam sem atendimento psicológico no CAPS. Um dos CAPS enviou uma lista com os pacientes que se enquadrariam nestes critérios e, a partir daí, começaram os atendimentos. O INCERE também permaneceu como uma via de divulgação e encaminhamentos para o projeto. Por meio dele, a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social – STDS – o conheceu e, a partir daí, as crianças institucionalizadas nos abrigos de Fortaleza passaram a ser um importante público do projeto. Portanto, somavam-se às características próprias do público previsto para este projeto as características comuns a crianças e adolescentes institucionalizados, questões que passaram a ser recorrentes nas supervisões.

No cotidiano da clínica e das supervisões, alguns temas tomaram relevância para cada um dos extensionistas. Já era possível a cada um fazer seus próprios questionamentos, construções e elaborações. Ao final de um ano de projeto, pensou-se em outro evento, que aconteceu nos dias 9 e 10 de dezembro, já marcado pela realidade encontrada a partir dos encaminhamentos da STDS: “Laço Social e instituições: qual o lugar da criança e do adolescente?”. Este foi um momento não só de comemoração de um ano de existência do projeto, dos avanços clínicos que pudemos perceber, mas, ainda, de compartilhar com a sociedade esses aprendizados. Foi também uma possibilidade do próprio grupo se conhecer: as inquietações que apareciam de forma difusa na supervisão puderam ser organizadas e questionadas academicamente, no sentido propositivo de formas possíveis de atuação.

Assim como no modelo quixadaense de Atenção Psicossocial, as jornadas são ao mesmo tempo términos e recomços, marcam ciclos, frutos da ação, mas que alimentam novos materiais para supervisão e capacitação (SOUSA, 2013). São extensão universitária em seu sentido máximo, ou seja, são o compromisso de produção de conhecimento acessível à sociedade, e, também, são capacitação interna para a equipe e alimentam as demais atividades do grupo.

O objetivo da organização do evento era marcar uma leitura da Psicanálise que dialogasse com outros profissionais da Saúde e com os equipamentos da rede sócio-assistencial. Portanto, deve-se destacar a presença dos fonoaudiólogos Patrícia de Sousa Gadelha Costa, terapeuta e diretora executiva do INCERE, Ricardo Lopes Leite,

professor da UFC, do departamento de Letras Vernáculas; assim como de Renata Carvalho Campos, psicóloga de um CAPSi. Este livro é o fruto desse encontro, tendo sido convidados todos os palestrantes a apresentarem também por este meio as suas reflexões de então.

4 REALIDADE ENCONTRADA

Benedetto Saraceno (SARACENO, 2011) estabelece que uma das condições necessárias para que se comece um processo de reforma psiquiátrica em qualquer momento e lugar é a presença de alguns fatores, como uma vontade política de mudança não gerada pelo setor psiquiátrico, senão pelos dirigentes locais ou nacionais de Saúde Pública. Outro fator seria um movimento pelos Direitos Humanos originado, em geral, pelos militantes desse campo, pelo setor jurídico ou por associações de base de familiares.

Foi assim em diversos países, bem como no processo de redemocratização brasileiro. Uma nova política pública de Saúde Mental no Brasil foi possível em um momento de reorganização dos movimentos sociais, pressionando por uma nova Constituição Federal, progressista. Para acompanhar estas mudanças, as Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental (BRASIL, 1986; 1988b; 1994; 2002; 2010) apontavam para a necessidade de formar adequadamente profissionais para trabalhar na perspectiva destas reformas. As mudanças curriculares para os cursos de Psicologia foram um claro resultado disto. Portanto, nacionalmente, Ministério da Saúde e Ministério da Educação criavam

diretrizes conjuntas de formação para a articulação das universidades à rede sócio-assistencial. No caso do departamento de Psicologia da UFC/Fortaleza, as mudanças se deram quanto às disciplinas ofertadas, permanecendo as práticas da clínica de Psicologia completamente desintegradas do Sistema Único de Saúde.

O município de Fortaleza iniciou tardiamente o seu processo de reforma psiquiátrica e a criação de sua rede de serviços substitutivos. Nunca ofereceu a quantidade de equipamentos CAPS necessária ao seu contingente populacional, além de permanecer com o único hospital psiquiátrico público do estado (SESA, s/d; ESCOLA, 2014). Mesmo a isso os cenários internacional, nacional, estadual e local atuais de sucateamento dos serviços públicos e investimento na iniciativa privada, em que observamos um momento que Manuel Desviat (2015) chamou de contra-reforma.

Nosso projeto é afetado diretamente por esta realidade. Não existe, no município de Fortaleza, um comando único que integre rede sanitária, equipamentos da Assistência Social e cursos universitários em Saúde. Sem o desenvolvimento de estratégias de gestão e de tecnologia para concretizar a rede, a continuidade de cuidados fica a mercê das condutas individuais de cada profissional. Além disso, com poucos serviços e funcionando precariamente, encaminhamentos esbarram na impossibilidade de atendimento nos demais equipamentos. Em um ano, praticamente se esgotaram as vagas para atendimento no projeto, uma vez que para ele acorriam os usuários que não conseguiam atendimento na rede municipal de saúde.

A dificuldade de encaminhamentos na rede tem grande importância no caso dos chamados transtornos graves do desenvolvimento, uma vez que o projeto se alinha ideológica e politicamente ao Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MOVIMENTO, s/d), especialmente nos seguintes pontos:

- Compreende que o trabalho em Psicanálise com este público excede em muito a intervenção em consultórios particulares, sendo necessário atuar nas instituições de Saúde, Educação, Assistência Social, ONGs, entre outras.
- A Psicanálise pode ser transmitida em instituições de Psicanálise e no âmbito universitário.
- As intervenções em Psicanálise devem considerar a dimensão da cidadania.
- Devido à complexidade dos quadros apresentados, há a exigência de trabalho interdisciplinar e inter-setorial, sendo a Psicanálise uma de suas partes.
- O sintoma é considerado a forma de a pessoa estar no mundo, e a intervenção se dá a partir daí.
- Deve-se acolher a família, para, junto dela, refletir sobre as possibilidades e dificuldades de cada paciente.
- Perspectiva crítica sobre as diversas concepções de Psicopatologia existentes na atualidade, especialmente à subordinação a princípios organicistas, com consequente medicalização excessiva da infância e da adolescência.

- Apoio às redes intersetoriais que levam em consideração diferenças territoriais, realizam acolhimento e acompanhamento do paciente e sustentam projetos particulares e inovadores.

Nesta perspectiva, a Psicanálise é uma opção de tratamento, mas não se propõe a ser a única. Necessariamente, deve estar integrada à rede sócio-assistencial.

Entretanto, uma vez que o projeto não estava vinculado a um território, uma primeira questão se colocou. Se a determinação de uma família em levar um paciente para a clínica de Psicologia da UFC/Fortaleza poderia ser lida como uma forma de investir em um tratamento, para um público que possuía poucos recursos, por outro lado, esse modelo dificulta a possibilidade de atuação junto às equipes de atenção primária e ao CAPS de origem do paciente. A alta demanda de atendimentos para os CAPS fez com que, na prática, o projeto se constituísse como um lugar em que os pacientes podiam ser atendidos com maior frequência. O olhar próximo favorecia o questionamento de diagnósticos e utilização de fármacos. Entretanto, a ausência de rotina quanto à participação nas reuniões de discussão dos planos terapêuticos individuais dos pacientes empobreceu o trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES

É possível e desejável ensinar Psicanálise nas universidades? Nossa experiência diz que sim. O modelo que vivemos no departamento de Psicologia da UFC/Fortaleza em

muito se parece com o proposto por Freud há quase cem anos. O curso “elementar”, oferecido para todos, seriam as disciplinas curriculares, que seguem o formato acadêmico e, portanto, não se assemelham àquilo que se costumou chamar de transmissão em Psicanálise. A partir deste primeiro contato, o aluno poderia se aprofundar na sua formação. O curso conta com o Laboratório de Psicanálise, programa de extensão constituído há quase duas décadas, além de estágios, pesquisas e eventos de viés psicanalítico.

Concordo com Rosa (2001) quando afirma que muitos dos estudantes de Psicologia apresentam uma transferência que, a princípio, não está direcionada à Psicanálise, por não a conhecerem, mas que se aproximam por tratar, fundamentalmente, das questões humanas, processos de subjetivação e formação de laços sociais, experiências de sofrimento, entre outros. Na nossa realidade, os estudantes também, naturalmente, submeteram-se a análise pessoal, sem que fosse necessário criar um “pré-requisito acadêmico” para a participação no nosso projeto.

É possível e desejável ensinar Psicanálise nas universidades, mas qual Psicanálise? A perspectiva aqui adotada é de que, assim como a Psicologia precisou afirmar o seu compromisso social e criar o seu espaço no contexto progressista das atuais políticas públicas, deve-se ensinar uma Psicanálise que se afaste do doutrinamento e da monotonia teórica e prática, voltada unicamente para os consultórios particulares. Neste sentido, não se trata de uma Psicanálise “voltada para a população excluída”, como nos primórdios da Psicologia Comunitária, mas uma Psicanálise, que, assim como defendido pelo MPASP, considera, em suas in-

tervenções, a dimensão da cidadania. No sentido defendido pela primeira Conferência Nacional de Saúde Mental – I CNSM, como “participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico” (BRASIL, 1988b, p. 21). Neste caso, de todos os sujeitos de forma indistinta, atendidos em uma rede sócio-assistencial devido unicamente a sua condição de cidadãos.

Esta formação não será possível em uma rede fragmentada. Universidade, equipamentos sanitários e sociais têm objetivos, desenhos organizacionais e calendários distintos. Apesar dos claros êxitos clínicos dos pacientes, a prática neste projeto mostrou a necessidade de aproximação de uma lógica de serviço e investimento em uma gestão clínica dos processos assistenciais, que inclua a atuação interdisciplinar. Qual o melhor modelo?

Freud (1919[1918]) havia aventado a possibilidade de departamentos hospitalares internos ou externos à Universidade. No nosso atual formato, é possível a mudança física do projeto para o Hospital Universitário ou para um CAPS, que já contam com equipes interdisciplinares. Também é possível a compreensão que as Diretrizes Curriculares nacionais criam um impasse. Uma vez que, segundo parecer técnico, pregam o “c) Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico” (MINISTÉRIO, 2004, p. 06), não é possível se pretender a realização de um “Serviço de Psicologia” que não possua uma equipe interdis-

ciplinar que possibilite esta diversidade e este treino para uma atuação real de um equipamento público. Outro modelo possível seria abrigar, no projeto, profissionais voluntários de diversas áreas, como extensionistas, ou integrar programas de residência.

O início das ações apontou para a necessidade de ampliá-las e complexificá-las. Assim, em 2016, o projeto de extensão tomou o caráter de programa e mudou de nome, configurando-se como **Clínica, estética e política do cuidado**. A mudança de nome acompanha as reflexões do grupo sobre a fragilidade dos diagnósticos psiquiátricos, seus frequentes efeitos iatrogênicos e a posição diferenciada da Psicanálise em relação a tal nomenclatura. Defende uma posição para além do mero atendimento psicanalítico, mas que se afirma como clínica, estética e política do cuidado, de forma ampla, dentro do marco de referência da atenção psicossocial. No que diz respeito às suas ações, trabalhará na direção da formação de uma equipe interdisciplinar, com realização de planos terapêuticos individuais e acompanhamento sistemático dos pacientes junto à rede sócio assistencial. Finalmente, considerando que a gestão afeta diretamente a prática clínica, ampliará a formação dos alunos no que diz respeito à gestão clínica dos processos assistenciais.

REFERÊNCIAS

BLEICHER, T. **A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo**. 2015. 412 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Uni-

versidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza. Fortaleza.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988a.

_____. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília, 1988b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1994.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002.

_____. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2010.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

ESCOLA de Saúde Pública do Ceará. **II Curso de Princípios Básicos de Supervisão Clínico-Institucional da RAPS do Ceará** – Ano 2014. Manual do Aluno – Módulo I. Fortaleza: ESP-CE, 2014.

FREUD, S. (1919 [1918]). Sobre o ensino da Psicanálise nas universidades. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (**Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v.10).]

FREUD, S. (1909). Duas histórias clínicas (o pequeno Hans e o homem dos ratos). Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (**Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v.10).]

GÓIS, C. W. L. **Psicologia Comunitária no Ceará - Uma Caminhada**. 1ª. ed. Fortaleza: Instituto Paulo Freire, 2003.

MINISTÉRIO da Educação. **Parecer 62/2004 CNE/CES**, de 19 de fevereiro de 2004. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces062.pdf>>. Acesso em: 08 jun 2016.

MOVIMENTO Psicanálise, Autismo e Saúde Pública. **Carta de princípios do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública**. Disponível em: < <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/about/>>. Acesso em: 08 jun 16.

ROSA, M. D. Psicanálise na universidade: considerações sobre o ensino da Psicanálise nos cursos de Psicologia. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 189-199, 2001.

SAMPAIO, J. J. C.: **depoimento** [23 fev. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de José Jackson Coelho Sampaio. 3 arquivos digitais mpg (1h51min59s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

SARACENO, B. Entrevista a Benedetto Saraceno. **Átopos, salud mental, comunidad y cultura**, n. 11, jun. 2011, p. 73-83.

SESA. **Saúde Mental**. s/d. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/organizacao-de-servicos/atencao-especializada/44758-saude-mental>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

SOUSA, W.P. de: **depoimento** [20 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral de Quixadá. 4 arquivos digitais mpg (1h3min51s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013

PELA CAUSA DAS CRIANÇAS

Rebeca Carolinne Castro Gomes²

Este trabalho é fruto de uma experiência de atendimentos clínicos realizados por ocasião de nossa participação no Programa Clínica, Estética e Política do Cuidado, programa este vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC). Exercido em conformidade com uma orientação de cunho psicanalítico, o percurso por nós trilhado serviu-nos de ponto de partida para a elucubração de questões que, acerca da criança, a clínica psicanalítica, reduto dos dizeres do sujeito, tem-nos revelado problemáticas, na medida em que a consideramos em suas interlocuções com a esfera da saúde mental.

Assim, partindo da tomada em tratamento de crianças encaminhadas por uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), localizada na cidade de Fortaleza, Ceará, deparamo-nos, no que diz respeito a ponderações acerca dos sofrimentos psíquicos, com o que consideramos ser um discurso maciçamente ordenado por ditames biologicistas e psiquiatrizantes. Tal discurso, por sua vez, consubstancia-se, para sermos, desde já, incisivos,

² Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestra em Psicologia pela UFC. Psicanalista. Membro em Formação Permanente da Escola de Psicanálise Corpo Freudiano – Fortaleza. Extensionista no Programa de Extensão Clínica, Estética e Política do Cuidado.

através de uma plêiade de siglas diagnósticas, cuja “impropriedade conceitual” só pode ser oriunda de uma clínica do empirismo, da forclusão do sujeito e, portanto, do desfalecimento do verbo e da escuta (SOLER, 2005).

Desse modo, sobre o estofo das necessárias discussões psicanalíticas acerca do discurso científico, da farmacopeia psiquiátrica e da demanda social que incidem sobre o tratamento de crianças em situação de adoecimento psíquico, em linhas gerais, nosso intuito consiste em advogar em nome de uma causa, qual seja, *a causa das crianças* – aqui, uma referência à obra de Françoise Dolto (2005). Ademais, se assim o é, torna-se presumível que essa causa encontra-se, de alguma forma, ameaçada ou vulnerável e, com isso, concordamos indubitavelmente.

Conforme sabemos, no campo dos nós epistemológicos e dos saberes acerca da criança,

[...] foi preciso a chegada de Freud para que a psicanálise, por intermédio da dimensão da sexualidade infantil, reconhecesse uma existência própria à criança, atribuindo-lhe sexualidade. Curiosamente, lá mesmo onde a criança era negada, no início do século XX, de acordo com a equação “sem sexualidade/sem sujeito”, Freud, ao eliminar o recalque sobre a sexualidade da criança, permitiu que ela fosse reconhecida como sujeito (LÉVY, 2008, p. 20).

Ainda assim, a respeito dessa denominada “existência própria à criança” (LÉVY, 2008, p. 20), é preciso pontuarmos que, no que toca à vida psíquica, o Outro conta, sobremaneira (MAURANO, 2003). Em linhas gerais, conforme aponta Maurano (2003), a subjetivação dá-se por meio de uma dupla operação. Por um lado, há um primeiro tempo, caracterizado pela *alienação* na esfera do desejo do Outro; algo edificante e constituinte, na medida em que se estabelece como medida de salvação frente ao constrangimento de um desamparo primordial. Ademais, considerando que há uma dimensão de letalidade na *alienação*, é preciso que haja, por outro lado, um segundo tempo. Este, figurado como um processo de *separação*, impossibilita uma absolutização do assujeitamento a esse Outro e, por essa razão, engendra uma defesa contra a possibilidade de ser nada (MAURANO, 2003).

Nesse sentido, consoante ao que foi apontado, ainda que sumariamente, queremos dizer que, em sua aventura de constituição desejante, a pregnância da alteridade é tal que, no ato mesmo de sua emergência como sujeito, a criança está diretamente confrontada com o desejo do Outro. Ademais, o que se torna imprescindível para a discussão que, aqui, queremos empreender, ela, criança, encontra-se remetida a uma esfera de ideal social, de modo que, quando algo da ordem de um tropeço psíquico ocorre, acentua-se a possibilidade de ensurdecimento de sua apreensão como ser de desejo, determinante de suas vontades, de seus atos e de seu próprio destino (CAMPOLINA, 1999).

Desse modo, a partir de nossa mencionada experiência clínica, o que observamos é que o lugar da criança como

agente de sua subjetivação frente as suas experiências no mundo é, no campo da saúde mental, passível de tornar-se preterido, rejeitado, esvaziado. Em outras palavras, em meio a uma espécie de recrudescimento social do processo de *alienação* e, conseqüentemente, de assujeitamento, é como se as crianças psicologicamente enfermas, embora reconhecidas como seres humanos, tivessem o exercício da plenitude de sua humanidade relegado para o amanhã (AUDRY, 1988).

Assim sendo, em meio à consolidação, cada vez mais contundente, dos ditames de empreendedorismo, desempenho e eficácia nas searas da gestão de si e da *performance* social, diríamos que a emergência da indesejável marca da *inadequação* surge como um disparador crucial para o fortalecimento de práticas que conduzem a um movimento de psiquiatrização dos problemas da infância.

Desse modo, no que diz respeito às crianças que, com seus sintomas, interrogam a ilusória conformidade do ideal social e do seio familiar, observamos que elas encontram, de prontidão, um compósito de práticas e discursos, cuja orientação, baseada em signos de *desvio*, de *deficiência* e de *disfunção*, acaba, muitas vezes, por constituir veredictos arrasadores, que aprisionam o sujeito e o seu sofrimento no campo – mal modulado – da “doença mental”. Ademais, em termos psicanalíticos, vale dizer que tais sentenças podem engendrar, no campo dos investimentos humanos, uma deflação libidinal, assim como, no campo dos laços sociais, uma nulidade da suposição ética do sujeito como ser de múltiplas possibilidades. Nas claras e pungentes palavras de Maud Mannoni, trata-se do seguinte:

Acontece assim que uma criança de três anos torne-se vítima de diagnósticos e prognósticos pessimistas e seja afastada de todo esclarecimento psicanalítico de seu problema, sem que se perceba a que ponto um diagnóstico pode ter o efeito de atrapalhar tudo no diálogo mãe-criança. Chegando ao ponto da mãe não falar mais com seu filho, a partir do dia que lhe disseram que ele é retardado ou autista (1989, p. 76).

No que diz respeito a essa desafortunada nosografia, ocorre que, negligenciada a palavra do sujeito, as questões que concernem ao seu sintoma colocam-se “[...] mais em relação aos fatos do que ao ser [...]” (MANNONI, 1999, p. 49). Para a autora, essa se configura como uma atitude rigidamente médica, da qual, contudo, é importante salientar, muitos se mantiveram à distância, assim como muitos, médicos ou não médicos, podem, dela, aproximar-se. Aqueles que dela se aproximam constituem, contudo, operadores de um desserviço ao tratamento dos tropeços psíquicos de um sujeito adoecido.

Ocorre que, tendo como base uma desapropriação da dimensão analítica do sintoma, o diagnóstico não é estabelecido de modo a considerar a necessária escansão pela via da palavra e a pregnância dos jogos simbólicos que sustentam a sua esfera desejante. Desse modo, em um enquadre de separação entre o médico e o doente, o discurso *sobre* a criança é captado como um fato experimental, o qual, uma vez objeti-

vado, submete-se, por sua vez, ao julgamento pretensamente seguro daquele que o *avalia* (MANNONI, 1999).

Assim, mantido como observador, isto é, fora do campo do doente, o ouvinte do relato toma o discurso ao nível da coisa, como um texto de natureza morta (MANNONI, 1999). Dessa forma, o sujeito não é convocado a constituir-se por sua fala, nem a se fazer reconhecer através dela. Em última instância, essa assepsia ao nível da palavra o impossibilita de burilar seu discurso pela singularidade de sua história e pela acuidade dos seus significantes.

Nesse sentido, de forma ainda mais percuciente, apontamos que, no âmbito dos cuidados destinados à infância, a criança, levada em pedacinhos pelo discurso dos pais ou das instituições (LÉVY, 2008), “[...] torna-se o suporte anônimo de um drama que a ultrapassa. Nesse mundo de surdos, sua fala é destinada a não apresentar mensagem alguma” (MANNONI, 1999, p. 53). Assim, como correlato do *método de avaliação* empreendido, um diagnóstico estrutural é, facilmente, suplantado por um diagnóstico evolutivo (BOLZINGER, 1979 *apud* LÉVY, 2008). Este, sustentando a hipótese de que a patologia da criança reside em uma alteração do desenvolvimento (LÉVY, 2008), legitima uma prescrição que visa à adaptação a um estilo de vida reconhecido como normal.

Contudo, a respeito dessa questão diagnóstica e da originalidade que a Psicanálise lhe reserva, deteremo-nos, de forma mais minuciosa, adiante. Por hora, vejamos que, no contexto apresentado, é patente o fato de que manuais de diagnósticos, medidas de quociente intelectual e, dentre outros, métodos de avaliação e reeducação que focalizam

aquilo que a criança não tem, não é capaz, aquilo que lhe falta e aquilo que deve ser suprimido servem de instrumentos que ratificam práticas de exclusão, de vigilância e de medicalização, as quais apresentam, dentre as suas mais nefastas consequências, o ferimento da dignidade da criança como ser de alteridade, na medida em que a tornam resignada à verdade e à palavra absoluta do Outro.

No que tange a essa questão, consideramos importante apontar que esse constrangimento do sujeito, no campo da saúde mental, acaba por ser operacionalizado por instrumentos que respondem às demandas oriundas do modo contemporâneo de gestão da sociedade. Este, ao passar pela quantificação, torna-nos unidades contáveis e comparáveis, ao mesmo tempo em que avançam sobre dados, procurando construir e demarcar regularidades, capazes, por sua vez, de engendrar efeitos de homogeneização e, conseqüentemente, de empobrecimento subjetivo e cultural (MILLER, 2004).

Nesse sentido, na medida em que o domínio do psiquismo acaba por ser invadido por números e medidas, engendra-se, no horizonte da humanidade, um processo que faz nascer um novo tipo de homem: aquele que Robert Musil denominou “homem sem qualidades”, e que Miller (2004) realinhou como sendo o produto da entrada do sujeito no reino do cálculo e invólucro que recobre e denuncia a crueza do que, por fim, designou “homem quantitativo”.

Assim, Miller (2004) evoca o uso de manuais diagnósticos no campo da saúde mental para apontar questões da mais significativa gravidade. Segundo ele, esses instrumentos desapropriam o sujeito de sua própria palavra, de

modo a torná-lo alheio às dimensões de saber e verdade que, no campo da Psicanálise, emergem, radicalmente, da singularidade de seu discurso. Ocorre que os questionários diagnósticos são prenes de uma cadeia significativa que materializa uma linguagem que se pretende unívoca. Desse modo, terminam por engendrar um efeito de padronização que exige daqueles que a eles se submetem um movimento de adaptação. Nas palavras de Miller: “Trata-se disto no questionário: o operador lhes obriga a falar a língua dele.” (2004, s/p). Com efeito, resulta de tudo isso a emergência de uma escuta ínfima do ser humano, algo que faz evaporar o único para dar evidência ao típico.

Ademais, ainda a esse respeito, isto é, ao desfalecimento da palavra do sujeito e ao recrudescimento de uma ordem científica que prescindem da hipótese do Inconsciente, Alain Didier-Weill (2014) assinala a consolidação de uma nova dimensão de mal-estar, qual seja, aquela que “[...] tende a ameaçar, de maneira totalmente nova, a humanização prometida pela via da palavra [...]” (p. 22).

Segundo o autor, é o fortalecimento e a difusão de uma ordem científica, sustentada por um saber anônimo, isto é, um saber sem sujeito, que leva à constituição de um olhar onipotente e de uma verdade absoluta sobre o homem. Dessa forma, naquilo que o toca – seus sofrimentos e seus desvelos –, presenciamos a consolidação de uma conduta de forclusão do sujeito, que rejeita seu incógnito e, conseqüentemente, aquilo que o institui, ou seja, a palavra (DIDIER-WEILL, 2014). Assim, o sujeito, impedido de emprestar-se à palavra constituinte, restringe-se, quando muito, a sujeitar-se a uma palavra constituída (DIDIER-

WEILL, 2014) por uma ordem científica que, embora ostensiva em seu aparelhamento técnico, figura inoperante à realidade do Inconsciente, justamente esta que, apostamos, invisível a olho nu, revela-se sensível à escuta.

Dessa forma, nessa seara de obscurecimento do discurso do sujeito, vale dizer que, consoante ao que foi apontado por Miller (2004) a respeito dos questionários diagnósticos e de seus efeitos de padronização e tipificação dos sofrimentos do homem, Didier-Weill (2014) assinala, no âmbito da tecnicidade científica, a recrudescência de um olhar intruso que, sobreposto à corporalidade humana, seja através do olho longínquo dos satélites ou através do olho das múltiplas sondas endoscópicas, que perscrutam o interior das cavidades corporais, fomenta uma extensão do campo do olhar, em detrimento do campo da palavra.

Nesse sentido, dado seu apanágio de sublimação da matéria, isto é, de transcendência, a palavra, uma vez empobrecida, é, ademais, constringida por um olhar medusante que se revela capaz de torná-la inoperante, na medida em que a lança a uma dimensão em que o corpo petrificado, destituído de qualquer habitação simbólica, é reduzido à pura materialidade (DIDIER-WEILL, 2014). Assim sendo,

Se existe, portanto, relação entre o homem moderno traumatizado pela onisciência de um saber que olha e o *infans* traumatizado pela dimensão do saber absoluto do olhar, é que o homem é fundamentalmente traumatizável e nossa época conjuga, de maneira

paradoxal, a emergência de um progresso emancipador com o aparecimento de um olhar eminentemente ameaçador para tal progresso (DIDIER-WEILL, 2014, p. 25, grifo do autor).

Dessa forma, de posse do que, até aqui, foi levantado, retornemos à questão diagnóstica para apontar que, com efeito, na medida em que a linguagem, esvaziada de seu valor simbólico, encontra-se remetida a uma retórica instrumental, o diagnóstico passa a assemelhar-se a uma rígida rotulação nosográfica que, ao prescindir de um trabalho clínico, torna-se inapta para captar a realidade patológica do sujeito (MANNONI, 1971). Ocorre que esse diagnóstico, reconhecidamente fenomenológico, encontra-se restrito a uma nosografia de ordem causalística, definida, por sua vez, pelo quadro sintomático (DOR, 1994).

Nesse contexto, para a discussão que aqui estamos empreendendo, o que consideramos imprescindível apontar é a existência de uma determinação de natureza inconsciente do sintoma. No que diz respeito ao seu acesso, assim como a sua montagem lógica, torna-se oportuno lembrarmos, a partir de Lacan ([1964] 2008), a necessidade de restabelecer a dignidade daquilo que ele denominou como sendo o principal instrumento da clínica psicanalítica, qual seja, a fala.

Ocorre que, conforme sabemos, Lacan ([1964] 2008), em sua obstinada – e, acrescentaríamos, nunca obsoleta – retomada dos preceitos e das leis do inconsciente freudiano, insiste no fato de que, no que tange ao quadro sintomático,

quando ousamos falar em causa, devemos ater-nos ao fato de que, para a Psicanálise, há sempre algo de anticonceitual ou de indefinido, o que nos confronta com a assertiva de que “[...] entre a causa e o que ela afeta, há sempre uma claudicação” (p. 29). Dada essa hiância, torna-se imperativo que a causa não é passível de racionalização (LACAN [1964] 2008), no sentido do estabelecimento de um circuito fechado de causa-consequência.

Dito de outro modo, queremos apontar que, transcendente ao campo imaginário da causalidade, a Psicanálise mantém-se no encaço da assertiva de que “[...] nenhuma significação pode resumir a complexidade da existência humana, resta sempre um ponto de vacilação do sentido, uma brecha, [...]” (MAURANO, 2003, p. 50) que nos conduz a apostar na existência de uma implicação *outra* na dimensão do sintoma, qual seja, a mencionada dimensão do Inconsciente.

Assim, mediante essa impotência do sentido, o que se assegura é a manutenção de uma questão sempre aberta, para o sujeito e para o analista. Contudo, é exatamente aí, nesta questão aberta, que reside o saber-fazer da clínica psicanalítica, na medida em que, ao ver-se cimentada uma impossibilidade de saber ao nível do Mestre, o analista é impulsionado a financiar a palavra do sujeito, aquela que é detentora da verdade do sintoma e é legitimada pela experiência analítica, que sustenta: “[...] isso conta, é contado, e no contado já está o contador” (LACAN [1964] 2008, p. 28). Ou seja, no exercício de sua *função*, ao reconhecer seu lugar de *douta ignorância* (LEITE, 2010), o analista permite ao sujeito falar em seu próprio nome.

Nesse sentido, assinalamos, mais uma vez, que a clínica psicanalítica, ao trabalhar fundamentada no reconhecimento do furo do saber do analista, fomenta o advento da palavra e desloca a verdade do sintoma para o nível do sujeito, de modo a permitir-lhe “[...] reconhecer-se ali como contador.” (LACAN [1964] 2008, p. 28). Em outras palavras, naquilo que manca, alguma coisa acontece e “[...] é justamente no momento em que se ata a transferência que o sujeito, encontrando seu respondente possível no saber clínico, pode advir como sujeito do *seu* sintoma” (ASSOUN, 1996, p. 53, grifo do autor).

Diante disso, observamos que o estatuto do diagnóstico na clínica psicanalítica, na medida em que se constitui de forma metafenomenológica, é tributário de toda a originalidade que garante, à Psicanálise, a sua eficácia. Nesse sentido, vale dizer que, para a Psicanálise, é no dizer daquele que se escuta que a sua estrutura se torna localizável e é com ela que se deve contar para se estabelecer um diagnóstico (DOR, 1994). Por essa razão, observa-se, mais uma vez, que não existe “[...] solução de continuidade direta entre uma cartografia de sintomas e uma classificação diagnóstica.” (DOR, 1994, p. 20).

Ademais, remontando-nos às veredas que vinculam a Psicanálise à nosografia por ela herdada da, hodiernamente, inexpressiva Psiquiatria Clássica, Maurano (2003) afirma:

É verdade que a psicanálise toma de empréstimo termos utilizados na psiquiatria. Neurose, histeria,

psicose [...] não foram palavras inventadas por Freud. Entretanto, tais termos ganham na psicanálise um novo sentido. Primeiro, o diagnóstico, seja ele qual for, não é senão uma hipótese que orienta nosso trabalho e não define uma doença, mas sim revela uma modalidade de defesa privilegiada pelo sujeito. Para fazer essa avaliação, é preciso que o analista pressuponha que o modo particular como o sujeito dirige-se a ele, o modo como ele o investe dentro do campo das pessoas com quem estabelece laços importantes — o que chamamos em psicanálise de *transferência* — denota a posição que o sujeito ocupa frente ao Outro, ou seja, frente àquilo que o referencia como sujeito e o defende de não saber quem ele é. Só pela observação do comportamento, antes que esse investimento esteja estabelecido, não há como fazer avaliação alguma (p. 38-39, grifo do autor).

Portanto, o diagnóstico em Psicanálise é oriundo da articulação da linguagem, esta que impede que o mundo reduza-se à imanência e lhe confere efeitos de transcendência (MILLER, 2004). Ademais, é proveniente de uma clínica que transcorre sobre uma esteira de narrativa e tem-

poralidade, a qual inclui o *instante de ver*, o *tempo de compreender* e o *momento de concluir* (LACAN, [1945] 1998). No que tange a isso, é possível apontar que a lógica engendrada pelos manuais diagnósticos promove um verdadeiro esmagamento do segundo estágio, justamente aquele em que se encontram implicados o sujeito, o desejo e a responsabilidade. Daí decorre o fato de tais manuais poderem ser, veridicamente, acusados de um empobrecimento clínico que promove uma decomposição elementar do sujeito e uma condução terapêutica, fundamentada, sobremaneira, em ideais de normatização e adaptação de condutas.

Assim, retomando a temática da criação do ponto de vista em que a deixamos, ou seja, o das vicissitudes e dos entraves que assomam ao longo de sua aventura de constituição *na e pela* linguagem, podemos afirmar que o campo da saúde mental, quando adota um discurso biologicista e psiquiatrizante que, dentre outras questões, negligencia a singularidade dos jogos significantes e orienta-se pela categoria unívoca de “doença mental”, engendra um discurso que mutila e que torna desejável uma dimensão adaptativa das diversas economias de gozo, dos diversos regimes de desejo e dos diversos usos do significante. Com efeito, o resultado dessa assimilação em categorias diagnósticas provém da localização *na* pessoa de algo da ordem de um distúrbio e não da investigação que aponta para *outro lugar*, a saber, o dos acidentes simbólicos que denotam a existência do Outro e marcam, profundamente, a constituição do sujeito (MANNONI, 1971) e a expressividade do sintoma.

Ademais, no que tange à esfera do *diagnóstico diferencial*, inspirados pelo ensino de Jacques Lacan, considera-

mos imprescindível apontar que a lógica sustentada pelos manuais diagnósticos não apenas rejeita a diferença para fins de uma epidemiologia, mas, o que é contundentemente grave, negativiza a loucura, visto, dentre muitas outras questões, o desaparecimento das psicoses desse vocabulário diagnóstico. Nesse contexto, observamos, de forma patente, que a particularidade com que a disposição dos significantes propõe o diagnóstico de psicose encontra-se dirimida e suplantada em meio a uma plêiade de categorias nosográficas. Estas, uma vez que são mal formuladas, ferem o rigor do diagnóstico estrutural, ao mesmo tempo em que substancializam uma terapêutica ancorada, fundamentalmente, no uso de psicofármacos. Quanto a esse último aspecto, percebamos a clareza com que a aparente denotação “anti-psicótico” conota, na verdade, uma estrutura significante de *oposição* à loucura, ou seja, ao nomear uma conduta terapêutica, centrada na administração de uma farmacopeia, o imaginário da linguagem é desmascarado pela argúcia de sua conotação simbólica, esta que, aportada no prefixo “anti”, busca, como podemos perceber, silenciar o desatino.

Contudo, antes de prosseguirmos nesse novo passo, sentimo-nos impelidos a considerar que não se trata de renunciar a todos os meios de abordagem, a todas as medicações e a todos os instrumentos de avaliação. Se reiteramos o seu potencial de constrangimento do sujeito, foi para apontar que é preciso tomar esses artifícios apenas por aquilo que são, atribuindo-lhes a sua exata medida, uma vez que o que se encontra em jogo aqui é a preservação, na criança, de sua margem de liberdade (AUDRY, 1988).

Dito isso, adentrando, brevemente, na esfera do *diagnóstico diferencial*, podemos afirmar que, no que diz respeito à liberdade, reconhecidamente oprimida pelas sentenças diagnósticas que consubstanciam o campo da saúde mental, a Psicanálise, janela arejada pela arte do *bem dizer* e do *bem escutar*, tem considerações a fazer. Uma delas é que, ao encarregar-se da clínica do *um por um*, não o da enumeração, mas o do incomparável (MILLER, 2004), a Psicanálise possibilita ao sintoma uma enunciação sem constrangimento, de modo a legitimar a existência da diferença estrutural e a positivizar, no ordenamento da “doença mental”, a obnubilada experiência da loucura.

Desse modo, no que tange à criança psicótica, cujos sofrimentos psíquicos – somados aos efeitos da *mentalidade coletiva* em face da loucura – obstaculizam as suas possibilidades de reconhecimento e sociabilidade, a Psicanálise assegura-lhe que nem todo acesso à condição de sujeito lhe é vedado. Isso porque, antecipadamente, reconhece, conforme aponta Fontenele (2002) acerca do *silêncio*, da *falta* e do *inefável*, a arbitrariedade da construção social das significações, bem como a sua potência em valorar negativamente tais elementos. Estes, por sua vez, alinham-se, tempestivamente, à nossa discussão acerca da loucura, na medida em que compartilham o atributo de serem elementos, facilmente, relegados ao estatuto de *impotências do dizer*.

Por essa razão, ancorados no pressuposto de que “[...] a linguagem nos liberta da tirania dos sentidos [...]” (ECKLES, 1992 *apud* LÉVY, 2008, p. 51, grifo do autor), ainda que em linhas gerais, com o intuito de conferir, à nossa discussão acerca da loucura, uma maior consistência, tomamos de

empréstimo a discussão que Fontenele (2002) empreende acerca desses três elementos – o *silêncio*, a *falta* e o *inefável* –, emissários, vale dizer, das dimensões da *contradição*, do *vazio* e da *diferença* (FONTENELE, 2002).

Ocorre que, no plano dos procedimentos discursivos e das formas de conduta, no que diz respeito à loucura, a mencionada atribuição de negatividade (FONTENELE, 2002) – com efeito, sustentada pelo plano imaginário da plenitude e do sentido – institui uma cosmética que rejeita a diferença e o não-todo da linguagem, de modo a recusar-lhe, a ela, loucura, a sua expressividade, pois, na medida em que rejeita a sua profundidade, a impossibilita de adquirir uma legitimidade estrutural, capaz, apostamos, de refrear a reprodução inepta de suas representações social e nefastamente cristalizadas. Ainda a esse respeito, vale dizer que tais representações, reconhecidas como um *ponto de imobilidade* – atribuível, também, ao *silêncio*, à *falta* e ao *inefável* –, resultam da colagem da palavra aos seus referentes, de modo que o sujeito, alienado em relação ao efeito de sentido aí produzido, vê-se enfraquecido em sua potência de se dizer (FONTENELE, 2002) e impedido de dar um passo mais além da verdade sobre ele instituída.

Por essa razão, Maud Mannoni, lembrando-nos os ensinamentos de Lacan, aponta que, em um tratamento psicanalítico, “[...] quer se trate de neurose ou de psicose, o sujeito é, antes de mais nada, um ser de diálogo” (1988, p. 17). Desse modo, para o psicanalista, trata-se de um dever ético, estético e político a promoção do encontro onde, dada a marca da negatividade, não se supunha linguagem. Ademais, vale ainda assinalar que, ancorada em uma inter-

venção que se aparelha através do reconhecimento da pluralidade do jogo dos significantes, a Psicanálise autoriza-se a empreender uma quebra dos sentidos, os quais, uma vez instituídos, esvaziam o sujeito de suas possibilidades. Aqui, isto é, no âmbito da clínica psicanalítica, o sentido só ocupa um lugar de legitimidade se for “[...] para melhor situar, no discurso, o sujeito em relação à sua demanda e ao seu desejo” (MANNONI, 1999, p. 58).

Assim, precavendo-nos dos engodos e das superficialidades que o invólucro sintomático pode engendrar, o fomento à linguagem, seguido de uma escuta atenta, confere historicidade ao sintoma, de modo a possibilitar-lhe a formação de uma montagem lógica que não prescinde do sujeito, mas, ao contrário, lhe atribui um estatuto. Ao mesmo tempo, vale lembrar que, por essa operação analítica, mantemo-nos, com efeito, alinhados aos pressupostos freudianos, cuja eficácia clínica reside no fato de encarar o sintoma, seja ele expresso pela via neurótica ou pela via do delírio psicótico, não como algo da ordem de um defeito ou de uma degeneração, mas, sim, como *uma via de expressão do sujeito desejante*: “Freud percebeu que o sintoma constitui-se como uma defesa frente a algo intolerável psiquicamente” (MAURANO, 2003, p. 46).

Contudo, antes de seguirmos adiante, é crucial que, a respeito da clínica com crianças, enunciemos algumas poucas, porém, indispensáveis, palavras. Trata-se do fato, por nós conhecido, “[...] de que toda criança participa dinamicamente das ressonâncias libidinais inconscientes dos pais” (MANNONI, 1989, p. 64). Dada essa assertiva, o analista é impelido a manter-se atento à trama de uma história fami-

liar, na qual a criança, de modo patogênico, pode funcionar como suporte de um mal-estar que se encontra instalado no drama vivido pelos pais (MANNONI, 1989).

Assim, ao reconhecer que a criança não pode ser des-tacada de um determinado contexto, o saber-fazer da clínica psicanalítica deve admitir a circunstância de que, no início, é necessário contar com os pais, assim como, com a sua resistência e, alfineta Mannoni (1999), com a resistência do analista. No entanto, se tal encaminhamento técnico se formaliza, é apenas para o estabelecimento de uma transferência que favoreça o tratamento da criança, bem como a assunção de sua própria verdade.

Desse modo, considerando o lugar que a criança ocupa na fantasia de cada um dos pais, o analista atribui valor a esta forma desconcertante de comunicação, qual seja, o sintoma, para interrogar o desejo por uma ordem que não poderia ser outra, senão, a do Inconsciente de seu pequeno analisante. Ocorre que, conforme temos, obstinadamente, assinalado, a Psicanálise atribui eloquência ao sintoma, de modo a designá-lo como constituinte de uma mensagem cifrada, cujo segredo quem conserva é a própria criança (MANNONI, 1999). Esse é, portanto, ainda que a criança não fale, o campo da linguagem. E é essa a verdade que a Psicanálise reconhece.

Dito isso, retomando a questão que concerne à loucura, é possível, ainda, assinalar que a clínica psicanalítica com crianças psicóticas posiciona-se a favor de uma ideia de *não exclusão*, não no sentido de tomar os “diferentes” e transvesti-los de “iguais” para, assim, incluí-los, mas no sentido de demarcar a própria diferença (FERREIRA,

1998). Assim sendo, advogando pela causa das crianças, nosso trabalho visa, também, à demarcação de um lugar em que a Psicanálise, ponto necessário de resistência e de tensão ante os ditames assépticos do discurso científico, busca derrubar os significantes da *ninguidade* (no sentido de ser ninguém) e legitimar as múltiplas possibilidades de alteridade. Com isso, de seu lugar de dissonância e estranheza, rompe com uma ordem estabelecida que, ao buscar medidas de cuidado, acaba por suscitar uma violência em nome da adaptação (MANNONI, 1971).

Dessa forma, encaminhando-os para o fim de nossa discussão, vale dizer, precisamente a respeito das possibilidades de assunção da linguagem, que Maud Mannoni (1999) reconhece o fato de que a “[...] ruptura com um discurso que se pode qualificar de alienado, à medida que é dos outros e da opinião, representa para o sujeito uma aventura penosa” (p. 60). Ainda assim, a autora reforça que não devemos nos esquecer de que a atribuição, à palavra, de uma lógica não esvaziada de significação, é potente para desarticular as referências previstas, para privilegiar a aventura do inopinado e para permitir, por fim, a dimensão de um jogo criador. Segundo ela, “Winnicott mostrou como o jogo, ao escapar da norma, torna-se sinônimo de desejo no sujeito” (MANNONI, 1989, p. 90-91). Assim, no que toca à criança, reconhecidamente, sujeito de desejo, o papel do analista é ajudá-la a assumir essa façanha (MANNONI, 1999). Em consonância a isso, Lévy (2008) substancia:

Para nós, o que permite criar as condições dos jogos de associação verbal – que permitem a expres-

são da letra e da lógica do significante – é antes de qualquer coisa que o analista possa funcionar como desejo de lugar vazio para essa criança, repleta de tantos desejos que os pais, os educadores e outras instituições sociais [...] desejam promover “para seu bem” (p. 71-72).

Acontece que, no âmbito do desejo de um *bem*, suficientemente partilhado por muitos, a ética da Psicanálise, sendo a ética do *bem dizer*, é de outra natureza (LÉVY, 2008). A esse respeito, Quinet (2003), assegurando-se no pressuposto lacaniano que assinala a estrutura de linguagem do inconsciente, aponta que a ética da Psicanálise é sustentada pela “implicação do sujeito, pelo dizer, no gozo que seu sintoma denuncia” (p. 19). Trata-se, em outras palavras, da ética do *bem dizer o sintoma*. Dessa forma, continua o autor, o “psicanalista tem uma atitude diferenciada diante do sintoma apresentado pelo paciente: precavendo-se contra o *furor sanandi* de exigir a qualquer custo a suspensão do sintoma. Pois lá onde há sintoma, está o sujeito” (QUINET, 2003, p. 19, grifo do autor).

Portanto, a partir do excerto acima apresentado, podemos afirmar que o psicanalista, que não é feiticeiro, nem hipnotizador, como muitos querem obrigá-lo a ser, “[...] ora para exigir dele o milagre, ora para melhor o atacar” (AUDRY, 1988, p. 11), não é, também, desde que queira realizar bem a sua tarefa, nem médico, nem pedagogo, nem confessor, nem reformador social. É, por outro lado, aquele que,

ao organizar o lugar simbólico da criança frente ao Outro enganador, desenreda os fios do destino e desobstrui os caminhos da liberdade (AUDRY, 1988).

Ademais, frente às perspectivas de ação, tradicionalmente, orientadas pelo que é da ordem do Ideal, é essa ética que, com efeito, distingue a Psicanálise de outros recursos oferecidos pela cultura. Na medida em que seu modo particular de intervir inclui uma abordagem dos impasses do sujeito, pela implicação do desejo inconsciente que o anima, a Psicanálise nos endereça ao real e nos aponta, ante o irredutível do desamparo primordial, os subsídios da linguagem, bem como os de suas derivações, como via de abrandamento de uma ferida incurável, qual seja, a ferida de ser *humano* (MAURANO, 2003).

Por fim, se, nestas linhas, advogando pela *causa das crianças*, trilhamos um caminho que nos conduziu a questionar o discurso científico acerca daqueles que apresentam quadros de sofrimento psíquico, seja no campo das psicoses ou não, foi por acreditar que, na qualidade de psicanalistas, podemos partilhar essa causa e fomentar a emergência de palavras capazes de apontar aquilo que é *não-dito* pelos ditames biologicistas e pelos instrumentais avaliativos, assim como aquilo que é escamoteado pelos sintomas e que, de modo algum, limita-se à descrição fenomenológica encerrada em uma sigla diagnóstica. Ocorre que nos apoiamos, conforme nos ensinou o poeta Manoel de Barros em suas **Memórias inventadas para crianças** (2006), no fato de que as palavras, que possuem no corpo muitas significâncias remontadas, são o que compõem os silêncios e, acrescentaríamos, iluminam os *mal-ditos*.

REFERÊNCIAS

ASSOUN, P. **Metapsicologia Freudiana**: uma introdução. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. (Coleção Transmissão da Psicanálise).

AUDRY, C. Prefácio. In: MANNONI, M. **A criança retardada e a mãe**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

CAMPOLINA, A. D. Apresentação. In: FERREIRA, T. **A escrita da clínica**: psicanálise com crianças. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

DE BARROS, M. **Memórias inventadas para crianças**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2006.

DIDIER-WEILL, A. O artista e o psicanalista questionados um pelo outro. In: _____. **Nota Azul**: Freud, Lacan e a arte. 2. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014. p. 17-25.

DOLTO, F. **A causa das crianças**. Aparecida: Ideias & Letras, 2005. (Coleção Psi-Atualidades).

DOR, J. **Estruturas e clínica psicanalítica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Taurus Editora, 1994.

FERREIRA, T. **A escrita da clínica**: psicanálise com crianças. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

FONTENELE, L. B. A epifania e as fraturas do dizer. In: _____. **A máscara e o véu**: o discurso feminino e a escritura de Adélia Prado. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. p. 61-82.

LACAN, J. [1945]. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. [1964]. **O Seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LEITE, M. P. de S. **Psicanálise lacaniana**: cinco seminários para analistas kleinianos. 1ª ed. São Paulo: Iluminuras, 2010.

LÉVY, R. **O infantil na psicanálise**: o que entendemos por sintoma na criança. Petrópolis: Vozes, 2008.

MANNONI, M. **O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

_____. **A criança retardada e a mãe**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. **Um saber que não se sabe**: a experiência analítica. Campinas: Papyrus, 1989.

_____. **A criança, sua “doença” e os outros**. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 1999.

MAURANO, D. **Para que serve a psicanálise?**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

MILLER, J. A era do homem sem qualidades. **Revista Eletrônica do Grupo Sephora**, n. 1. 2005. Disponível em: <http://www.isepol.com/asephallus/numero_01/traducao.htm>. Acesso em: 28 ago. 2015.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente**: do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

SOLER, C. Aflição feminina. In: _____. **O que Lacan dizia das mulheres**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 70-84.

ABUSO SEXUAL E LINGUAGEM

Mírian Jayane Leite Rodrigues³

Ao me debruçar sobre o tema “abuso sexual e linguagem”, preocupei-me em elaborar um texto que abordasse, da melhor forma possível, aquilo que se apresenta em minha prática clínica e o que os autores da Psicanálise têm a dizer sobre o fracasso da linguagem como sintoma de abuso sexual. Trata-se de relação ainda pouco estudada. Partindo dos descritores “abuso sexual” e “linguagem”, no título do artigo, no banco de dados do Google Acadêmico, não se encontra nenhum artigo que faça essa relação. Acrescentando-se o descritor “Psicanálise” e realizando a consulta ao longo do texto, chega-se à cifra de 11.800 resultados, com a relação entre abuso sexual e linguagem tratada apenas tangencialmente.

Procurei enlaçar conceitos de grandes autores como Freud, com todos os constructos da Psicanálise, principalmente no que se refere ao Inconsciente; Lacan, que muito contribuiu com a compreensão da linguagem como estruturante e com o conceito de grande Outro; Winnicott, que traz a importância do ambiente, do brincar, a noção de linguagem experiencial e a clínica infantil como um todo, dentre outros psicanalistas que usaram como referência

³ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Egressa do Programa Clínica, Estética e Política do Cuidado.

esses três grandes nomes na construção de seus trabalhos. Junto a isso, apresento também um estudo de caso para dar margem às minhas interpretações e impressões a partir de minha prática.

Lacan, em sua dedicação à linguagem, diz que é como ela que o Inconsciente se estrutura. Assim sendo, esse autor entende que é na palavra que o Inconsciente encontra sua articulação essencial (DOR, 1989). Segundo Jorge e Ferreira (2005, p. 44), “Lacan parte da evidência de que a linguagem, a cadeia simbólica, determina o homem antes do nascimento e depois da morte”. O nascimento de uma criança é sempre marcado por um discurso que o insere no desejo e fantasia dos pais, assim como em sua cultura. Isso representa o que se entende na Psicanálise lacaniana por campo do Outro, lugar onde o sujeito se constrói. Por essa razão, Lacan não só insiste na exterioridade do simbólico em relação ao homem, mas, também, na sujeição do homem à linguagem. Isso se explica pelo fato de que a estrutura da linguagem preexiste ao sujeito; seja qual for a língua que tenha que aprender para se comunicar com seu entorno sócio-cultural, a criança não a modifica, pois, na verdade, tem que se submeter a ela (MILLER, 2002 *apud* GOMES, 2009).

Entendendo que a linguagem é a via por onde o Inconsciente se torna acessível, presto-me a dedicar bastante atenção a essa forma de enodamento de real psíquico e realidade material. Para, assim, dizer sobre o que se instaura entre o abuso sexual, a linguagem como sintoma e os significantes que dão contornos a estes.

Lacan também estabelece uma diferença precisa entre sentido e significação, sendo esta última um efeito, isto é,

algo que passa a existir em um encontro de elementos. O sentido é o efeito que surge na relação do eu com a imagem e que se articula no encontro de dois sistemas: o imaginário e o simbólico. Já a significação é um efeito do simbólico. Sinônimo de sujeito do Inconsciente, ela é o efeito produzido pelo vínculo entre dois significantes (NASIO, 1995).

O meu desejo em ir ao encontro desse assunto surgiu na prática clínica, quando recebi o caso que nomearei de Caso A. “A” é expressão que usei para identificar minha paciente de 11 anos, do sexo feminino, que me chegou por via do CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial - infantil) com o diagnóstico de “psicose, estruturada como um autismo”. As entrevistas iniciais, via de regra, davam-se com os cuidadores, nesse caso, seriam a mãe e o padrasto de A. Eles trouxeram, em seu discurso, as dificuldades que a criança apresentava desde os primeiros meses de vida, sendo identificadas: a demora nas ações de fala, deambulação e controle esfinteriano (principalmente, a encoprese), ações que surgiram por volta dos 4-5 anos, aproximadamente. Relataram também problemas de sono (insônia) e A fora citada como “não inteligente” por motivos de desatenção e retardamento.

A é a filha mais nova de quatro filhos, sendo os demais do sexo masculino. Quando foquei o assunto na gestação, sua mãe enfatizou que foi uma gravidez não desejada, pois dizia estar velha demais para isso. Foi amamentada até os seis meses, mas, na época, já ingeria outros tipos de alimentos porque sua mãe não podia deixar de trabalhar para suprir essa necessidade do leite materno.

Por volta dos seis anos de idade, a mãe se separou do pai biológico de A e passou a viver com um novo homem

(que é o atual padrasto), ao qual A chama de papai. Sua relação com essa nova construção familiar é dita por eles como boa e saudável. Ainda nessa idade, A foi convidada a morar com o pai em outra cidade, na intenção de tornar possível uma cirurgia bucal para ajudar a criança a verbalizar. Na ocasião, permaneceu com ele por cerca de dois anos e seis meses, e frequentemente visitava a mãe nos finais de semana. Em um desses momentos, A simulou atitudes do pai com ela que levaram a crer que ela havia sido abusada sexualmente por ele (laudos periciais confirmaram isso). Foi então que a mãe a trouxe de volta para sua casa.

Quando perguntei sobre momentos em que, supostamente, era esperada a presença da mãe, o que ouvi inúmeras vezes foi uma madrinha que cuidava dessa criança e aparentemente era quem ocupava a posição de mãe. A Psicanálise sempre deixou claro que a “função materna” não necessariamente é ocupada pela mãe da criança. Assim, como disse Zornig (2006, *s/p*), não podemos discordar da ênfase dada por Winnicott à construção de laços precoces entre a mãe e o seu bebê, visto que é nessa relação que tem início a construção subjetiva desse sujeito, uma relação permeada pela musicalidade da voz materna, por seu olhar de antecipação de um sujeito, por seu contato tátil – que propicia um envelope e uma sustentação física e psíquica ao bebê – e por sua capacidade de interpretar seus apelos. São esses aparatos que lhe dão o lugar de “mãe suficientemente boa”. Bion (1993 *apud* BORGES, 2005) vai nos dizer da importância da mãe com sua capacidade de continência das angústias e das vivências de desamparo da criança, cujo aparelho psíquico em formação tem a capacidade

de elaborar e pensar. A partir de Lacan, compreendemos que a figura da mãe representa o primeiro grande Outro, indispensável para que a criança se constitua como sujeito atravessado pela linguagem. Na verdade, essa figura é crucial para humanização de um bebê, para torná-lo sujeito. Lacan, em seus diversos escritos, afirma que o papel dela é a de um “outro primordial”.

Esse Outro distinto do outro que é meu semelhante, igual e rival constitui a alteridade do simbólico e da linguagem, onde o sujeito encontra não sua identidade mas sua representação: nos significantes que vieram daqueles que para ele ocuparam em sua história esse lugar: Pai, Mãe, etc. A começar pelo “Outro primordial” que é a Mãe. Não que ela seja o Outro, pois o Outro é um lugar, mas que tenha vindo “como que” ocupá-lo. O sujeito personaliza esse lugar do Outro pois é o lugar a quem endereça seu amor fabricando um Outro como um solar do amor pelo efeito de sua palavra (QUINET, 2001, s/p).

Assim, é possível a criança criar o mundo tendo como base essa relação que lhe garante projeções e identificações. Nesse estudo de caso, foi para essa mulher (a madrinha) que **A** dirigiu sua primeira palavra (mamãe), era ela quem garantia um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento de **A**.

A distinção entre ambiente (mundo) e objeto no ambiente permite ainda que se estude, de maneira organizada, vários tipos de ambiente – mãe-ambiente, espaço potencial, mundos interno e externo, círculo benigno, família, escola, ambiente social – e diversos tipos de objeto – objetos subjetivos, transicionais, lúdicos, instintuais (“pulsionais”), externos, internos etc. (LOPARIC, 2006, p. 37).

O investimento libidinal nessa fase da vida, que é primordial, foi expresso por essa madrinha, que apresentou o mundo - como algo de cunho simbólico – e nomeou todos os Outros. Passada essa entrevista, na semana seguinte, recebi A na sala de crianças. Fisicamente, ela tem um corpo adulto, está acima do peso para a idade e suas vestimentas são um tanto descuidadas. Desde nosso primeiro encontro, ficou estabelecido o sigilo que resguardaria a análise e, claro, a regra fundamental da Psicanálise – a associação-livre. Esta se dá da mesma forma no sujeito infantil? Alguns autores afirmam que sim; como é o caso de Winnicott (1975, p. 61) que traz, em “O brincar e a realidade”, os pontos em comum entre adultos e crianças sob análise:

O que quer que se diga sobre o brincar de crianças aplica-se também aos adultos; apenas, a descrição torna-se mais difícil quando o material do paciente aparece principalmente em termos de co-

municação verbal. Sugiro que devemos encontrar o brincar tão em evidência nas análises de adultos quanto o é no caso de nosso trabalho com crianças. Manifesta-se, por exemplo, na escolha das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor.

Pois bem, diante de tais afirmações, pude fundamentar-me nesse método – o brincar – para sustentar as sessões. O que se apresentou, na minha clínica, foram formas distintas de brincadeiras que chegavam a um só lugar, o lugar que não podia ser falado, porque dizê-lo – digo dizê-lo em palavras – necessitava de um atravessamento simbólico para ser expresso, o que significava dor, raiva e negação. Saliento aqui que a denegação se apresenta com frequência quando se trata de um incesto. Diante disso, surgiram inúmeros momentos em que eu era convocada a fazer parte da brincadeira, e, aos poucos, fui percebendo que a transferência que ali se estabelecia dizia algo da relação de A com sua madrinha (que ocupava o lugar de mãe) que agora está sendo reeditada. Para deixar mais claro, esse lúdico colocava-me como a cuidadora, a que dava afeto, a que ouvia, a que dormia junto de A e, inclusive, a que comia e era comida – em determinado atendimento, A fez dois bonecos de massas de modelar com um só corpo que, dito por ela, representava eu e ela, onde sua figura me tinha nos braços; como a união do sujeito e do objeto. Depois, esse boneco virou nossa própria comida quando foi posto à mesa e anunciou-se que agora iríamos comê-los.

A sessão winnicotina é um espaço de desfrute, um espaço lúdico, prazeroso; um espaço partilhado por analista e paciente, que invade o mundo interno de ambos sem que se tenha uma consciência plena do que está ocorrendo. Este espaço é curativo por isso, porque o analista não é um objeto externo ao paciente, - o que faria pouco impacto sobre ele, tampouco é um objeto de seu espaço interno — o que seria apenas a experiência com o mesmo (FRANCO, 2003, s/p).

Notei que, ao longo das sessões, a brincadeira que se repetia tinha sempre sua origem em uma sexualidade onde o amor e o ódio se situavam na relação ao objeto desejado. Percebi que ali dizia de um espaço em que a analisante gozava de algo em que nenhum outro lugar era possível, pois aos olhos dos familiares e amigos ela era uma criança que nada podia dizer sobre o sexo.

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é (WINNICOTT, 1975, p. 59).

Havia, em sua organização de brincar, o que se velava nas palavras, porque elas pareciam não serem capazes de comportar todo sofrimento que lhe assegurava uma hipótese de estrutura neurótica. Percebi também, que com o passar do tempo, essa brincadeira foi ficando pobre, no sentido de parar cada vez que a figura do pai surgia diante de situações de uma suposta plena satisfação. Assim, para Ribeiro (s/ano), o trabalho do analista é, portanto, tentar fazer a movimentação de um estado de não brincar do paciente para um estado onde a brincadeira é possível, onde o imaginário e o simbólico lacanianos se articulam. Ao analisar que algo retornava ao lugar onde **A** era mulher, e não mais a criança sinalizada pelos cuidadores, ela se desorganizava. Aos poucos, fui pontuando a existência desse pai e interrogando-a sobre essa repetição do sexo como desconforto, porque a partir de minhas interpretações, **A** tinha um histórico de sexualidade reprimida que era confirmada em seu discurso e nos discursos dos Outros.

A “atividade” do analista, no método original de Freud, consiste exatamente na oferta de uma escuta do sofrimento alheio e naquilo que se produz por meio do instrumento interpretativo, tornar consciente o material recalçado bem como as resistências apresentadas pelo analisando (KUPERMANN, 2010, p. 35).

A transferência esteve sempre implicada no meu desejo de analista (em atendê-la) e no fantasiar de minha anali-

sante. Exemplos disso ocorreram quando, ao final de uma sessão, a paciente me interrogou: “Você vai atender aquele menino que está lá fora? Ele vai ficar aqui com você?”. Assim, firmava-se que uma demanda de análise é sempre uma demanda de amor, pois havia aí um investimento libidinal, e que Freud nomeou de “amor transferencial” para dizer que este repete o amor infantil; e porque essa é a característica de todo amor, “dentro e fora da análise”. Como apontado por Kupermann (2010), a transferência consistiria, de fato, em uma espécie de “catalizador” que concentra os afetos liberados pela decomposição dos sintomas em poder do analista, segundo a definição de Ferenczi (1909 *apud* Kupermann, 2010), possibilitando algum controle sobre o processo do tratamento e os seus riscos. Dessa maneira, no momento adequado, seria viável dirigir o interesse egoico do paciente para o enfrentamento das resistências e para o encontro das representações recalçadas, vencendo a imobilidade promovida pelo sintoma.

Em outros momentos, houve tentativas de me beijar na boca, a isso eu alerto a importância de se fazer análise pessoal, pois, diante dessa situação, os nossos mecanismos de defesa e/ou discurso moral podem alienar o outro desse prazer oral a partir de atitudes mínimas, que podem gerar um engodo de que essa manifestação deve ser reprimida, proibida. Noutras situações, A me abordava com perguntas como: “Você tem sobrinhos? Você tem filhos? Você tem namorado? Qual o nome dele? Você é casada?” e pontuava sua inquietação olhando para meu anel na mão esquerda dizendo: “É que você usa anel de casamento”. Até que, ao longo das sessões, A ressaltou o desagradável pensamento

que, frequentemente, ocorria-lhe sobre casar e ter filhos, essas atividades fálicas que normalmente apresentamos na cultura. Ela alegava não querer casar nunca e muito menos ter filhos, porque tê-los necessitava cortar a barriga (fazia gestos de corte levando a mão da barriga à vagina, ao final desse movimento, a mão ficava ali, na vagina, segurando-a com força). Nas minhas interpretações, o que estava implícito no seu discurso era o ato sexual, afinal casamentos precisam ser consumados e filhos são gerados a partir da relação sexual entre homem e mulher. Considerando que:

Todos os detalhes da vida cotidiana tornam-se não apenas um sinal do desconforto e do sofrimento, mas também da agressão sexual. A mulher, nesse caso, pode sentir-se violentada por um simples olhar, ou agredida por uma vaga ilusão. A falta de amor desvenda a ausência de solução daquilo que organiza e dá embasamento ao mundo (isto é, às funções paternas) (POMMIER, 1992 *apud* MEES, 2001, p. 94).

Agora conhece aquilo que é da ordem da realidade, a sexualidade. Como sabemos, a psicanálise traz no complexo de Édipo, esse desejo sexual da filha possuir aquele ou aquilo que ocupa a posição de “pai” (o falo), mas isso se dá na realidade psíquica, que não é a realidade material. É um incesto simbólico. Então, a partir do momento em que isso se manifesta da forma mais “crua”, dá à criança uma nova organização de lugar desse “pai”, seu significante agora é outro.

Nomeado como “pai monstro”, ela elabora seu trauma, mas não é o trauma em si que lhe afeta. Nunca é assim, mas o significado que lhe é atribuído e que é causa de mal-estar e desconforto. Segundo Azevedo (2001), é difícil para as crianças saberem em quem confiar após terem sido abusadas, dentro de suas casas, por alguém no qual depositavam amor e confiança. O pai, que deveria ocupar o lugar da Lei, resguardando a criança de colocar-se como *fallus* materno, além de não assumir sua função, coloca-se justamente num papel contrário. Não há espaço para a Lei como interdição do gozo. A criança é colocada unicamente como causa de prazer, objeto de uso de um pai perverso. Com isso, A não cessa de estabelecer relações com esse pai que lhe causa “ódio e amor” nas suas diversas formas de comunicar sua demanda, na medida em que, como Freud ([1914] 1996) aponta: toda vida, o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar, reside no manejo da transferência. Assim, em geral,

A criança fica dividida entre o amor que sente pelo progenitor e o ódio diante da violência física e emocional exercida por este. A ambivalência afetiva, natural em determinada fase do desenvolvimento, assume proporções que o ego do pequeno, ainda bastante fragilizado, não tem condições de suportar (AZEVEDO, 2001, s/p).

Porém, é da ordem da impossibilidade acreditar que o padrasto dá conta desse pai que foi falho. Não é um abuso sexual que vai fazer um pai ser destituído da sua representação, está para além disso, pois quanto mais ele é negado, mais ele ocupa esse lugar. Isso mostra que o discurso do desejo inconsciente, aquele do qual não se fala fidedignamente, ainda assim, encontra-se no contexto o tempo todo. Como apresentado no capítulo “Recordar, repetir e elaborar”: “Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão à repetição; e, no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar” (FREUD, [1914] 1996, p. 166).

Sempre que A fala (verbalizando) sobre ele, sua voz se torna incompreensível, quase balbúcia; isso quando lhe é possível dizer em palavras sobre a sua relação com o pai. Quando não, é na brincadeira que esse pai surge como uma figura de poucos privilégios dentro da “casa” e o responsável pelo sofrimento de todos, principalmente de A. Recentemente, pude perceber que sua fala e articulação têm se apropriado das sessões muito mais do que a brincadeira, como um deslocamento resultante de sucessivas sessões de análise; e como ela tem se tornado compreensível, apesar de eu ter conhecimento de que minha escuta também tem se inclinado para isso. Entendo essa fala dificultosa como um sintoma, afinal o “corpo” é o único lugar capaz de representar as dores psíquicas. Winnicott (1965 *apud* LOPARIC, 2006), ao falar de linguagem experiencial, diz que a patologia ou a anormalidade estão primariamente no ambiente e só secundariamente na criança.

O lugar do conceito especulativo de pulsão é ocupado por, pelo menos, três conceitos radicalmente distintos entre si, todos referentes à experiência possível de um bebê humano: 1) o de necessidade (*need*) do indivíduo humano de ter um ambiente favorável no qual possa continuar crescendo, tornar-se alguém (um si-mesmo), e entrar em contato com objetos e relacionar-se com eles de diversas maneiras, 2) o de instinto (*instinct*) ou de impulso (*drive*) biológico, de onde se originam as pressões em direção de objetos externos, e 3) o de desejo (*wish*), que investe ou cria objetos, apoiado em sonhos ou fantasias mais ou menos sofisticadas. Assim, as necessidades e instintos podem ser englobados sob o título de urgências e a vida humana pode ser caracterizada pela urgencialidade, ao invés de pela pulsionalidade (LOPARIC, [2001] 2006, p. 35).

Com essa nova configuração, pergunto-me: o que há naquilo que não é dito? A resposta que aparece diante dessa clínica infantil é a dor, aquilo que não é dito é carregado de uma dor psíquica que as palavras não suportam. Mas é a partir de seu percurso analítico que, segundo Azevedo (2011), permite-se que o sujeito compreenda o que se passou com ele, entender que foi vítima de uma violência

e que não precisa paralisar sua vida e seus investimentos libidinais e reconstruir, aos poucos, uma imagem corporal dilacerada. Fortalecido emocionalmente, terá condições de resistir aos impactos desta experiência limite, suportando as pressões do meio, evitando a auto-tortura e encontrando saídas para o seu drama através de uma via sublimatória. A análise propiciará a este sujeito a redescoberta de si mesmo como um ser humano digno de amor e respeito.

Como fruto dessa análise, em uma segunda entrevista com a mãe de A, perguntei-lhe como a criança estava em seu meio social, agora que se encontrava em acompanhamento psicológico. Fui surpreendida ao relato de que atualmente A falava com frequência sobre seu abuso sexual, que apresentava atitudes de reconhecimento sobre o próprio corpo, sua vagina já não era rejeitada como parte de si, verbalizava com mais autonomia e se autorizava ao lugar de pré-adolescente, posicionando-se e destituindo a mãe de sua posição majestosa. Entendemos que

A colocação em cena do conflito fica enraizada junto à noção de repetição. Ressalta-se, dessa forma, mais ainda, que a transferência atualiza o essencial conflito infantil, frisando que o transferido é a realidade psíquica. Assim, a repetição não é encarada como realista, como recolocadora de relações efetivamente vividas; ela é a manifestação do desejo inconsciente e das fantasias conexas (MEES, 2001, p. 65).

Em meio a isso, a mãe pontuou que toda essa mudança não era sadia (para ela, claro!) e que solicitaria o aumento da dosagem de um anti-psicótico de que **A** já fazia uso. Perguntei o porquê dessa decisão e ela me respondeu com: - **A** me disse três vezes que eu estou acabando com a vida dela. Nesse ponto, vejo que muitas mães não aceitam que, com o tempo, ela vá se tornando uma mãe desnecessária, no sentido de que isso deve gerar no filho uma independência desse aparato materno que até então era quem guiava seus passos; essas orientações também cabem aos pais, que não por acaso são funções que depositam nos filhos todos os seus investimentos. Ao final da entrevista, questionei essa postura que ela ocuparia sem qualquer ação reflexiva sobre, e apresentei os desafios que iríamos enfrentar caso essa medida fosse tomada, além de entender que isso seria um retrocesso diante do processo analítico, especificamente no caso de **A**.

Na semana seguinte, a mãe me veio com receitas e exames médicos e perguntou se eu achava que deveria aumentar a dosagem do anti-psicótico, claramente eu disse que não. Ao avançar nessa escolha, entendi que esse aumento não provinha de uma necessidade de **A**, mas de uma tentativa da mãe de silenciar o relato do abuso sexual por parte da criança, acreditando que falar sobre ele causava sofrimento à filha. Quem trabalha com Psicanálise sabe que a cura em análise se dá justamente pela fala. É preciso que **A** elabore seu trauma, que ultrapasse os limites da realidade, entendendo que seu conflito psíquico precisa ser compreendido e que seus desejos reprimidos necessitam, em certa medida, serem satisfeitos.

Assim, concluo esse artigo, com a máxima de que quando a linguagem, via do Inconsciente, desdobra-se em extensas falhas em si própria, garante ao sujeito uma recordação constante de seu trauma, tentando, ainda que lentamente, tirar a camuflagem gerada pelo desprazer. E, somente a partir de uma elaboração, certos deslocamentos podem vir a acontecer, em uma incansável relação do não - dito e o gozar de um dizer que só é possível dentro de uma análise.

O caso A apresentou-se como um lugar de uma linguagem fragilizada onde a paciente reprimia seus desejos por seguir uma lógica de que reviver seu trauma lhe impossibilitaria elaborá-lo como uma sutura e enlaçamento de sua própria constituição psíquica. Mas à medida que falava de si em análise, era possível que sua função simbólica – como sujeito – pudesse tratar do Real, quer fosse nas suas convocações de apelo ao beijo, seus significantes, contorno do próprio corpo e fantasias de que o pai castrador nem sempre é perverso. Aos poucos, A maneja as suas pulsões para destinos possíveis e encontra na linguagem um tratamento do corpo Real. Com isso, as situações cotidianas vão sendo compreendidas, para ela, na velocidade em que o abuso sexual se destitui de uma fonte conexa a todas as relações de amor que encontramos socialmente (na família, nos amigos, nas relações amorosas etc.), nas quais necessariamente precisamos investir.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E. C. de. Atendimento psicanalítico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 66-77, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2016.

BORGES, M. L. S. F. **Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia - MG, 2005. Disponível em: < <http://www.pgpsi.ip.ufu.br/node/267>> Acesso em: 29 fev. 2016.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como uma linguagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FRANCO, S. de G. O brincar e a experiência analítica. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan./jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982003000100003> Acesso em: 17 fev. 2016.

FREUD, S. [1914]. Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standart* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 12 v. Disponível em: <<https://psicanalise-download.files.wordpress.com/2012/08/recordar2.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

GOMES, A. A. Linguagem e discurso na psicanálise de Jacques Lacan. **Revista Iuminart**, São Paulo, v. 1, n. 2, ago. 2009. Disponível em: <http://www.cefetsp.br/edu/sertaozinho/revista/volumes_anteriores/volume1numero2/ARTIGOS/volume1numero2artigo1.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2016.

JORGE, M. A. C.; FERREIRA, N. P. **Lacan, o grande freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2005.

KUPERMANN, D. A via sensível da elaboração. Caminhos da clínica psicanalítica. **Cad. Psicanál. - CPRJ**, Rio de Janeiro, ano 32, n. 23, p. 31-45, 2010. Disponível em: <http://www.freudiana.com.br/documentos/CADERNOS-DE-PSICANALISE_A-via-sensivel-Daniel%20Kupermann.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2016.

LOPARIC, Z. De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. **Pepsic**, São Paulo, v.1, n.1, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679432X2006000100004>. Acesso em: 29 fev. 2016.

MEES, L. A. **Abuso sexual, trauma infantil e fantasias femininas**. Porto Alegre: Artes e ofícios, 2001.

NASIO, J. D. **O olhar em psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

QUINET, A. **A heteridade de Lacan**. Texto apresentado no colóquio “Uma odisséia lacaniana”. Rio de Janeiro, 11 de abril de 2001.

RIBEIRO, M. F. F; GUIMARÃES, M. R.; VORCARO, A. M. R.. **O brincar entre a criança, o analista e a instituição educacional primária**. In: Retratos do mal-estar contemporâneo na educação, 9., FE/USP. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qfxitDrt-z70J:www.proceedings.scielo.br/pdf/lepsi/n9/a43n9.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 17 fev. 2016.

ZORNIG, S. A. Uma criança em busca de uma janela: função materna e trauma. **Estilos clín.**, São Paulo, v. 11, n. 20, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282006000100003>. Acesso em: 29 fev. 2016.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução de J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago editora, 1975.

O DIAGNÓSTICO, ENTRE A CURA E OS VALORES

Caroline Rodrigues de Assunção Vitoriano⁴

Muito se tem debatido, atualmente, acerca do processo de medicalização social, tanto no que diz respeito às condições que engendraram seu aparecimento quanto às justificativas que o mantêm. As consequências adversas que tal processo tem acarretado têm sido igualmente tema de discussão, por parte de alguns setores e categorias profissionais da saúde, os quais têm levantado discussões importantes, mas que ainda se restringem prioritariamente ao meio acadêmico. Entre os promotores dessas discussões, encontram-se as Psicologias, as quais conseguiram formular (cada uma com arcabouço teórico que lhe concerne) uma oposição bem fundamentada na tendência medicalizante observada na contemporaneidade.

Definido como a “[...] crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina [...]” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 22), o termo “medicalização” abrange um processo muito mais amplo que a mera administração de medicamentos à população, com a qual não raramente é confundido. Seu domínio estende-se a uma ampla seara de

⁴ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Egressa do Programa Clínica, Estética e Política do Cuidado.

campos, tais como Educação, Sexualidade e Construção de identidades, interrogando em cada um deles os limites e os determinantes da saúde.

Ivan Illich, autor de referência, quando o assunto é medicalização, e forte crítico da Medicina moderna, utiliza-se do termo “iatrogênese” – iatros (médico) e genesis (origem) – para destacar três âmbitos onde a Medicina produz efeitos (ILLICH, 1975 *apud* GAUDENZI; ORTEGA, 2012). O primeiro deles é denominado “iatrogênese clínica” e se refere aos efeitos indesejáveis de um tratamento em saúde, como no caso dos efeitos colaterais dos medicamentos. O segundo âmbito é o da “iatrogênese social”, relativo à crescente dependência da população quanto ao saber médico. O terceiro e último âmbito é o da “iatrogênese cultural”, onde o sofrimento e o significado pessoais são suplantados pela técnica produzida através do saber médico (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Dessa forma, a Medicina moderna causaria, de acordo com Illich (1975 *apud* GAUDENZI; ORTEGA, 2012), verdadeiros prejuízos à população por fomentar a dependência desta quanto às recomendações dos especialistas, retirando dos indivíduos a capacidade de cuidarem de si (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Estaria se “[...] substituindo a ação autônoma individual para lidar com a precariedade da vida pela obediência às instruções que emanam de profissionais terapeutas que ditam formas corretas de comer, dormir, amar, divertir-se, sofrer e morrer” (ILLICH, 1975 *apud* GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 27).

Defende-se que a proposta atual em saúde tem seguido uma tendência medicalizante na medida em que as ex-

pressões de sofrimento já não podem passar sem o carimbo médico: todas recebem uma nova nomenclatura, um novo código, um diagnóstico, enfim, que ao mesmo tempo as especifica e lhes dá um aval de reconhecimento. O fato de que as pessoas peçam por esses diagnósticos, lutem para obtê-los, como forma de garantir o tratamento ou o recebimento de compensações diversas (GAUDENZI; ORTEGA, 2012), torna ainda mais eloquente a dependência fomentada em relação à Medicina.

No que toca à Saúde Mental, especificamente, o número cada vez maior de transtornos detectados de 106 na primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) para mais de 300 na versão mais recente (FERREIRA, 2013) pode ser compreendido como indício desta crescente colonização pela Medicina dos modos de sofrer. Tendo tal quadro como plano de fundo, pretende-se empreender uma crítica ao valor de verdade comumente atribuído aos critérios diagnósticos psiquiátricos usados na delimitação e reconhecimento das chamadas condutas patológicas.

Com a finalidade de desenvolver esse tema, recorrer-se-á ao campo cultural, expressando como ele detém papel determinante no entendimento do que seja “patologia”. Assinalando como a cultura ocidental forjou um paradigma de cuidado ancorado na dependência do saber médico, espera-se abrir caminho para a relativização deste saber.

Em primeiro lugar, a fim de alcançar uma compreensão mais íntegra sobre a questão da medicalização social, é importante destacar que muito da discussão acerca desse tema depende da consideração histórica sobre esse fenô-

meno. Isto porque é necessário produzir um distanciamento da realidade social imediata em direção à adoção de parâmetros outros, os quais possam contribuir para a crítica da obviedade da situação vivenciada. Sabendo disto, não é possível pretender abordar o tema da medicalização social, no que ele comporta de cunhagem histórica, sem o arsenal construído por Michel Foucault, autor que “[...] questionou a imutabilidade das categorias históricas, estabelecendo, ao contrário, a contingência radical e o caráter situacional do conhecimento histórico” (DUSSEL, 2004, p. 47), desestabilizando narrativas em torno do sexo, do poder, da loucura, entre outras.

Seguindo essa tendência histórico-crítica de seus estudos, em obra que versa especificamente sobre a constituição das chamadas “doenças mentais”, Foucault (1975, p. 49) coloca que “Um fato tornou-se, há muito tempo, o lugar comum da Sociologia e da patologia mental: a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”. Entretanto, segundo o autor, houve problemas em justificar o caráter cultural da doença no que diz respeito às tentativas de Durkheim e dos psicólogos americanos. Fazendo uma análise destas duas correntes, Foucault expõe como denominador comum o fato de que, para ambas, a doença é pensada como algo negativo e virtual:

Negativo, já que é definida em relação a uma média, a uma norma, a um “pattern”, e que neste afastamento reside toda a essência do patológico: a doença seria margi-

nal por natureza, e relativa a uma cultura somente na medida em que é uma conduta que a ela não se integra. Virtual, já que o conteúdo da doença é definido pelas possibilidades, em si mesmas não mórbidas, que nela se manifestam: para Durkheim, é a virtualidade estatística de um desvio em relação à média, para Benedict, a virtualidade antropológica da essência humana [...] (FOUCAULT, 1975, p. 50).

Haveria, de acordo com Foucault, uma desconsideração da “positividade da doença” como forma de expressão da cultura em que se manifesta. Se tal desconsideração passa despercebida, isto se deve a uma ilusão cultural comum:

[...] nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente. As análises de nossos psicólogos e sociólogos, que fazem do doente um desviado e que procuram a origem do mórbido no anormal, são, então, antes de tudo, uma projeção de temas culturais” (FOUCAULT, 1975, p. 51).

Ao recobrir determinadas condutas com categorias médicas, delimitando uma fronteira em torno do conteúdo dessas categorias, nossa cultura demonstra seu modelo de lidar com a doença e de produzir e impor seus ideais de normalidade aos sujeitos. É a racionalidade médica, prioritariamente por meio do diagnóstico, que tem ditado as normas e conferido reconhecimento e legitimidade aos modos contemporâneos de sofrer.

Tal modelo de progressivo domínio do saber médico sobre as afecções humanas encontra-se em franca expansão. Prova dessa difusão encontra-se em estudo sobre os efeitos da “exportação” dos modos de compreensão norte-americanos sobre o sofrimento para o resto do mundo, realizado por Watters (2010). Para o autor, devido a fatores como a globalização, a influência das instituições e pesquisadores norte-americanos no financiamento de pesquisas e a expansão do uso de categorias oficiais de enfermidade através dos manuais diagnósticos,

há mais de uma geração nós do Ocidente temos propalado agressivamente nossos conhecimentos modernos sobre doenças mentais ao redor do mundo. Fazemos isso em nome da ciência, acreditando que nossa abordagem revela a base biológica do sofrimento psíquico, dissipando mitos pré-científicos e estigmas perniciosos. Existem atualmente boas evidências que sugerem que, no proces-

so de ensinar ao resto do mundo a pensar como nós, estamos igualmente exportando nosso “repertório de sintomas” ocidental. Isto é, estamos modificando não apenas os tratamentos, mas também a forma de expressão da doença mental em outras culturas (WATERS, 2010, p. 104).

O Ocidente vem empreendendo, portanto, uma colonização silenciosa dos modos de sofrer que culturalmente construiu como aceitáveis e legítimos. À semelhança de Durkheim e dos psicólogos americanos citados por Foucault (1975), estaria naturalizando essa compreensão cultural das afecções, influenciando o modo como são representadas, vividas e tratadas não só no Ocidente como no resto do mundo.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, uma das entidades máximas da psiquiatria moderna, trouxe em sua mais recente versão – o DSM-V, uma visão interessante com relação à interface psicopatologia-cultura. De acordo com Lewis-Fernández (2014, p. 3, tradução nossa) – copresidente do Subgrupo de Questões Transculturais do DSM-V:

A cultura dá forma a cada aspecto do cuidado do paciente em psiquiatria, influenciando quando, onde, como e a quem os pacientes narram suas experiências de adoecimento e angústia (Kirmayer, 2006), o padrão dos sintomas

(Kleinman, 1997), e os modelos clínicos usados para interpretar e entender os sintomas em termos de diagnóstico psiquiátrico (Kleinman, 1997).

Diante da enorme relevância aí conferida às variáveis culturais na conformação dos transtornos psiquiátricos, torna-se indispensável situar historicamente a asserção acima citada. Isto porque a inclusão de variáveis culturais no dito manual é uma modificação relativamente recente, tendo se dado apenas no DSM-IV (1994).

Em verdade, inúmeras mudanças se operaram desde o lançamento da primeira versão do DSM, em 1952. Esta estaria pautada, de acordo com Henning (2000), por uma perspectiva psicossocial, onde o estudo das doenças mentais (compreendidas como reações) incluía considerações sobre o modo de vida dos sujeitos. As influências da teoria psicanalítica eram marcantes e visíveis pelo uso dos termos “mecanismos de defesa” e “neurose”, por exemplo. Ainda segundo a autora, na versão seguinte (1968), observa-se a permanência desta influência e, em decorrência disso, torna-se necessária a avaliação da natureza simbólica dos fenômenos. Como alteração, observa-se a adoção da categoria “personalidade” em detrimento da noção psicossocial anteriormente predominante.

O DMS-III (1980) vem a representar uma verdadeira revolução nesse quadro, trazendo como característica “[...] o esforço em ser ateuórico e descritivo, evitando a utilização de explicações etiológicas como critério de classificação” (HENNING, 2000, p. 125). A nomenclatura calcada na Psi-

canálise é abolida e torna-se expressivo o uso da categoria “transtorno” (*disorder*). Há impacto também na atividade de diagnosticar: da compreensão dos símbolos, passa-se à verificação de sinais, do diálogo interpretativo, à lista de critérios, e, com exceção de pequenas modificações (inclusão, exclusão e rearranjo dos transtornos), essa lógica mantém-se no DSM-IV (HENNING, 2000).

Observa-se, assim, que os critérios para definição da patologia se modificam, são rearranjados, parâmetros novos surgem enquanto outros desaparecem. Um exemplo mais recente desse fato encontra-se no DSM-V com relação à categoria “autismo”: uma revisão dos critérios diagnósticos para esta edição fez convergir em um único transtorno, o Transtorno do Espectro Autista, um quadro dividido anteriormente em quatro diferentes desordens (desordem autística, síndrome de Asperger, transtorno de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtorno global do desenvolvimento não especificado). O que demonstra como a sua organização categórica é flexível e o quanto depende do referencial organizador se afastando, portanto, da concepção de uma verdade única com a qual tanto se intenta revesti-la.

O fenômeno do brincar infantil pode ser elencado como outro exemplo do quanto a ciência dos “transtornos mentais” prescinde de critérios bem alicerçados, a despeito de todo o esforço categórico empreendido nas últimas décadas. Quem quer que tenha se detido a observar crianças brincarem pode dar testemunho dos prodigiosos efeitos imaginativos de que são capazes. Na brincadeira, uma coisa pode, imaginativamente, transformar-se em, praticamente,

qualquer outra. É possível conversar com as bonecas e es-
cutar sua resposta, e isto tudo contando com a indulgência
e o apoio da cultura.

É, pois, a falta de espanto com relação a essas obras
imaginativas presentes na brincadeira infantil que chama
a atenção diante da ânsia diagnóstica que se expande. Isto
porque essas obras poderiam se enquadrar facilmente em
uma sintomatologia delirante, por exemplo. Veja-se que, no
DSM-V (APA, 2014), o delírio é definido como uma “Fal-
sa crença baseada em uma inferência incorreta acerca da
realidade externa que é firmemente mantida não obstante
o que quase todo mundo acredita e apesar de provas incon-
testáveis e óbvias em contrário” (APA, 2014, p. 820).

Essa descrição, como descrição puramente, bem poderia
enquadrar o que é visto numa brincadeira infantil qualquer,
entretanto, como bem se sabe, isso não ocorre. À semelhança
das atividades religiosas, por exemplo, que são resguardadas
de pertencer a uma sintomatologia psicótica em virtude do
fato de serem compartilhadas no meio social, a brincadeira
conta com a complacência da cultura (ainda) para se desen-
volver. O brincar constituiria, portanto, mais um exemplo de
como o saber científico, em suas investigações e conclusões,
é sobredeterminado por outras variáveis mais amplas não es-
tritadamente científicas. A investigação científica está submeti-
da aos limites e possibilidades que a cultura lhe proporciona.
No nosso caso, esses limites têm sido bastante frouxos.

A inclusão das variáveis culturais como fator de rele-
vância no entendimento das chamadas “doenças mentais”
é apenas uma em meio a diversas modificações na história
do Manual, e se presentifica em diversas ocasiões no DSM

-V. Há, por exemplo, a Entrevista de Formulação Cultural (EFC) para o DSM-V, a qual consiste em um roteiro de perguntas semiestruturado, apoiado em questões como definições culturais da causa, do contexto e do apoio acerca do problema em questão (LEWIS-FERNÁNDEZ, 2014).

Outro exemplo desses esforços é o “Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento”, que é uma sessão dedicada à exposição de algumas síndromes características de contextos culturais específicos. O *Khyâl cap* (“ataque de vento”), por exemplo, é notificado como uma síndrome encontrada entre cambojanos e que se manifesta pelo medo de que uma substância similar ao vento (*Khyâl*) surja no corpo e cause uma série de disfunções no organismo (falta de ar, visão borrada, tontura etc.). Em sua descrição, os ataques de *Khyâl* são relacionados a condições já descritas no manual, tais como transtorno de ansiedade generalizada e ataque de pânico. Além do *Khyâl cap*, o ataque de *nervios* (América do Sul), a síndrome do *dhat* (Sul da Ásia), o *Kun-fungisisa* ou “pensar demais” (proveniente do povo *Shona* no Zimbábue), a *Maladi mum* ou “doença enviada” (Haiti), entre outras, são abordadas pelo DSM-V.

Observa-se que, na descrição desses fenômenos culturais, tal como o *Khyâl cap*, apresentado sumariamente acima, estão presentes expressões como “síndrome cultural” e “idioma cultural de sofrimento”. Enquanto a primeira é definida como “grupos de sintomas e atribuições que tendem a ocorrer de forma concomitante entre indivíduos em grupos, comunidades ou contextos culturais específicos e que são reconhecidos localmente como padrões coerentes de experiência” (APA, 2014, p. 758), um “idioma cultural

de sofrimento” é uma forma coletiva ou compartilhada de falar/expressar sofrimento, sem necessariamente se enquadrar numa síndrome ou envolver sintomas específicos.

Apesar do ganho que representa a assimilação dessas ideias à formulação do manual, ainda é tímida a tentativa de situar a Psiquiatria contemporânea como “idioma cultural de sofrimento”, em meio a tantos outros possíveis. Um princípio de ação nessa direção se delinea no próprio DSM -V, quando se afirma que esses conceitos culturais podem refletir influências de uma concepção biomédica sobre o sofrimento e que a formulação atual reconhece que todas as formas de sofrimento são moldadas localmente. De acordo com essa perspectiva, muitos diagnósticos do DSM podem ser entendidos como “protótipos operacionalizados que começaram como síndromes culturais e se tornaram amplamente aceitos como consequência de sua utilidade para a clínica e para a pesquisa” (APA, 2014, p. 758).

Para além de todo o debate que cabe quanto à referida utilidade clínica da categorização, tema que ultrapassa os limites deste artigo, concebe-se como de enorme importância a ideia central do parágrafo acima, isto é, o modo como nossa própria cultura tem moldado o modo de sofrer dos sujeitos. Mais do que uma incursão na “psicopatologia transcultural”, seria benéfica uma expansão da questão, aqui apenas esboçada, de maneira a evitar tratar por um viés homogeneizante um tema tão plural como o sofrimento humano, estendendo explicações inscritas em um contexto, como se fossem representantes de uma verdade antes ignorada, mas agora óbvia.

Considerando o que foi dito, destaca-se ainda que os valores de que se fala no título deste artigo não se referem

apenas a normas culturais. São também, e especialmente, relativos ao montante econômico. De acordo com o Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação, no ano de 2014, apenas o mercado brasileiro movimentou cerca de R\$ 125,1 bilhões, posicionando-se como o 6º maior mercado farmacêutico do mundo. As propagandas e o marketing tornam-se peças fundamentais na garantia de um mercado consumidor lucrativo: “Lorax: Um instrumento do médico para devolver a harmonia ao paciente” ou “Anafranil: Olhando o mundo sem medo” são apenas dois entre os muitos exemplos dessa parceria, reunidos em uma edição do Jornal Brasileiro de Psiquiatria (RODRIGUES, 2003, p. 19). A indústria farmacêutica retira, portanto, proveito da proliferação de diagnósticos psiquiátricos, para os quais sempre haverá a solução mágica em forma de produto – o medicamento –, restando ao sujeito em sofrimento apenas o lugar de um mero consumidor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura biomédica do sofrimento não é senão mais um “idioma de sofrimento” entre tantos outros. É herança da reforma das casas de internamento, do controle moral, das políticas de exclusão da loucura e de seu lançamento a uma dimensão da interioridade, conformando o paradigma das “doenças mentais”, como bem indicou Foucault (1975).

Evitar compactuar com essa “colonização” do sofrimento, escapar de relê-lo por uma perspectiva unitária, exige vigilância e resistência para ir contra a corrente cul-

turalmente instituída. O primeiro passo para tal, como se buscou discutir, é desmistificar “o progresso da ciência” em direção a uma aproximação cada vez maior da “verdade”, e seguindo os passos de Foucault, propor uma abordagem da história voltada para “[...] o jogo casual das dominações que constituem os acontecimentos” (DUSSEL, 2004, p. 47).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014. 948p.

DUSSEL, I. Foucault e a escrita da história: reflexões sobre os usos da genealogia. **Rev. Educação e Realidade**, v. 29, n. 1, p. 45-68, 2004. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/download/25418/14744>

FERREIRA, C. M. B. Nova edição de manual aumenta número de transtornos mentais. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 65, n. 4, p. 16-17, 2013. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252013000400008&script=sci_arttext>

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. 71p.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832012000100003>

HENNING, M. F. Neuroquímica da vida cotidiana. **Cadernos IPUB**, v. 6, n. 18, p. 123-132, 2000.

LEWIZ-FERNANDÉZ, R. *et al.* Culture and Psychiatric Evaluation: Operationalizing Cultural Formulation for DSM-5. **Psychiatry: interpersonal and Biological Processes**, v. 77, n. 2, p. 130-154, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4331051/>>

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722003000100003&script=sci_abstract&tln-g=pt>

WATTERS, E. A americanização da doença mental. **Rev. Latinoam. Psicopat.** Fund, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 102-115, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S141547142010000100007>

SEÇÃO 2

O QUE PODE A PSICANÁLISE NO TRABALHO INSTITUCIONAL.



DIAGNOSTICA-SE O SUJEITO? A PRÁTICA DO DIAGNÓSTICO NO CENTRO DE REFERÊNCIA À INFÂNCIA (INCERE)

Luana Timbó Martins⁵

A dimensão diagnóstica é inerente a qualquer atividade clínica e diz respeito a questionamentos iniciais importantes para a nossa prática: quem está chegando? Como vou poder ajudar? Devo continuar os atendimentos ou devo encaminhar para outro profissional? No Centro de Referência à Infância (INCERE), para além dessas indagações que cada um dos profissionais faz a si mesmo no início de uma avaliação – e que, em muitos casos, são compartilhadas com a equipe –, estamos constantemente pensando sobre nosso posicionamento diante do ato de emitir um diagnóstico. Outras perguntas surgem em meio a nosso constante debate: qual o uso de um diagnóstico? Uma nomenclatura diagnóstica diz algo? O quê? Que diagnóstico é útil na nossa clínica? A intenção deste texto é poder ampliar essa conversa que vivenciamos cotidianamente em nossa instituição.

Para pensar sobre o tema do diagnóstico de psicopatologias na contemporaneidade, precisamos antes fazer algumas considerações sobre a história prática psiquiátrica

⁵ Psicanalista. Membro da equipe do Centro de Referência à Infância (INCERE). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora do Curso de Psicologia da FANOR/DeVry – Fortaleza.

com seus manuais de classificação de doenças mentais. Ao retomar o histórico do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM), que teve sua primeira edição em 1952 e a última em 2013 (DSM-5), Benilton Bezerra Júnior (2014) fala do afastamento que houve entre as práticas diagnósticas e a possibilidade de entender os sintomas como algo que diz respeito a um conflito existencial dos sujeitos. Em meados do século passado, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) – responsável pela elaboração dos DSMs, que influenciam os diagnósticos de transtornos mentais mundialmente – ainda se utilizava de conceitos psicanalíticos e considerava as doenças mentais como reação a situações existenciais complexas para as quais os sujeitos não conseguiam dar respostas adequadas. Os sintomas tinham uma dimensão simbólica, relacional, um sentido a ser desvelado por trás de suas manifestações.

A partir da terceira edição do manual, em 1980, houve um afastamento da proposta dos compêndios anteriores, na tentativa de adotar uma descrição mais generalizada, sem ligação aberta com uma teoria específica, e que possibilitasse uma aproximação de diálogo entre diferentes profissionais de diversas partes do mundo. Foram enfatizadas descrições biológicas, impulsionadas pelas últimas descobertas da indústria farmacológica. O psiquiatra deveria se abster de interpretações sobre os sintomas para apenas coletar as informações declaradas pelo paciente e familiares e observar seu modo de agir socialmente. Foi criada uma lista de critérios fixos sobre a duração e a qualidade de traços a serem observados. E, a partir disso, um ou mais diagnósticos podiam ser estabelecidos.

Bezerra Júnior (2014) considera que o DSM é resultado de conflitos não só no campo científico e técnico, mas também de processos políticos, culturais e tecnológicos. O autor argumenta que algumas práticas psiquiátricas podem servir como dispositivo social de domesticação e de controle da existência social. Dessa forma,

[...] as intenções terapêuticas da psiquiatria visariam em última análise a resguardar os indivíduos de um encontro trágico, mas potente, com sua condição essencial: a de seres ontologicamente abertos que, pela própria consciência de sua finitude, convivem inevitavelmente com frustração, fracasso, sofrimento, dilaceração (2014, p. 9).

Para uma aproximação com a linguagem científica, a singularidade de respostas às contingências da vida deveria ser então descartada, categorizada dentro de padrões do que poderia ser considerado normal. Por trás de um discurso de neutralidade e de objetividade científicas, situações existenciais diversas seriam reguladas por discursos técnicos. Entram em conflito as abordagens que levam em conta a complexidade do sofrimento humano e as comprometidas com a suposta neutralidade da biologia e das ciências comportamentais em sua categorização do comportamento humano.

Para Bezerra Júnior (2014), a Psiquiatria, além de um empreendimento científico, não poderia negar ser um projeto moral, que tenta ditar maneiras saudáveis ou patoló-

gicas de existir. Para o autor, é necessário que os manuais diagnósticos sejam compreendidos dentro de seu contexto sócio-histórico:

Categories psiquiátricas são elas mesmas, por assim dizer, sintomas – no sentido freudiano de revelarem de forma deslocada a verdade de um conflito que não se deixa apreender imediatamente pela consciência – de seu tempo (p. 12).

Assim como histeria e neurastenia eram sintomas comuns do final do século XIX, a depressão e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) parecem ser as categorias frequentes do início do século XXI.

Mas que conjuntura favoreceria esses diagnósticos no contemporâneo? São apenas resultados de interações biológicas cerebrais de captação (ou não) de neurotransmissores? Ou poderiam traduzir também certas cobranças sociais em relação à forma como temos que nos comportar?

Se não levarmos em conta os aspectos históricos e a complexidade das vivências humanas na problemática das categorias diagnósticas, veremos o risco de sua utilização como forma única de pensar sobre si mesmos pelos sujeitos, significando suas emoções, ações e relações com os outros a partir de uma única dimensão. É comum vermos alguém chegar a essa conclusão depois do estabelecimento de um diagnóstico: “Agora entendo todas as dificuldades que tive até hoje, tenho TDAH” – ou até mesmo: “Sou TDAH”.

Classificações são construções que criam hierarquias, continuidades e descontinuidades, inclusões e exclusões,

agrupamentos e generalizações de experiências, são mapas de fronteiras normativas. E, como mapas, são representações e recortes de algo, não a realidade em sua totalidade.

Toda classificação supõe certas coisas: um autor, um agente, um princípio classificador, um eixo ordenador que preside a criação das categorias que a compõem e organiza hierarquicamente sua distribuição. Toda classificação tem uma destinação, visa um objetivo. Toda classificação tem um contexto de criação e uma história (BEZERRA JÚNIOR, 2014, p. 14).

Mesmo o mais imparcial dos profissionais vai ser influenciado por sua subjetividade, escolhendo quais exames serão solicitados para um caso e interpretando os dados coletados segundo a teoria com a qual se identifica. A defesa de uma neutralidade absoluta é problemática quando tratamos de interações humanas. Banzato e Pereira (2014) afirmam a existência de uma tensão constante entre a objetividade biológica e a errância do humano no campo do diagnóstico na clínica psiquiátrica. “Afiml, nenhuma classificação constitui mera representação inocente, neutra e acabada do mundo” (p. 47). O que a classificação nosológica coloca em relevo é apenas o que determinado paciente teria em comum com os demais que também se encaixam em tal classificação, perdendo de vista o que há de singular em cada caso. Os autores também salientam a possibilidade de que os sujeitos absorvam o diagnóstico como sendo

sua própria identidade, utilizando-o para redescrever suas experiências subjetivas prévias e para significar as futuras vivências.

Sobre a influência da indústria farmacológica nesse debate, Dunker (2014) acrescenta que a “pragmática da cura exige que se defina como patológico o que as medicações tratam, e, inversamente, o que as medicações tratam será definido como patológico” (p. 70). As medicações influenciam inclusive a definição de alguns diagnósticos a partir dos efeitos produzidos pelas substâncias: se um remédio específico foi efetivo para certo sintoma de um paciente, fica confirmado que o diagnóstico correto era aquele mesmo que se suspeitava. Assim, trata-se de uma “reedição do drama metodológico que considerava a inteligência como aquilo que os testes medem, e o que os testes medem como aquilo que chamamos de inteligência” (DUNKER, 2014, p. 70).

As classificações diagnósticas, junto com a indústria farmacológica, criam discursos prescritivos sobre o que seria normal ou patológico, influenciando a forma dos sujeitos pensarem e agirem em suas experiências cotidianas. As palavras organizam as experiências, dando-lhes sentidos, ditam como os sofrimentos são expressos e como passam a ser reconhecidos. Não mais como uma “tristeza”, mas como depressão. Não mais como uma “danação”, mas como hipervivência. Não mais como características que podem ser comuns e passageiras durante o desenvolvimento infantil, mas como transtornos a serem medicados.

Há mais de 50 anos, Winnicott (1953/2000) já falava de uma intolerância a certos sinais comuns no desenvolvimento das crianças que poderiam, segundo ele, ser to-

mados como doenças biológicas que necessitariam de uma cura. Em contraposição a isso, ele sugere que psiquiatras de crianças não devem ser “curadores de sintomas”, mas reconhecer que certos traços podem ser um sinal de socorro a ser acolhido. O tratamento consistiria em buscar saber a necessidade da criança em emitir tal sinal, em vez de suprimi-lo às pressas. “A criança precisa do sintoma devido a algum empecilho ocorrido em seu desenvolvimento emocional” (WINNICOTT, 1953/2000, p. 169). Tal compreensão dependeria de uma atitude emocional diferente para a condução de um caso, justificando uma investigação da história do desenvolvimento emocional do paciente em relação ao seu ambiente, para tentar desvendar o sentido dos sintomas neste contexto. O psicanalista adverte:

Na maioria dos casos a cura do sintoma não provoca dano algum, e quando se dá o caso de que a cura poderia causar um dano, a criança geralmente consegue, por um processo inconsciente, ou resistir à cura, ou produzir um sinal de SOS alternativo que leva à sua transferência para outro tipo de clínica (WINNICOTT, 1953/2000, p. 170).

A cautela em relação a como compreender sinais sintomáticos deve aumentar especialmente durante a infância, quando consideramos o que Winnicott (1966/1997) afirma em um artigo sobre autismo:

Para cada caso de autismo que encontrei na minha prática, encontrei centenas de casos em que havia uma tendência que foi compensada, mas que poderia ter produzido o quadro autista. Na psiquiatria, essa ideia de uma doença claramente definida é sempre errônea, pois cada condição de enfermidade psiquiátrica se mistura com desvios que pertencem ao desenvolvimento normal (p. 180).

Foi essa tolerância aos sintomas, permitindo que as construções dos sujeitos que os carregam possam ser desvendadas ao contarem suas histórias de vida, que vimos ser retirada dos últimos manuais diagnósticos norte-americanos. O que podemos perceber na contemporaneidade são formas de vida sendo hierarquizadas entre normal e patológico, com um agrupamento de sintomas criando uma etiqueta identitária correspondente.

Cavalcanti e Rocha (2014) retomam a preocupação com essa desconsideração pela regularidade de muitos sintomas infantis, que podem fazer parte do desenvolvimento de qualquer criança sem denotar necessariamente algo patológico. As autoras afirmam que esse é um efeito previsível para a lógica presente que preza objetividade e confiabilidade científica acima de tudo. Na contemporaneidade, as antigas certezas sustentadas por respostas ligadas à religião e à tradição caíram, tendo a verdade científica sido alçada a esse lugar de não contestação. Seria uma tentativa de res-

tituição da ilusão de amparo da qual fomos retirados com a queda dos ideais tradicionais. Em vez de nos responsabilizarmos por escolhas de vida, apegamo-nos a caminhos traçados pela genética e pelo discurso que prega o que é saudável. A resposta científica fica acima, inclusive, das experiências subjetivas que podem contribuir para a formação de um sintoma psíquico.

Patologizar, classificar e buscar simplesmente suprimir esses sintomas resultaria na perda da oportunidade de compreender o que a criança diz de si através deles, além de privá-la de uma experiência real de amadurecimento, numa idade apropriada (CAVALCANTI; ROCHA, 2014, p. 234).

A patologização dos sofrimentos psíquicos e da variedade dos comportamentos humanos faz com que se perca a possibilidade de entender sintomas como um sinal de alerta, como uma fala dos sujeitos sobre suas relações com o ambiente. Assim, diagnósticos psiquiátricos são tomados como referências identitárias, e destinos ficam marcados e traçados por eles, especialmente os que têm como consequência as medicações. Há o risco de dessubjetivação, ou seja, de que as singularidades presentes nas contingências de uma vida passem a ser desconsideradas, que os sujeitos percam o lugar de contadores de suas histórias.

Se um diagnóstico padrão passa a ser tomado como referência identitária, os cuidados e as relações passarão também a ser padronizados e dirigidos ao portador de uma

doença mental específica, indiferenciado de outros pacientes, mesmo que tenham histórias muito diversas. “O que se diz de um, se diz de todos, o que se apresenta como bom para um, se supõe bom para todos” (CAVALCANTI; ROCHA, 2014, p. 241). Cai-se na tentação de tornar o que é imprevisível no desenvolvimento de alguém em algo previsível, padronizado, controlado, medicado. Surge a tentativa de criação de uma vida sem contingências.

Rocha (2011) nos adverte que estamos vivendo atualmente em uma “cultura da sindromização”, que caracteriza como:

[...] uma preocupante adesão ao modo de entender e transformar os fenômenos humanos, que são singulares e contingentes, em fenômenos universais e generalizáveis, como se fôssemos seres “produzidos em série”, padronizáveis, previsíveis, classificáveis e facilmente controláveis (p. 38).

É importante destacar que, de acordo com os últimos dados estatísticos⁶, estaríamos vivenciando um crescimento impressionante na prevalência de algumas patologias psíquicas. E podemos levantar o questionamento: se trata de uma epidemia de doenças ou de uma epidemia de diagnósticos?

6 Ver: PESQUISA nos EUA indica número alto de autistas: 1 em 45. *Revista Autismo*, Atibaia – SP, 17 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.revistaautismo.com.br/noticias/pesquisa-nos-eua-indica-numero-alto-de-autistas-1-em-45>> e SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 3, p. 238-246. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

É a partir de alguns desses debates sobre a construção histórica dos diagnósticos de doenças psíquicas que estamos constantemente pensando e repensando nossos posicionamentos clínicos no INCERE sobre esta problemática.

1 A PRÁTICA DO “NÃO DIAGNÓSTICO” NO INCERE

O INCERE é uma instituição fundada no ano 2000, composta por uma equipe interdisciplinar, contando atualmente com profissionais nas áreas de psicologia, psicanálise, fonoaudiologia e terapia ocupacional. O atendimento interdisciplinar é ordenado pelo estudo da teoria psicanalítica por todos, conectando as diferentes práticas terapêuticas. O trabalho é definido sempre considerando as singularidades dos processos de subjetivação e o respeito às diferenças.

Há um discurso recorrente em nossa prática de que “não trabalhamos com diagnóstico”. Isso costuma gerar inquietação em pais que nos procuram para “saber o que meu filho tem”, ou em outros profissionais parceiros com os quais precisamos dialogar sobre casos. Afinal, como assim não trabalhar com diagnóstico?!

Estes são nossos posicionamentos básicos institucionais (CENTRO, 2016, grifos nossos):

- O atendimento interdisciplinar é ordenado pelo eixo da psicanálise e a terapêutica se dá na conexão das diferentes práticas clínicas, de modo a não fragmentar o paciente e seu tratamento em especialidades separadas;

- **Não partimos da ideia de diagnóstico para entender as dificuldades na construção da subjetividade.** Pensamos o campo da saúde mental como um campo de cuidados sem cair na ideia de classificação e normalização;
- **Pessoas com diagnóstico de transtornos mentais (autismo, psicose, síndromes...) têm subjetividade** e devem ser escutadas em sua singularidade. Nas mais diversas intervenções clínicas, deve-se levar em conta o sujeito em sua singularidade, afastando-se da perspectiva de reabilitação como adaptação a padrões reducionistas;
- Numa época em que as práticas terapêuticas estão inclinadas a responder de forma utilitária aos impasses e/ou impedimentos dos pacientes, **construímos “o fazer clínico” voltado para um agenciamento da vida com a possibilidade de dar vários sentidos a esta.**

Tais pressupostos tratam de posicionamentos clínicos e políticos fundamentais em nossa instituição. Questões que nos inquietam constantemente são: qual política, qual exercício de poder operam em nossa clínica? Entendemos que exercemos um trabalho como dispositivo clínico e po-

lítico quando tratamos da difícil tarefa da convivência com a diferença característica das singularidades subjetivas.

A teoria psicanalítica que embasa nosso trabalho afirma a importância da escuta, o reconhecimento do inconsciente e do fenômeno da transferência. A Psicanálise oferece a possibilidade de entender o funcionamento de um paciente no mundo, sua estrutura psíquica, apontando a direção de um tratamento. A ênfase na ligação do sujeito com o social é imprescindível para escutar o sintoma e encontrar nele alguma via de comunicação do sujeito. Assim, é preciso reconhecer o idioma pessoal de cada paciente, sua singularidade e favorecer a possibilidade de um sujeito inventar novas respostas para si. Nossa aposta é de abrir possibilidades de subjetivação, de novas identificações e dar espaço à criatividade. O diagnóstico na clínica psicanalítica passa pela compreensão da dinâmica intrapsíquica e contingente do sujeito. O olhar deve focar não no sintoma (em termos descritivos), mas no que ele pode estar dizendo sobre o sujeito.

Assim, a clínica surge como lugar de resistência e a questão do diagnóstico fica muito mais ligada à dimensão da ética e da estética, da política, do que de uma visão biomédica. Entendemos que dispositivos institucionais podem funcionar como produtores de assujeitamento ou como produtores de criatividade e de liberdade. Acreditamos que a patologização de modos de viver compromete nossa capacidade de inventar existências. Dessa forma, mantemos o exercício de, constantemente, colocar em questão as noções de psicopatologia e de psicodiagnóstico como possibilidades únicas de existir, numa tentativa constante de parar de reagir ao que é previamente estabelecido como verdade generalizada e passar a agir e a criar verdades singulares.

A questão ética importante a ser pensada em nossa prática é a da marca psicopatológica como única via identificatória. Rocha e Silva (2006) lembram que

[...] para alguns, é melhor aderir a um lugar identitário assegurado, mesmo que terrificante, do que lançar-se no imprevisível, no instável das infinitas possibilidades de identificação que este nosso tempo oferece (p. 111).

Trabalhamos com o sofrimento, isso é inegável. No entanto, sustentamos que nossa perspectiva é terapêutica, mas não curativa. É uma perspectiva de criar possibilidades. Quando recebemos um novo paciente em avaliação, queremos entender que tipo de sofrimento se estabeleceu na relação do sujeito com seu ambiente. Levamos em conta a observação do brincar, da comunicação, da relação com os outros, e isso diz algo da maturidade psíquica das crianças. O desenvolvimento emocional pode ter estacionado em algum momento, mas esse amadurecimento ainda é uma possibilidade. Características que colocariam uma criança no espectro autístico, por exemplo, podem ser sinais de imaturidade no desenvolvimento e não necessariamente de autismo.

Em nossa prática, muitos pacientes chegam já com um diagnóstico estabelecido. Mas o que sabemos de um sujeito quando escutamos “ele é autista”? O que isso nos diz dele? O que essa classificação nos diz de seu sofrimento singular? Em que a palavra “autismo” é útil em nossa clínica? Certamente tal termo, às vezes o primeiro a ser apresentado ao se falar de uma criança, é parte importante da história de vida

de um paciente e de sua família, mas é difícil recebermos um “autista” exatamente igual a qualquer outro. Somente essa classificação não nos diz quem aquela pessoa é, do que gosta ou não, do que brinca, com o que e como reage quando se irrita, como é sua relação com os pais e com outras pessoas etc. Precisamos saber mais do que um diagnóstico para entender sobre as construções subjetivas de qualquer paciente. A problemática das bioidentidades trata de um reducionismo do ser humano e da vida: é preciso ter um diagnóstico para ser alguém. Deixa-se de ser uma criança para ser uma entidade nosográfica.

Não podemos nos esquecer que diagnósticos também têm efeitos de subjetivação. O ato do estabelecimento do diagnóstico envolve o risco de que expressões de sofrimento sejam reduzidas a uma questão biológica e de que nomenclaturas acabem norteadando uma prática clínica (“Se o diagnóstico é esse, o tratamento é esse” – igual para todos). Concordamos com Cavalcanti e Rocha (2014) quando se preocupam ao afirmar que “um processo de subjetivação pode ser capturado, aprisionado e modelado por descrições e narrativas psicopatológicas reducionistas, que podem selar um destino precocemente” (p. 251). Diagnósticos fechados durante a infância podem funcionar quase como profecias em relação ao desenvolvimento de uma criança, que na verdade é muito aberto e incerto para quem ainda está construindo seus mecanismos psíquicos.

Diante do caráter transitório de algumas manifestações sintomáticas, Rocha (2006) aponta a precaução que devemos ter com diagnósticos, especialmente na clínica com a infância:

[...] pesquisas nos campos da neuroplasticidade e neurogênese, articuladas à estruturação psíquica, põem em xeque o caráter definitivo, ou permanente, da maioria das manifestações psicopatológicas na infância”. (p. 118).

Efeitos adversos ou iatrogênicos podem então resultar na criação de um fato onde existem apenas possibilidades. Seriam prognósticos biomédicos criando destinos, sendo tomados como sentenças e trazendo como efeito a dessubjetivação. Desconsidera-se, por exemplo, que uma criança pode ensimesmar-se (desinvestir o ambiente) por inúmeras razões. Às vezes, isso acontece por motivos entendidos como banais por um adulto (como a mudança de uma funcionária da casa, a babá). Uma criança que já não sente o ambiente como sendo consistente, confiável, pode se fechar, tornar-se antissocial, retraída, ter problemas de comunicação e comportamentos excêntricos, agitação, agressividade, mas é comum que alguns desses sinais sejam tomados como sinais de autismo. Despreza-se, dessa forma, a frequência comum de vários sintomas infantis que fazem parte do desenvolvimento: enurese, agitação, isolamentos... e o que esses sinais podem estar dizendo do sofrimento singular sentido por uma criança.

Concordamos com Rocha e Silva (2006) quando demarcam que não se trata de desconsiderar os sintomas das crianças ou de suas famílias, mas de redimensionar a importância que é dada a eles. Referimo-nos, como diria Winnicott (1953/2000), a ter uma condução emocional di-

ferente frente aos sinais de sofrimento, podendo apostar em uma reversibilidade e na provisoriedade de certos quadros, quando entendemos os sinais de que algo não vai bem ali.

Ora, então deveríamos abandonar pretensões diagnósticas que podem nortear uma intervenção precoce importante? O que sustentamos é que, para haver uma intervenção precoce, não é definitivamente necessário um diagnóstico precoce baseado em classificações psicopatológicas.

O que norteia uma intervenção clínica não é uma classificação psicopatológica, mas a compreensão do processo de subjetivação, que nos impele à escuta da história do indivíduo em relação ao seu ambiente. Uma escuta que nos revela uma subjetividade engendrada de forma única, numa conjunção absolutamente singular entre as marcas que constituem o indivíduo e os acontecimentos históricos e casuais de sua existência (CAVALCANTI; ROCHA, 2014, p. 251).

O que importa na avaliação de um caso que chega pedindo cuidados precoces é a compreensão do processo de subjetivação e do que isso diz do sujeito e de seu ambiente. Imaturidade? Inconsistência do ambiente? Como está a constituição psíquica da criança? Como é sua relação com os outros? Como está sua capacidade de brincar? Como

é sua comunicação? Como expressa suas angústias? São questões importantes a serem observadas para se estabelecer um caminho de intervenção.

Em vez de uma observação que se pretende distante, imparcial e asséptica, seguindo as normas científicas – cujos objetivos são elencar as dificuldades e os sintomas da criança e da família e circunscrevê-los numa classificação nosográfica universal – optamos por fazer justamente o contrário. Adotamos uma escuta desprovida de *a priori*s teóricos ou clínicos, imersa e impregnada pela relação transferencial, como recomenda a velha e boa psicanálise. Nossa forma de escuta tem a marca do *agir em conjunto*: brincamos, conversamos, ou tão somente estamos ali, intervindo no sentido de favorecer o surgimento do que neles existia de potencial e de possibilidades (ROCHA, 2006, p. 131).

Assim, ficamos abertos a uma concepção de diagnóstico que pode ser entendida como uma análise do jogo de forças na vida de um sujeito – forças atuais, já codificadas pelo sujeito e por sua família, estanques em uma identidade; e o que pode haver de forças virtuais, que estão em processo, não classificadas, contendo potência de vir a ser, algo ainda não hierarquizado. No processo de diagnóstico,

tentaremos perceber: Que forças estão cristalizadas? Que forças estão livres? O que favorece a paralisia e o que favorece o movimento? As forças livres podem fazer surgir algo novo, e tentamos ficar atentos a como ativar esses fluxos em nossa prática, modificando o jogo de forças em função de uma vida que se quer ter. Tentamos deixar aberta a possibilidade de inventar novas formas de vida e de convivência, num desafio constante de abrir possibilidades, já que tomamos a vida como algo indefinido, embora sempre com uma base histórica anterior. A clínica precisa trabalhar com o atual e com o virtual simultaneamente. E devemos manter em mente a importância de considerar uma pluralidade explicativa: diferença não implicando patologia.

A clínica sustentada por um projeto curativo teria como pressuposto a ideia de um modelo ótimo de vida a ser alcançado. Não estamos livres dessa armadilha imaginária, que muitas vezes comparece através da sensação de estagnação em algum caso (“tal paciente não está melhorando” – Em relação a quê? O que se esperava de tal sujeito?). Se não curamos e não reabilitamos, visando um padrão do que seria um ideal de saúde mental, nossa intervenção se dá no campo da estética e da ética: acompanhar uma existência. A clínica surge como uma aposta nas possibilidades de vir-a-ser, com ênfase no potencial, nas aptidões, nas aberturas. E é imprescindível que tal estratégia terapêutica seja construída junto com a família dos pacientes e com o meio social.

Quando afirmamos “não trabalhar com diagnóstico”, é no sentido de que esta prática, no INCERE, se dá a partir de algumas ideias: diversidade como sendo o que é uni-

versal, indissociabilidade do indivíduo e de seu contexto, transitoriedade dos quadros clínicos na infância, ênfase no potencial da criança e de seu meio, estratégia terapêutica construída juntamente com as famílias/escolas. Não trabalhamos com diagnósticos como entidades nosológicas fechadas e imutáveis que dão sentido geral a tudo na vida de um sujeito, mas entendemos sim que estes fazem parte da história de vida singular e do sofrimento dos pacientes.

O perigo de não ver esses pacientes em suas singularidades está sempre rondando e, por isso, devemos permanecer atentos. Em nossos dispositivos de análises clínicas, às vezes, nos surpreendemos ao entender que não é que um caso “não andou” ou “não melhorou”, mas apenas que ele andou diferente. Afinal, existem formas diversas e imprevisíveis de se subjetivar, de construir vidas fora dos padrões estabelecidos e conhecidos. Experimentar a capacidade criativa dos pacientes pode fazer com que vejamos elementos que nem pensávamos ser possíveis se considerássemos um diagnóstico como sentença. Permanece como questão clínica: como criar a possibilidade de uma vida boa e bela – cabendo isso nas singularidades subjetivas de cada um e não em algo tomado como essência –, acompanhando uma pessoa diferente?

REFERÊNCIAS

BANZATO, C. E. M.; PEREIRA, M. E. C. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; COSTA, J. F.; ZORZANELLI, R. (Orgs) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 35-54.

BEZERRA JÚNIOR, B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: **Ibidem**, p. 9-31.

CAVALCANTI, A. E.; ROCHA, A. M. Riscos e limites do uso do diagnóstico psiquiátrico na infância. In: **Ibidem**, p. 233-252.

DUNKER, C. L. I. A neurose como encruzilhada narrativa: psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. In: **Ibidem**, p. 69-103.

CENTRO DE REFERÊNCIA À INFÂNCIA. **Quem somos**: posicionamentos básicos. Disponível em: <www.incere.org.br>. Acesso em: 28 fev. 2016.

PAULA, C. S.; et al. Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. In: **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 41, p. 1738-1742, 2011.

PESQUISA nos EUA indica número alto de autistas: 1 em 45. **Revista Autismo**, Atibaia – SP, 17 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.revistaautismo.com.br/noticias/pesquisa-nos-eua-indica-numero-alto-de-autistas-1-em-45>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

ROCHA, A. M. O. Consultas diagnósticas: um espaço terapêutico. In: ROCHA, P. S. (Org.) **Cata-ventos**: invenções na clínica psicanalítica institucional. São Paulo: Editora Escuta, 2006, p. 115-132.

_____. A sindromização nossa de cada dia. In: CAVALCANTI, A. E.; ARAÚJO, L. R. **Navegar é preciso, clinicar não é preciso**: 30 anos de prática psicanalítica no CPPL. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

ROCHA, A. M. O.; SILVA, A. R. Em terra alheia... pisa no chão devagar. In: ROCHA, P. S. (Org.) **Cata-ventos**: invenções na clínica psicanalítica institucional. São Paulo: Editora Escuta, 2006, pp. 103-113.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3,

p. 238-246. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

WINNICOTT, D. W. Tolerância ao sintoma em pediatria: relatório de um caso. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 168-186.

_____. (1966). Autismo. In: SHEPHERD, Ray; JOHNS, Jennifer e ROBINSON, Helen T. (orgs). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PROIBIDA A DIVULGAÇÃO
REVISÃO DO AUTOR

COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA: UMA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA POSSÍVEL

Patrícia Gadelha⁷

O QUE FAZ UMA CRIANÇA NÃO FALAR?

Essa questão surgiu em meio à discussão de um caso clínico numa reunião de acompanhamento da clínica do Centro de Referência à Infância – INCERE. Tratava-se de uma criança de três anos, que não tinha questões orgânicas que justificassem a demora no aparecimento da fala. O fonoaudiólogo poderia entender essa pergunta de diversas formas: Deve haver uma questão orgânica que justifique tal ausência. Será de ordem auditiva? Será falta de estímulo? Será de origem neurológica?

Sem desconsiderar causas orgânicas e ambientais que podem estar associadas ao desenvolvimento da linguagem, para nós do INCERE, que temos uma clínica atravessada pela Psicanálise, a principal questão seria: o que de tão profundo poderia cortar ou limitar, de forma tão brutal, a comunicação de uma criança? Mas, para além dessa questão, a atuação fonoaudiológica na clínica dos transtornos graves, que muitas vezes nos põe diante de crianças e jovens que não têm linguagem oral, provoca as perguntas: até onde devemos insistir na oralidade dessa criança? Quando devemos propor o uso de outra forma de comunicação para ela?

⁷ Fonoaudióloga. Membro da equipe do Centro de Referência à Infância (INCERE).

Este artigo se destina a tratar de questões que, como essa, permeiam a clínica dos transtornos de linguagem e o uso da comunicação suplementar e alternativa pela Fonoaudiologia. Inicialmente, apresentamos o conceito e alguns sistemas da Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), para, em seguida, fazermos algumas considerações a partir de recortes da clínica da Fonoaudiologia. Tentamos aqui abrir espaço para a reflexão acerca da prática fonoaudiológica e para a construção de um novo fazer na clínica com as crianças que não falam.

1 COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA

Apontamos uma das definições mais abordadas pelos pesquisadores em CSA, adotada pelo comitê da *American Speech and Hearing Association* (ASHA):

CSA é uma área da prática clínica, de pesquisa e educacional para fonoaudiólogos, que visa compensar e facilitar, temporária ou permanentemente, padrões de prejuízo e inabilidade de indivíduos com severas desordens expressivas e/ou desordens na compreensão de linguagem. A CSA pode ser necessária para indivíduos que demonstrem prejuízos nos modos de comunicação gestual, oral e/ou escrita (ASHA, 1991 *apud* PANNHAN, 2006, p. 104).

A CSA conta com vários sistemas de comunicação gráfico-visuais, formados por símbolos pictográficos e ideográficos, levando em consideração a maior ou menor aproximação da imagem gráfica com a imagem real. Apresentamos, a seguir, os sistemas de comunicação mais utilizados no Brasil: *Blissymbols* (BLISS), *Pictogram Ideogram Communication* (PIC) e *Picture Communication Symbols* (PCS).

O sistema BLISS ou *Blissymbols* foi criado por Charles Bliss, na Austrália, com o objetivo de se tornar uma espécie de língua gráfica universal, capaz de romper barreiras da língua e acabar com o desentendimento entre os povos. Embora não tenha tido êxito em seu objetivo inicial, foi recuperado pelos canadenses nos anos 70, passando a ser utilizado no campo da reabilitação de pacientes com paralisia cerebral e outros distúrbios neuromotores que tinham dificuldades severas na fala.

Historicamente, destacado como o primeiro sistema gráfico utilizado como instrumento de comunicação no campo da educação especial e da reabilitação, o sistema BLISS é bastante lógico e se apoia em elementos gráficos, baseados em ideogramas da escrita chinesa que, recombina- dos, criam novos significados. Os símbolos obedecem a uma ordem sintática nas pranchas de comunicação em que cada grupo sintático possui uma cor específica: pessoas em amarelo, verbos em verde, substantivos em laranja, adjetivos e advérbios em azul, em rosa expressões faciais e pequenas orações e, na cor branca, letras e números, dentre outros.

O PIC - *Pictogram Ideogram Communication* foi criado no Canadá, inicialmente com o objetivo de reduzir as dificuldades de discriminação e percepção visual de figura fun-

do. Daí, as imagens em silhuetas brancas com fundo preto. Já o PCS - *Picture Communication Symbols* foi criado nos EUA com a mesma disposição das cores e divisão sintática do sistema BLISS. É o mais utilizado no Brasil atualmente.



Figura 1 – prancha de comunicação de paciente com PCS.



Figura 2 – prancha de comunicação de paciente com PCS

Panhan (2006) propõe uma nova definição da CSA como:

[...] um conjunto de instrumentos que permitem a “fala” não-orallizada, a “fala” dita no “apontar” dos sinais gráficos. A CSA reúne material gráfico, entre eles, conjunto de sinais gráficos (PCS, BLISS, PIC etc.), desenhos, fotos, palavra escrita, alfabeto e ainda compreende uma série de estratégias na elaboração e acesso aos sinais gráficos dispostos em pranchas de comunicação (p. 105).

Concordamos com a autora quando considera a linguagem como objeto da ação clínica/terapêutica, sendo esta clínica sustentada por um método clínico interpretativo/discursivo que coloca os sinais gráficos da CSA como significantes a serem interpretados no funcionamento do discurso. Acrescentamos aqui a necessidade de se considerar a singularidade do sujeito psíquico, para além das questões orgânicas que este possa apresentar.

1.1 A CLÍNICA DA LINGUAGEM, PARA ALÉM DO ORGÂNICO

A CSA é comumente indicada para pessoas com transtornos orgânicos graves, como paralisia cerebral, afasia, lesão encefálica, dentre outros. Mas, ultimamente, ela tem sido muito indicada para casos de autismo e atrasos de aquisição da linguagem, em que não se tem uma definição do componente orgânico do transtorno.

Se retomarmos a questão inicial “O que faz uma criança não falar?”, parece-nos claro que não são unicamente as questões orgânicas que estão implicadas nos atos de fala, pois eles dizem respeito não só a uma mecânica dos órgãos fonoarticulatórios, mas, principalmente, a uma posição subjetiva que se ocupa na vida e na relação com o outro. Dessa forma, entendemos que para “cuidar” dos transtornos de linguagem é preciso mais do que uma análise das condições orgânicas para a fala.

Na clínica dos transtornos graves, costumeiramente, toma-se a descrição dos sujeitos pela impossibilidade, pela falta, que, na Fonoaudiologia, relaciona-se à linguagem verbal. Temos o posicionamento teórico de que “o falar” pode concretizar-se não só pela oralidade, mas também pela sua ausência ou corporalidade. Para Souza (1999 *apud* NEISSER, 2003),

[...] o corpo mostra-se também como eixo da clínica fonoaudiológica, não apenas porque pode ser suporte de signos, mas porque é máquina produtora, emissora e incorporadora de signos, tanto sensíveis quanto simbólicos, biológicos, lingüísticos, inconscientes etc. Significa que o fonoaudiólogo, ao agir clinicamente sobre o corpo, necessita espreitar e intervir em seus movimentos, em suas dinâmicas e nos modos como afeta, é afetado e reage ao encontro com outros corpos (físicos e simbólicos) (p. 49).

Tomando este encontro de corpos que são afetados, pensamos no *setting* terapêutico da Fonoaudiologia como um espaço que possa ser possibilitador de experiências de alteridade e de novas formas de dizer de si e se experimentar no mundo. Para o fonoaudiólogo, o espaço da terapia também se constitui como um lugar de se experimentar como terapeuta que está diante de um momento singular em que é preciso estar sempre reinventando sua forma de fazer a clínica, afetado pelo que ali se apresenta para ele. Concordamos com Carielo (2000) quando diz que “o terapeuta não fica diante do dizer do paciente, mas ele é interrogado, submetido a esse dizer” (p. 75).

1.2 A CLÍNICA DA FONOAUDIOLOGIA E A CSA

Partindo do que foi dito acima, torna-se interessante pensarmos, para a clínica fonoaudiológica, em um trabalho terapêutico em que o “falante ideal” oralizado não seja tomado como referência. Isto porque o que se busca é o bem-estar do cliente e não um ideal de fala para ele.

Na clínica do INCERE, lidamos com crianças com grandes dificuldades de estabelecer e sustentar uma relação dual, assim como dificuldades extremas de comunicação pela fala, utilizando, muitas vezes, formas outras, tais como: gestos, gritos e choro. Essas formas de comunicação, na maioria das vezes, não são reconhecidas pelos familiares e por muitos fonoaudiólogos, como linguagem, pela qual se deseja expressar algo.

Assim como os pais, os profissionais que deveriam valorizar a relação e as formas mais diversas de comunicação, por tratar-se de crianças com dificuldades sérias de

estabelecer relações, acreditam que naquele grito ou som estranho não existe intenção de se colocar e expressar algo que se sente ou deseja. Chega-se praticamente a supor que ali não existe um sujeito que vive e sente coisas como qualquer um dito “normal”. Parece que, pelo fato de não falar, aquele ser perde o estatuto de sujeito, que tem desejos, alegrias, saudades de alguém que se foi e outros inúmeros sentimentos que experimentamos ao longo das nossas vidas. Dessa perspectiva, torna-se difícil ver que os pulinhos que uma criança dá são sinais de que está feliz e não um mero sintoma do autismo.

Se tomarmos o paciente como alguém que tem sua singularidade e que por algum motivo apresenta uma barreira, seja ela orgânica ou psíquica, para a produção oral, a nossa condução clínica deverá partir do pressuposto de que o seu desejo é imperativo e de que há aquisição de linguagem sim, embora não haja produção articulatória oral sonora. Nessa perspectiva, a construção da prancha de comunicação é feita em conjunto com o paciente e a sua família, no decorrer dos atendimentos. Trata-se de uma construção singular que respeita os interesses e necessidades de cada paciente.

Vasconcellos in Panhan (2006) nos coloca que

A decisão por um ou outro símbolo gráfico decorre de sua articulação a um texto que acontece na situação terapêutica, ou então ele é introduzido a partir de um texto familiar ou escolar, que funciona como disparador do que

será movimentado no espaço clínico. Neste caso, não há propriamente eleição prévia e ou aleatória de um conjunto de símbolos (p. 109).

1.3 RECORTES CLÍNICOS

1. A mãe de um adolescente diz estar emocionada, pois, pela primeira vez, tem a sensação de ouvir o filho falar, quando ele aponta para a gravura “não gosto desse programa” em sua prancha de comunicação, ao assistir na TV um programa escolhido por ela.
2. Numa sessão, um menino de dez anos, ao ser questionado sobre o que tomou no café da manhã, responde apontando para a gravura do leite. Como não encontra a gravura do chocolate em pó, aponta para o símbolo da barra de chocolate.
3. Um rapaz se nega a usar a sua prancha de comunicação, dizendo, através de gestos, que prefere se comunicar dessa forma e não daquela. Quando informado pelas terapeutas de que o uso dos gestos limitaria a comunicação de seus desejos no mundo, ele diz que prefere os gestos, mesmo assim.

Analisando os três recortes descritos acima, podemos pensar sobre algumas questões que a clínica da linguagem e o uso da CSA nos impõem. O primeiro texto nos mostra uma situação comum de uma mãe e um filho diante da

ação de escolher um canal de TV para assistir a um programa. O mais importante sobre essa cena é o fato de a mãe relatar sua emoção na experiência inaugural de “ouvir” o filho já adolescente lhe dizer que não gostava do programa que ela havia escolhido para ele.

É muito comum o fato de, não só a família, mas também nós, terapeutas, acharmos que o paciente não falar/oralizar está diretamente relacionado ao não poder dizer. Assim, comumente, colocamo-nos na posição de falarmos e, conseqüentemente, decidirmos por eles. Chegamos ao ponto de falar deles como se eles não estivessem ali presentes. Fazemos isso sem nos darmos conta do nível de dessubjetivação em que os colocamos.

Falando da família, não poderíamos deixar de expor as desilusões sofridas por ela quando o filho não corresponde à expectativa dos pais no que diz respeito à fala. Há um grande investimento familiar quando trazem um filho pequeno que ainda não fala, para uma terapia fonoaudiológica. É comum ouvirmos a seguinte fala: “Doutora, ele só falta falar. Quando você acha que ele vai falar?”.

Como fonoaudiólogos, somos tentados a atender a essa demanda dos pais e isso pode nos levar ao fracasso do processo terapêutico. É certo que são inúmeras e complexas as questões envolvidas no ato de “não falar”. Reconhecendo a complexidade e singularidade do sujeito, jamais poderemos responder a essa pergunta.

O segundo recorte se trata de uma situação vivida no *setting* da Fonoaudiologia em que terapeuta e paciente conversavam sobre o que haviam comido no café da manhã. O que nos mostra esse diálogo é a riqueza de possibilidades

que o uso da prancha de comunicação pode oferecer ao paciente. Ao apontar a barra de chocolate para significar o achocolatado, o paciente nos mostra a sua posição autor/interlocutor no discurso. Além disso, podemos verificar o deslocamento semântico do sinal gráfico CHOCOLATE EM BARRA para o ACHOCOLATADO EM PÓ, o que nos mostra a possibilidade de criação de inúmeros sentidos a partir dos sinais presentes na prancha.

O terceiro recorte se dá numa conversa entre um paciente adulto e duas terapeutas (fonoaudióloga e terapeuta ocupacional) num atendimento de grupo. Nesse atendimento, era comum que cada componente do grupo se colocasse nas decisões e esse rapaz, embora tivesse uma prancha de comunicação em casa, negava-se a usá-la, fazendo suas escolhas a partir das nossas proposições. Ele usava sempre gestos indicando as suas preferências.

O mais significativo dessa cena é que aqui se põe um limite de até onde pode ir a ação clínica do fonoaudiólogo. Ao dizer da sua escolha de não usar a prancha, o rapaz nos faz compreender que a nossa atuação, como terapeutas, deve partir do interesse do paciente e não de uma sobreposição de nossas ambições ou das demandas da família sobre as do paciente. Devemos nos perguntar: a serviço de quem está a prancha de comunicação?

Isso não quer dizer que devemos ignorar a demanda familiar. Ao contrário, é necessário que estejamos muito atentos a ela e que lhe demos todo cuidado. Muitas vezes, existe um pensamento, por parte da família e de terapeutas em geral, de que o uso da prancha de comunicação acabaria com todas as possibilidades da criança vir a usar a lingua-

gem oral. No senso comum, é como se, ao usar os sinais gráficos, a criança se acomodasse em relação à fala.

Ressaltamos aqui que o ato de se comunicar e ser compreendido, a partir do uso da prancha de comunicação, leva o paciente a partilhar de uma relação discursiva como sujeito do seu discurso. Isso faz com que ele se experimente numa posição onde dificilmente haverá um retrocesso para a posição passiva de ouvinte.

Retomamos a colocação de Panhan (2006): “A CSA surge como uma técnica clínica que permite ‘materializar a fala’ de um sujeito singular que encontra-se ‘aprisionado’ pela interdição da produção articulatória oral” (p. 105). Podemos levantar a seguinte questão: quem está aprisionado na oralidade? O paciente? A família? Nós, terapeutas?

2 UMA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA POSSÍVEL

Podemos concluir, portanto, que:

1. As potencialidades de uma clínica fonoaudiológica são imensas, desde que se proponha a ser um espaço de invenção e de possibilidades de novas formas de expressão, onde os gestos, os sons, as pranchas de comunicação sejam tidas como invenções singulares e inéditas.
2. Para nós fonoaudiólogos, fica o desafio de tentar intermediar a relação entre nossos pacientes e o mundo, reconhecendo suas dificuldades, mas também suas potências de comunicação outras, que lhes permitam ser sujeitos de seu fazer e dizer.

3. Temos que aceitar que estar na clínica sob essa perspectiva não nos traz quietude, nem certezas e sim muita insegurança e dúvidas sobre o nosso fazer terapêutico, embora tenhamos como certo que é preciso sempre reconhecer no outro um sujeito do seu discurso.
4. A clínica da Fonoaudiologia precisa considerar o que não está previsto nos métodos e técnicas, nas classificações diagnósticas e na marca do orgânico.
5. E precisa escutar a *fala* para além da fala.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. R. **Concepções teóricas e práticas clínicas fonoaudiológicas**: o discurso do fonoaudiólogo. São Paulo: Pan-cast, 2000.

BRANDÃO, H.N. **Introdução à análise do discurso**. 2. ed. rev. São Paulo: UNICAMP, 2004.

CUNHA, M. C. **Fonoaudiologia e Psicanálise**: A fronteira como território. São Paulo: Plexus, 1997.

FREIRE, R. Análise da afasia sob uma perspectiva discursiva. In: PASSOS, M.C. – **Fonoaudiologia: recriando seus sentidos - interfaces**. São Paulo: Plexus, 1996.

GILL, N. B. **Comunicação através de símbolos**: abordagem clínica baseada em diversos estudos - Temas sobre desenvolvimento, v. 6, n. 34, p. 34-43, 1997.

LIER-DE VITTO, M. F. (Org). **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem**. São Paulo: Cortez, 1994.

NEISSER, V. L. G. **Relação corpo-linguagem**: estudo de caso na clínica fonoaudiológica. 2003. 151 f. Dissertação (mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

PANHAN, H. Comunicação suplementar e alternativa: Interlocução com a clínica fonoaudiológica. In: PASTORELLO, L.; ROCHA, A.C. (Org). **Fonoaudiologia e linguagem oral**: Os práticos do diálogo. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 103-116.

REILY, L. **Escola inclusiva**: linguagem e mediação. São Paulo: Papyrus, 2004.

TASSINARI, M. I. **Objetividade e subjetividade nos processos terapêuticos fonoaudiológicos**. Distúrbios da Comunicação, v. 12, n. 1, p. 75-89, 2000.

O QUE PERMITE A PSICANÁLISE NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A REALIDADE PSÍQUICA

Emilie Fonteles Boesmans⁸

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é um recorte de uma pesquisa de mestrado realizada na Universidade Federal do Ceará entre 2014 e 2015, intitulada **O acolhimento institucional: o paradoxo entre o interesse da criança e a aplicação da lei à luz da Psicanálise**. Esta pesquisa teve como principal objetivo questionar a decisão sobre a aplicação da medida protetiva de acolhimento, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, tensionando realidade psíquica e realidade objetiva a partir de uma leitura psicanalítica.

Teceremos a discussão teórica que sustentou a referida pesquisa, estando ela dividida em dois momentos. O primeiro diz respeito ao modo como a noção de desenvol-

8 Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Acolhimento Institucional e Familiar pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora universitária. Extensionista no Programa Clínica, Estética e Política do Cuidado. Conselheira do IX plenário do CRP- 11. Tem experiência na área clínica e na assistência social. Estuda direitos humanos, acolhimento institucional, psicanálise e saúde mental infantil.

vimento foi tomada historicamente como um paradigma normativo que serviu para o controle da criança e da família, principalmente as pobres. Para tanto, apoiamos-nos na obra de Michel Foucault, **O poder psiquiátrico** (FOUCAULT, 2006).

Em seguida, apresentaremos o conceito de realidade em Psicanálise, traçando suas implicações para a distinção entre desenvolvimento e constituição psíquica. Sustentando-nos nessa distinção, apresentaremos uma saída permitida pela Psicanálise, a partir da delimitação de furo no saber estabelecido que sustenta a medida de acolhimento, que é um normativo. Ao longo do texto, apresentaremos as devidas articulações entre as discussões teóricas delineadas e o contexto do acolhimento institucional da cidade de Fortaleza.

2 O PODER PSIQUIÁTRICO

A tese que Foucault apresenta no livro **O poder psiquiátrico** (FOUCAULT, 2006) é de que a disseminação do poder psiquiátrico se deu por meio da psiquiatrização da infância, mais precisamente a partir da delimitação teórica de uma diferença entre os quadros de idiotia e retardo e o de loucura e, em termos práticos, de uma institucionalização da criança retardada nos espaços destinados ao louco. Até o início do século XIX, a criança retardada era tida como louca. O louco era aquele que era dominado pelo furor, agitação, um “a mais”, ou aquele dominado pela inércia, abatimento, o “a menos”. O idiota, o imbecil ou o retardado eram o louco que apresentava o “a menos”.

Sob o paradigma do delírio, o louco era aquele que tinha uma crença falsa, sem correlativo real. A idiotia ou a imbecilidade eram o erro do delírio, tão generalizado que tornava o sujeito obnubilado, sob um estado de estupor ou abolição das funções intelectuais ou afetivas.

Para Foucault (2006) Esquirol, no século XIX, trata de separar os dois estados, apontando que a idiotia se dava em relação ao desenvolvimento do sujeito. Para o autor, o desenvolvimento era tido como binário, uma faculdade, um atributo: ou há desenvolvimento ou não há. O estabelecimento de uma conceituação de desenvolvimento permite traçar uma linha entre aquilo que se define como doença e algo que é da ordem da enfermidade, da monstruosidade, da não-doença, da anomalia.

A criança que primeiro veio ocupar o asilo, o hospício, foi a criança retardada, aquela que se fez questão de dizer que não era louca, que não lhe afetava uma doença, mas uma anomalia.

Em 1840, Seguin refina a definição de desenvolvimento: não se tratava mais de concebê-lo como um atributo do humano, mas um processo que “[...] afeta a vida orgânica e a vida psicológica, é uma dimensão ao longo da qual são repartidas as organizações neurológicas ou psicológicas, as funções, os comportamentos, as aquisições” (FOUCAULT, 2006, p. 263). O desenvolvimento passa a ser tomado em sua dimensão temporal.

Seguin vai fazer ainda a distinção entre idiota e retardado. O primeiro apresenta uma interrupção nos desenvolvimentos fisiológico e psicológico. O segundo apresenta

um desenvolvimento lento, que, a cada dia, torna-se mais evidente. Essa distinção entre retardo e idiotia toma o desenvolvimento em sua dimensão temporal e em relação a uma dupla normatividade: a do adulto como estágio final, real e ideal, a ser alcançado, o ponto de chegada; a da criança, como aquela que determina o ritmo médio do desenvolvimento normal.

Segundo Foucault (2006), ao retardado e ao idiota estaria destinada uma dimensão terapêutica, ou seja, de cuidado, que se caracteriza idealmente por ser da ordem daquelas dispensadas à criança normal: impor-lhe educação. A instituição que vai tomar para si a educação dos idiotas é o asilo.

Como já adiantamos acima, a distinção entre a criança louca e retardada ou idiota permite a delimitação do campo da anomalia. A criança retardada é anormal, pois o que se libera nela não é um sintoma (como na loucura), correlato da doença, mas o instinto (FOUCAULT, 2006).

É apoiada na categoria de anomalia que a Medicina fará a difusão do poder psiquiátrico, precisamente porque permite gerir uma série de “anomalias” que não são a loucura, mas que se apresentam como se fossem. A categoria do alienado será aquela que comportará, então, tanto o louco quanto o anormal, o idiota.

Contraditoriamente, após ter sido isolada a idiotia da loucura, as crianças idiotas foram levadas aos hospitais: alas foram abertas para o tratamento dessas crianças, tratamento este que em tudo se assemelhava àquele dado ao louco: no corpo a corpo entre o psiquiatra e o idiota ou o louco (FOUCAULT, 2006).

O psiquiatra torna-se o mestre absoluto da criança, é aquele que exerce autoridade, “mestre da criança, mestre da família em suas relações com a criança” (FOUCAULT, 2006). Vemos aparecer, no cenário do tratamento, o controle dos corpos.

O que justificava, então, a internação das crianças idiotas, embora isso fosse de encontro às formulações teóricas? A justificativa era simples: a criança retardada era levada aos hospícios para liberar os pais de carregá-las como um fardo. O custo social para manutenção da criança retardada ou idiota, com os pais, era alto, pois inviabilizava que estes pudessem trabalhar. A criança institucionalizada permitia aos pais que trabalhassem, ao passo que os custos à sua institucionalização eram menores. “Enquanto em casa o cuidado de uma criança idiota consome o tempo e energia de uma pessoa, a proporção das pessoas empregadas nos asilos é de uma para cinco crianças idiotas” (FOUCAULT, 2006, p. 270). Cabe ressaltar que todos os institutos destinados ao idiota eram destinados àqueles provenientes de famílias pobres, donde em 1853, passou-se a “aplicar igualmente a lei de internamento e da assistência aos internados às crianças idiotas e pobres” (FOUCAULT, 2006, p. 270), levando a criança idiota aos asilos.

Por fim, Foucault relata a resistência em internar o retardado, mesmo com a permissão do governo. Isso se dava porque a manutenção do idiota no asilo era paga pela comunidade de origem da criança, de modo que, para decidir bancar esse custo, era preciso que a criança representasse perigo para si ou para os outros. As crianças idiotas eram perigosas. Para ser alvo da assistência, era preciso que a criança

fosse alvo de proteção: protegia-se a ela e ao outro por aquilo que ela provocava no outro. Mesmo sendo vítima, por exemplo, de um estupro, ela era tida como perigosa, pois levava os homens à tentação, por isso, era preciso interná-la.

Era preciso, então, cuidar das crianças que se faziam “[...] notar por um caráter difícil, uma dissimulação profunda, um amor-próprio desordenado, um orgulho incomensurável, paixões ardentes e inclinações terríveis” (FOUCAULT, 2006, p. 279). Ou seja: todos que poderiam fugir à norma, estigmatizados.

Era preciso confinar “as crianças mais ou menos débeis do ponto de vista intelectual, mas que sofrem de perversões dos instintos: ladrões, mentirosos, onanistas, pederastas, incendiários, destruidores, homicidas, envenenadores, [sic] etc.” (FOUCAULT, 2006, p. 280). Todas essas crianças não eram concebidas como loucas, mas como anormais. Os problemas práticos suscitados pela criança idiota vão permitir que a Psiquiatria torne-se não o poder que controla e corrige a loucura, mas o poder sobre o anormal, passando a defini-lo, controlá-lo e corrigi-lo.

A Psiquiatria vai, então, se ligar ao controle disciplinar: tudo o que é anormal em relação à disciplina escolar, militar, familiar, todos os desvios e anomalias serão reivindicados pela Psiquiatria como pertencentes ao âmbito de seu saber e tratamento. Daí a difusão de seu poder.

2.1 PODER PSIQUIÁTRICO E ACOLHIMENTO

O acolhimento, institucional ou familiar, está na interface entre o Judiciário e a Assistência Social. Está no campo

do primeiro por ser o juiz aquele que decide pelo acolhimento, como medida excepcional e provisória, visando preservar, proteger e promover o desenvolvimento da criança (BRASIL, 1990). Por sua vez, situa-se no campo da Assistência porque o serviço de acolhimento integra a Proteção Social Especial de Alta Complexidade, sendo destinado a indivíduos vítimas de violações de direito e em situação de ruptura ou fragilidade de vínculos familiares. Sob a perspectiva da Assistência, compreende-se que a família dessa criança ou adolescente está incapacitada de exercer suas funções protetivas ao desenvolvimento saudável do mesmo.

Um dos princípios centrais que sustentam a aplicação da referida medida é o fato de crianças e adolescentes encontrarem-se em condição especial de desenvolvimento, e, decorrente disto, entende-se a necessidade de resguardar a criança de situações que poderiam trazer risco ao seu desenvolvimento. A criança é então acolhida para ter seu desenvolvimento físico, psíquico, cognitivo e afetivo, preservado e promovido. Em termos técnicos, é por meio da delimitação desse conceito de desenvolvimento que se faz o acolhimento da criança ou do adolescente.

Disso decorre que: acolher para proteger o desenvolvimento integral é considerar a família incapaz de atender e promover o desenvolvimento “normal” da criança, tendo como duplo padrão de normatividade ao qual nos referimos no tópico passado; a criança passa a ter, como “substituto” paterno/materno, um mestre, aquele a quem deve obediência em seu acolhimento, aquele que sabe como cuidar dela, trabalhadores sociais, médicos, psicólogos etc, ou seja, todo um corpo de especialistas.

Embora a justificativa seja a da proteção ao desenvolvimento integral, o acolhimento é uma vivência que, em consenso (RIZZINI; PILOTTI, 2011; CUNEO, 2007), não é a ideal. Por si só, mesmo seguindo todas as orientações preconizadas nos documentos normativos, pode representar para a criança mais sofrimento que proteção, deixando graves sequelas psicossociais, afetivas, cognitivas, exatamente porque o que é considerado por aqueles que podem decidir o acolhimento (juiz ou conselheiro tutelar), no momento do acolhimento, se sustentam no critério normativo do desenvolvimento e preterindo, muitas vezes, aquilo que circunscreve a vivência pessoal da criança com a família (BOESMANS, 2015).

3 O QUE PERMITE A PSICANÁLISE NO ACOLHIMENTO?

Tendo exposto a discussão inicial sobre a que respondeu historicamente o conceito de desenvolvimento e como ele serviu para o exercício de poder sobre aqueles que fugiam de uma norma e, tecendo a crítica ao modelo de institucionalização vigente, pautado no controle normativo, apresentamos aquilo que a Psicanálise permite deslocar nestes espaços institucionais.

A introdução da Psicanálise nesta discussão se apoia no questionamento acerca das aproximações e distanciamentos entre as noções de desenvolvimento e constituição psíquica, que traz para o debate o conceito de realidade em Psicanálise.

Quando se compreende o acolhimento como proteção ao desenvolvimento, toma-se como parâmetro a realidade objetiva e material. Mesmo quando se inclui a consideração sobre os aspectos afetivos, do vínculo entre a criança e a família, ou psicológicos, a dimensão da realidade psíquica, ou seja, a interpretação, está sempre excluída. Desta maneira, fica mais claro compreender porque o acolhimento pode garantir proteção ao desenvolvimento, mas não pode dar garantias no que concerne a uma constituição psíquica.

Passamos agora a discorrer sobre as bases teóricas da Psicanálise que nos permitiram essas articulações.

3.1 A DISCUSSÃO SOBRE A REALIDADE EM PSICANÁLISE

É certo que a ausência de condições materiais tem repercussões para o desenvolvimento da criança, é fator de estresse, implica uma condição de desassistência. Porém, do ponto de vista psíquico, não é pertinente tomar como paradigma exclusivamente a realidade objetiva, material.

Se recuperarmos a teoria da formação do aparelho psíquico em Freud, veremos, já no texto a **Interpretação dos Sonhos** (FREUD, 1900/2013), a concepção de que realidade material é substrato para aquilo que é inscrito no psiquismo como traço mnêmico. Porém, podemos perceber, na mesma medida, o quanto, para o aparelho psíquico, a realidade externa e a fantasia se equivalem. O aparelho psíquico não reconhece diferença entre um traço na realidade e um traço mnêmico reinvestido, sendo o papel do princípio de realidade, de distinção entre os dois traços,

lembra-nos Lacan, um fracasso desde o princípio (LACAN, 1959-1960/2008).

A primeira teoria de Freud acerca das neuroses apontava para a existência de uma cena real traumática, uma cena de sedução. Porém, é muito cedo, no escopo de sua teorização, o abandono desta teoria. Não por completo, é verdade⁹, entendendo, já em 1897, que “[...] no inconsciente não há indicações da realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a ficção que é investida com o afeto” (FREUD, 1897/1996, p. 310). Mesmo na clínica, o analista tem dificuldade de distinguir entre realidade e fantasia do paciente, pois, para o sujeito, a fantasia é sua realidade, fantasia esta sempre tornada consciente sob a forma de alucinação. Desta feita, fica claro que “[...] a realidade psíquica é a realidade decisiva” (FREUD 1916-1917/1996, p. 370).

Em seu texto **Projeto para uma Psicologia científica** (1950[1895]/1996), Freud apresenta a concepção de que o mundo externo é formado por quantidades, advindas de massas em movimento, que atingem o aparelho psíquico, cabendo a ele qualificar essas massas em movimento que compõem o mundo externo. Cabe ao aparelho psíquico a interpretação do mundo externo.

Por sua vez, o aparelho psíquico é composto por traços mnêmicos que são inscritos pela experiência de satisfação (FREUD, 1900/2013). Os traços são reinvestidos quando reaparece a urgência que apoiou a experiência de satisfação, levando à alucinação, que **é idêntica à percepção e permite a baixa momentânea das excitações**. Para Freud, esse

9 Apesar de ter abandonado essa teoria como causadora da neurose, a sedução se apresenta para o sujeito no investimento do corpo do bebê pela mãe, na erotização ou libidinização de seu corpo.

reinvestimento alucinatório corresponde ao modo de funcionamento primário do aparelho psíquico, respondendo ao princípio do prazer¹⁰. O princípio de realidade, aquele que detém o investimento da imagem alucinatória, só se apresenta em um segundo momento, pois o reinvestimento alucinatório do traço mnêmico levaria o sujeito à morte.

O princípio de realidade pressupõe a possibilidade do pensamento, como uma interposição de algo entre a percepção e a ação (ou fantasia). Isso que se interpõem é a dimensão simbólica, ou da palavra, como qualifica Freud no Projeto de 1895 (FREUD, 1950[1895]/1996).

Lacan relembra também, em seu seminário **A ética da Psicanálise** (LACAN, 1959/1960), que o objetivo do teste de realidade, correlato ao princípio de realidade, não é o de reencontrar na percepção um objeto que corresponda ao representado, o traço mnêmico, mas é o de convencer-se que ele está presente (o traço), de reencontrá-lo. Vale lembrar que, no Inconsciente, tudo está submetido ao princípio do prazer, e não ao pensamento: **não há teste de realidade para aquilo que é inconsciente.**

Quando Lacan retoma a dimensão da busca do reencontro do objeto representado, ele chama atenção para uma avaliação retroativa que permite entender que a percepção, por sua vez, não é passiva. A construção do mundo é subjetiva, pois a percepção é subjetivamente orientada e se sustenta nos traços mnêmicos, na memória. Estes, por sua

¹⁰ Freud irá repensar esse modo de funcionamento do aparelho psíquico em **Além do princípio de prazer** (FREUD, 1920/1996), a partir de suas experiências no tratamento dos lesionados de guerra, fazendo com que ele se deparasse com um modo de funcionamento ainda anterior ao princípio de prazer que levaria o sujeito ao nirvana, ao retorno ao inanimado, à morte.

vez, não são fiéis à realidade, pois perdem algo no processo de inscrição, embora sejamos obrigados a acreditar neles, mesmo não tendo garantias de sua fidelidade com o acontecimento real.

O aparelho sensorial perceptivo funciona como um crivo, como nos diz Freud no **Projeto para uma Psicologia científica** (FREUD, 1950/1996). Esse aparelho, segundo Lacan, “tria, criva de tal maneira que a realidade só é entrevista pelo homem, pelo menos no estado natural, espontâneo, de uma forma profundamente escolhida. O homem lida com peças escolhidas da realidade” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 62). É uma subjetivação do mundo exterior. Algo externo somente passa a ser retroativamente percebido na medida em que, no circuito sensação-motricidade, algo interessa ao sistema ψ .

É nesse sentido que Lacan (1959-1960/2008) questiona sobre a realidade da qual nos fala Freud, quando apresenta o princípio de realidade: é a social, que se apresenta em nosso cotidiano? É a realidade admitida nos costumes? A realidade da ciência? Ou, por fim, a realidade psíquica? É desta realidade que Freud trata, nos diz Lacan: “A experiência de Freud instaura-se a partir da busca da realidade que há em alguma parte dentro dele mesmo, e é isso que constitui a originalidade de seu ponto de partida” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 37).

A realidade para o sujeito, além de ser internamente orientada, subjetivamente percebida, crivada pelo aparelho sensorial, ainda só é apreensível por traços, por inscrições, pela linguagem. Esta já aparece no texto freudiano de 1895 como o que permite articular uma moção de desejo. A impressão do mundo exterior, como original, está fora do

campo da experiência notável, lembra-nos Lacan sobre a Carta 52 de Freud a Fliess: é preciso que haja uma inscrição, que permitirá ao sujeito apreender a realidade. Essa inscrição se apresenta como signo da experiência (LACAN, 1959-1960/2008, p. 66):

[...] é na medida em que a estrutura significante interpõe-se entre a percepção e a consciência que o inconsciente intervém, que o princípio do prazer intervém, não mais enquanto *Gleichbesetzung*, função da manutenção de um certo investimento, mas na medida em que ele concerne as *Bahnungen*. A estrutura da experiência acumulada reside aí e permanece aí inscrita.

Ou seja, o que chega à consciência é a percepção do discurso organizado pela *wortvorstellungen*¹¹, e que se articula sobre os processos do pensamento, que são inconscientes. É precisamente a possibilidade de simbolizar que permite o teste de realidade, como o que sustenta o intervalo entre a excitação e a descarga motora (LACAN, 1971/2009).

Freud (1900/2013) aponta toda a delicadeza implicada na diferenciação entre o real e o psíquico, pois admite que a fantasia é sempre tornada consciente por meio de alucinação¹², tomando caráter de realidade. A alucinação está pri-

11 Significa em português, na teoria psicanalítica, representações-palavras.

12 Basta lembrar o texto **Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais** (FREUD, 1919/1996), onde Freud nos apresenta que o segundo tempo da fantasia só se apresenta ao sujeito como construção, como alucinação, nunca como memória.

mariamente ligada aos traços inscritos e reinvestidos que outrora tiveram existência real. Desta feita, podemos nos perguntar, então, como diferenciar fantasias de memórias?

Freud nos apresenta como resposta o fato de que não podemos julgá-las (as memórias) a partir de critérios da realidade material, pois “Não se cabe reconhecer realidade aos desejos inconscientes [...]” (FREUD, 1900/2013, p. 647) e complementa: “[...] deve-se dizer que a realidade psíquica é uma forma especial de existência que não deve ser confundida com a realidade material” (FREUD, 1900/2013, p. 648, grifo do autor).

3.2 DESENVOLVIMENTO E CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA

Diante da exposição acerca da realidade psíquica e da realidade objetiva, fica claro que a primeira é irreduzível à segunda. Aquilo que possibilita a existência da fantasia, a formação do aparelho psíquico e a realidade psíquica é a existência de um Outro, ou, para usar termos freudianos, podemos pensar na ideia do próximo, presente no **Projeto para uma Psicologia Científica** (FREUD, 1950[1895]/1996), que surge como o que primeiro auxilia o bebê em seu desamparo.

A diferença entre o desenvolvimento e a constituição psíquica, parece-nos, repousa sobre a distinção entre Outro e ambiente¹³, enquanto o que há de comum entre aqueles é a dimensão da temporalidade.

13 Trataremos ambiente em sua acepção cotidiana. Embora a Psicanálise de orientação winnicottiana teça considerações importantes sobre o ambiente, não pretendemos debater no presente artigo sua delimitação conceitual.

É no campo das teorias evolutivas, ou seja, as que tratam do desenvolvimento do ser humano, que a Psicanálise é, comum e erroneamente, incluída (talvez pela ideia das fases da libido, fixação e regressão). As teorias evolutivas têm interesse naquilo que é universal da experiência, naquilo que o biológico e o cultural determinam a evolução (COLL, MARCHESI E PALÁCIOS, 2004).

A Psicanálise rompe com essa proposta, ao elencar, como central de sua teoria, a fantasia e a realidade psíquica, que não equivalem ao biológico e ao cultural como universais. A constituição psíquica nada tem de universal: ela se dá sob a forma de romance familiar, sempre único (1909/1996). Não é possível garanti-la pela manipulação da realidade externa, ou pelo controle das condições familiares, pois o Outro não existe na realidade objetiva.

A constituição psíquica nada tem de objetiva, real, palpável, e se configura como um jogo de suposições; nunca podemos garanti-la, pois se trata de um imbricado jogo que de modo algum está visível ou suposto a partir das condições familiares.

Dessa forma, o ambiente não é determinante único para a constituição psíquica; como podemos exemplificar, por exemplo, que, embora levadas ao acolhimento desde tenra idade, as crianças se constituem de modo a desenvolver sintomas que lhes afetam de modo disfuncional, ou mesmo se estruturam do lado de psicoses e perversões que lhes impingem sofrimento. Ou seja, o ambiente, por mais próximo daquilo que seja considerado adequado, nunca poderá ser totalmente responsável pela constituição psíquica de um sujeito, pois a isto cabe um desejo que não seja

anônimo, como dissemos acima. Qual a interface, então, entre desenvolvimento e constituição psíquica? As fases do desenvolvimento da libido apontam para uma predominância de satisfação que se apoia biologicamente, então se articula com o desenvolvimento biológico, embora o supere, ou seja, a dimensão da maturação e a do desejo articulam-se. Entretanto, o desejo não reconhece a maturação. Por exemplo, o Estádio do espelho mostra o movimento que vai da precipitação da insuficiência à completude imaginária, sem que a maturação tenha acontecido (LACAN, 1949/1998). O desenvolvimento, portanto, também se sustenta na dialética da demanda e do desejo; não se dá por automatismo biológico (JERUSALINSKY, 1988), pois o corpo é simbólico. Para o autor, a maturação é limite para o desenvolvimento, não causa. Há um jogo entre o sujeito e o Outro, como afirma Freud no texto **Três ensaios sobre a sexualidade** (1905/1996), que permite os avanços do desenvolvimento.

O que é próprio da Psicanálise é trocar a cronologia pela lógica. Ela deixa de situar o sujeito em etapas, para torná-lo logicamente em momentos de autoerotismo, constituição psíquica, Édipo, Estádio do espelho (CIRINO, 2001). Não se trata de atribuir idades, mas de compreender a sequência sucessiva de um posicionamento do sujeito frente ao mundo. O Inconsciente é atemporal, daí a mudança de centralidade, operada pela Psicanálise, da criança para o infantil.

Lacan (1945/1998) traz uma perspectiva lógica do tempo, em oposição ao tempo cronológico. Ele elenca três modulações do tempo: o instante de ver, o tempo para

compreender e o momento de concluir, de modo que todos se estabelecem em referência à relação com o Outro, que considera os movimentos de desejo e demanda, de antecipação e precipitação, que incluem a questão da hesitação e da urgência, da pressa: é um tempo intersubjetivo, através do qual o sujeito tem de levar em conta o outro em suas considerações subjetivas, o lugar em que o outro se situa influencia no lugar em que o sujeito se encontra. Em tal encontro, ficam sempre indeterminados a forma e o momento exato, dada a inexistência possível de completude entre sujeito e outro: trata-se do impossível do sexual.

Entendemos a questão do tempo em Psicanálise pela perspectiva de um entrecruzamento entre o eixo diacrônico (histórico e temporal) e o sincrônico (atemporal). O Inconsciente, atemporal, como linguagem, permite uma sequência não linear do tempo, incluindo a antecipação e a retroação. A retroação diz respeito ao modo como o presente afeta o passado, como, por exemplo, o último termo da frase afeta os termos iniciais. Já a antecipação se apresenta no modo pelo qual o futuro afeta o presente, tal como os primeiros termos da frase se antecipam, provendo significação aos últimos, antes mesmo que cheguem. Retomando o Estádio do espelho, há uma antecipação da imagem corporal total, antes que ela tenha chegado (e nunca chega).

Se não se trata de delimitar idades (tempo cronológico), então por que se faz? Porque não é gratuito que exista um tempo para cada posicionamento subjetivo. A pulsão se apoia no biológico, deturpando-o por certo, mas fica claro, então, que as aquisições da criança não são indiferentes ao tempo de seu aparecimento.

Coriat (1997), entretanto, recoloca em discussão a importância do tempo cronológico na constituição psíquica. Para a autora, não é gratuito que Lacan tenha determinado uma faixa temporal para o advento do Estádio do espelho, ou que Freud tenha delimitado em idades as fases do desenvolvimento da libido, porque a pulsão se apoia no biológico: estando lado a lado com as funções vitais, ela as deturpa.

Não é indiferente para a criança se ela aprende a falar com oito meses ou com quatro anos. Não podemos pensar a biologia como predeterminante e sem considerar a incidência do Outro, mas também não podemos desconsiderar os limites, como aponta Jerusalinsky (1988), na constituição psíquica. Coriat (1997) cita uma experiência feita com gatinhos, onde seus olhos foram vendados desde o nascimento, de modo que nunca puderam enxergar. Embora sem nenhuma desordem neuronal ou dano no órgão da visão, os gatinhos nunca enxergaram, pois o neurônio nunca tivera sido mielinizado no tempo adequado. O mesmo pode ser pensado para a criança, sem as inscrições necessárias no tempo necessário, cria-se uma espécie de déficit, o qual, segundo sua perspectiva, nunca será suprido: depois do tempo certo, não será possível a inscrição dos traços.

A metáfora que a autora nos apresenta é a de que o aparelho psíquico é como uma folha de papel onde são inscritos os traços mnêmicos e não é indiferente nem a qualidade do papel (a condição do sujeito) e nem a qualidade da tinta (a intervenção do Outro), ou seja, não é indiferente o substrato biológico no qual se inscrevem os traços mnêmicos. O pulsional precisa do biológico, o tempo lógico precisa do tempo real, assim como a realidade psíquica também se apoia na realidade objetiva (CORIAT, 1997).

4 CONCLUSÃO

Trazendo a discussão para o tema que aqui abordamos, observamos que o critério do desenvolvimento como normatividade deixa de fora (ou pode deixar) a consideração acerca do sujeito do Inconsciente, bem como o aspecto da constituição psíquica. A situação de negligência e maus-tratos sobrepõe-se às questões psíquicas que estão envolvidas e que permeiam a relação entre o sujeito e o Outro. Ou seja, as situações são tomadas como prejudiciais ao desenvolvimento, mas raramente se considera a capacidade do sujeito em responder por si, bem como o processo que lhe permitiu essa assunção subjetiva, certamente marcada pelo cuidado e amparo do outro familiar, de um desejo não anônimo. Os critérios objetivos se sobrepõem aos critérios que hoje se tornaram princípios jurídicos, como o afeto e o bem-estar, por se deterem em demasia à normatividade e aos padrões de desenvolvimento, ou aos ideais de futuro cidadão.

A medida protetiva que pretende garantir desenvolvimento falha ao desconsiderar o que é da ordem da realidade psíquica, já que os dois processos, desenvolvimento e constituição psíquica, caminham de forma interligada. A preocupação estrita com o mundo objetivo deixa de perceber o movimento que o sujeito faz para interpretar o mundo. A lógica protetiva que se sustenta no desenvolvimento implica um ideal e um universal, e como universal deixa de fora a interpretação subjetiva.

As situações que levam ao acolhimento são tomadas como prejudiciais em si próprias, desconsiderando que, ali onde há desproteção, há proteção: a mãe que deixa os filhos sozinhos em casa é a mesma que volta, é aquela que aponta para um desejo não anônimo ao sujeito (NOGUEIRA, 2011).

Quando os critérios objetivos sobrepõem-se aos subjetivos e aos psíquicos, o que se tem em vista é o ideal, o futuro adulto. Embora o sujeito de direito e o sujeito do desejo não coincidam, apropriar-se dessa dimensão psíquica, a outra cena, permite a consideração integral da criança enquanto aquele que determina ativamente sua própria vida, a que escolhe.

Entendemos que, ao desconsiderar o lugar do sujeito na família, ao descontextualizar a situação vivida pela criança, ao não levar em conta sua apreensão dos fatos, o acolhimento que, então, se faz tecnicamente em nome da proteção ao desenvolvimento acaba, de fato, apontando para uma normatividade, para o controle das famílias e das crianças pobres, perpetuando medidas paternalistas e tutelares.

Não é raro que a decisão sobre o acolhimento e sobre a permanência da criança na instituição se façam por critérios materiais, como a pobreza, sob o nome de negligência (NASCIMENTO, 2012). O melhor interesse e o bem-estar da criança são substituídos por um controle social. A instituição de acolhimento, quando segue esta lógica, vai se posicionar do lado do exercício de um poder que vimos ser o poder psiquiátrico, que pretende proteger, mas que controla, e que toma o desenvolvimento como norma para sustentar-se. Vemos que o argumento “prender para proteger” ainda se sustenta nas práticas de acolhimento, transformando a criança abandonada, “de rua”, em potencialmente delinquente, como perigosa, mesmo sendo a vítima, precisando ser protegida.

A inclusão da Psicanálise na consideração sobre o acolhimento pode, então, desconstruir a imagem dessa instituição

como sendo um lugar de controle e poder psiquiátricos. A articulação com o campo da constituição psíquica, que se apresenta por algo que não é da ordem da norma, mas do desejo, que foge à norma sem desconsiderá-la, é precisamente o que permite um furo no saber instituído pelo judiciário e pela assistência acerca do acolhimento. Ela permite, sobretudo, entender a criança como sujeito de direitos, de deveres e de desejo.

REFERÊNCIAS

BOESMANS, E.F. **O Acolhimento Institucional: O paradoxo entre o interesse da criança e a aplicação da lei à luz da Psicanálise.** 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento e estrutura.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

COLL, C.; MARCHESI, A.; PALÁCIOS, J. (Org). **Desenvolvimento psicológico e educação.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

CORIAT, E. Projeto de neurologia para psicanalistas (1997). In: CORIAT, E. **Psicanálise e clínica de bebês.** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997, p. 261-273.

CUNEO, M.R. **Abrigamento prolongado: os filhos do esquecimento: a institucionalização de crianças e as marcas que ficam.** Rio de Janeiro: IBRAPE, 2007.

FREUD, S. **A Interpretação dos sonhos** (1900). Rio de Janeiro: L&PM pocket, 2013.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920). In: FREUD, S.. **Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Três ensaios sobre a sexualidade (1905). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. ‘Uma criança é espancada’: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais (1919). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1950[1895]). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada (1945). In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **O seminário livro 7 – a ética da psicanálise (1959-1960)**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

NASCIMENTO, M.L. do. (2012). **Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000400007>. Acesso em: 25 mar. 2014.

NOGUEIRA, F. (Org) **Entre o singular e o coletivo: o acolhimento de bebês em abrigo**. São Paulo: Instituto Fazendo História, 2011.

RIZINNI, I; PILOTTI, F. (Org) **A arte de governar crianças: A história das políticas sociais e da assistência à infância no Brasil**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ENTRE ÁRVORE E CHÃO: O LUGAR DO INTERVENTOR NO GRUPO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

Sâmara Gurgel Aguiar¹⁴

O tema deste escrito surgiu, a princípio, a partir de algumas inquietações em torno do trabalho institucional psicanalítico com crianças em grupo. Desde as primeiras experiências, fossem de observação ou de intervenção, era possível perceber os efeitos da configuração grupal em termos constitutivos através da inserção no laço social. Contudo, na dimensão teórica, essa prática deixava dúvidas significativas quanto à sua articulação com a Psicanálise, uma vez que sua distinção em relação a certos “parâmetros tradicionais” psicanalíticos se mostrava claramente.

Chegando ao Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica, mesmo após algumas leituras a respeito da teoria e dos dispositivos ali presentes, outro questionamento se somou à pergunta relativa aos grupos. Além de estarem entre pares, as crianças encontram, ali, uma proposta de

14 Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestra pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP). Professora universitária. Extensionista no Programa Clínica, Estética e Política do Cuidado. Egressa do Laboratório de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas e Educacionais sobre a Infância (LEPSI). Egressa do Programa de Residência Tutorada em Educação Terapêutica (Lugar de Vida). Integrante do Centro de Investigações Científicas (CENIC) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

âmbito educativo. Este formato é descrito na página virtual da instituição:

O Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica é referência no tratamento e no acompanhamento escolar de crianças e adolescentes com problemas psíquicos. O tratamento é realizado por meio de atendimentos psicanalíticos individuais e em grupo, em ateliês de escrita, música, contar histórias, culinária, jogos e brincadeiras. O acompanhamento escolar é feito em parceria com profissionais da educação, com a escola e com os professores. São também oferecidos espaços e dispositivos para escutar e acolher os pais em diferentes modalidades de trabalho. O trabalho do Lugar de Vida fundamenta-se na Educação Terapêutica (LUGAR DE VIDA, 2009).

Assim, a questão se estendeu: como trabalhar num formato institucional, em grupo e com Educação, sendo possível afirmar que essa prática é psicanalítica? No decorrer da vivência de estágio em dois grupos (Grupo da Escrita e Grupo Mix), das supervisões e tutorias, parte do programa de Residência Tutorada¹⁵ da instituição, muitas cenas

15 Programa de estágio oferecido pelo Lugar de Vida, para profissionais graduados nas áreas de saúde e educação, composto por participação em ateliês terapêuticos, reuniões de discussão e formação teórica em Educação Terapêutica.

e diálogos apontaram para essa discussão. Mais que isso, essas experiências deslocaram a pergunta para além do “ser ou não Psicanálise”, dando lugar à tentativa de entender um pouco que proposta era essa.

Nesse sentido, este texto, elaborado como trabalho de conclusão de estágio realizado na instituição no ano de 2012, foca na intervenção. Busca-se compreender, ainda que em parte, o que se faz quando se intervém junto às crianças em um grupo de Educação Terapêutica: de que lugar se fala, que lógica a sustenta e que consequências pode gerar. Para abordar o assunto, optou-se por percorrer recortes de textos a respeito e costurá-los com fragmentos de cenas de um caso.

1 DE CIMA DA ÁRVORE

Nada como a prática para nos provocar redimensionamentos. Viver algo até então acessado apenas em teoria, muitas vezes, faz retornar aos textos e repensá-los, questioná-los e reelaborá-los. Assim foi a experiência como residente nos grupos do Lugar de Vida. Ler a respeito dos preceitos da Educação Terapêutica auxilia, já que eles embasam e orientam os dispositivos propostos na instituição, mas a vivência revira a teoria e faz refletir.

Logo de início, na entrevista de entrada para o programa de Residência Tutorada, perguntei se me caberia o papel de observadora. A resposta foi rápida e clara: - Não. Todos aqui podem intervir. Uma vez no grupo, não foi difícil perceber sua dinâmica e até me inserir na proposta. Mas

foi também a tentativa de ocupar o lugar de onde se intervéem que fez querer entender mais sobre ele. Qual a tarefa do adulto ali? A quem ele se dirige e para quê?

Os grupos de Educação Terapêutica são compostos de crianças (pelo menos) com idades aproximadas, dois a três coordenadores e, quando possível, de estagiários. Aos coordenadores, adultos que permanecem nos ateliês por mais tempo, cabe conduzir as atividades propostas previamente ou não. E os estagiários, que estão de passagem, auxiliam nessa tarefa. Como coloca Petri (2003), “coordenam-se as atividades, mas não as crianças”. Para fazê-lo, é importante, então, considerar os interesses e rumos que elas (crianças) apontam.

Esse é um aspecto que já assinala um tanto do estatuto da intervenção nessa instituição. Ela não se situa completamente na Educação, se a entendemos como Pedagogia; mas também não está no campo da Psicanálise apenas, não a da associação livre e da desconstrução. Freire e Bastos (2003) destacam, quanto à prática institucional, que uma constatação à qual chegaram foi “a de produções que não se enquadram facilmente no que Freud nos indicou como a tentativa de cura empreendida no delírio” (p. 91).

Em vez de desconstruir, o adulto aparece como sujeito e, apresentando elementos da cultura, tenta ofertar contornos simbólicos possíveis para o Real. São oferecidas possibilidades de a criança se apropriar dos significantes dessa cultura com suas leis para, então, “dizer algo a respeito de seu desejo” (PETRI, 2003, p. 111). Aposta-se, desse modo, que seja viável a inserção no laço social.

Assim ocorre com Álvaro¹⁶, um menino que está na instituição com um enquadre diferente, pois seu atendimento individual é realizado fora do Lugar de Vida. Ele chega ao grupo através de um pedido endereçado à sua analista: quer fazer amigos. Álvaro reclama constantemente do excesso de barulho que escuta, dizendo que não gosta que as pessoas fiquem “falando o tempo inteiro”. Em cima da árvore, onde sobe todas as semanas com muita destreza, ou no porão, conversa com seus “personagens” e não aceita aproximações de nenhum de nós. Quando tentamos entrar, ele logo pede que o deixemos em paz e coloca em tom firme e, às vezes, até irritado: “Esta história é só minha!”.

Álvaro vai sinalizando uma sensibilidade cada vez mais crescente. A soma de nossas vozes (adultos e outras crianças do grupo) àquelas que só ele escuta, vão tomando uma dimensão da ordem do que é muito difícil de suportar. Seu incômodo chega a um ponto no qual não é mais possível negociar com os demais. Isto se expressa num dia no qual Álvaro bate num outro garoto antes mesmo que o colega ligue o computador para ver vídeos, como faz habitualmente em nossos encontros.

Em reunião com a sua analista, sabemos que a medicação vem sendo retirada. Uma das coordenadoras coloca que não acha que seja necessário retomar o tratamento com remédios nesse momento. Outro dia, a mesma coordenadora se aproxima da árvore e pergunta com quem Álvaro está conversando. Ele responde que é com o esquilo.

Na semana seguinte, encontro um esquilo de pelúcia

16 Nome fictício.

no porão e o levo até a sala, sugerindo que uma das crianças pergunte para Álvaro se, na história que está lendo, existe um animal como este. Ele para, olha para o bichinho, mas volta à leitura sem responder à pergunta.

No mesmo dia, pouco antes da hora do lanche, Álvaro sobe na árvore, lá onde costuma conversar. A coordenadora tenta se aproximar novamente, dessa vez com o esquilo na mão, dizendo que o “Senhor Esquilo” está falando para ela que quer subir. A princípio, o menino retruca, colocando que esquilos não falam e que essa é a maior mentira que ele já escutou. A coordenadora, então, pontua que não é mentira, mas brincadeira. Ela reforça ainda que mentir é diferente de brincar e acrescenta que na brincadeira o esquilo pode falar. Na sequência, ela continua fazendo a voz do esquilo, que fala “esquilês”, e propõe, mais uma vez, que ele suba na árvore. Álvaro aceita.

Álvaro brinca com o esquilo e já não para de conversar quando me aproximo. No diálogo, o bichinho se queixa de não conseguir uma namorada, enquanto Álvaro o aconselha dizendo que ela (esquila) não consegue ver que ele é um menino, pois pensa que ele é só um esquilo. Antes que eu o chame para lanchar, ele me inclui na brincadeira, perguntando se vi como o esquilo foi hábil para subir na árvore. Ele aceita o convite para o lanche, mas o esquilo, que, segundo Álvaro, não pode comer brigadeiro, fica esperando na árvore.

Nessa cena, uma das mais significativas do trecho de percurso de Álvaro que pude acompanhar, algo da cultura é transmitido através do significante “brincar”. A partir de então, é possível transformar a história que era “somente sua” em algo passível de ser compartilhado.

É importante perceber que não se trata de uma interpretação. Ao contrário, há um ato e, para efetuar-lo, a coordenadora coloca-se na posição de sujeito dividido. Sobre essa intervenção, Vanderveken (2000) afirma que:

[...] seja qual o nível no qual se situe, tem como esperança última, como objetivo ideal, a colocação de um ato, tal como definido por Lacan no Seminário dos anos 67-68, apresentando um caráter de atravessamento, implicando um *depois* diferente do *antes*, ou seja, operando uma mudança radical na subjetividade do sujeito. Parece-me que se trata aí de uma posição ética que só pode advir do desejo do *intervidor* (p. 38, itálicos do autor).

Para o autor, o desejo do interventor está diretamente implicado na atuação institucional com crianças com problemas psíquicos e, mais que isso, a sua sustentação depende da existência do que chama “esperança de mudança” (p. 38). Esperança aqui não denota esperar do outro aquilo que não lhe seja possível viver, ou, ainda, traçar um destino que parta de nossos ideais.

Freud (1912/2006) já alertava para os riscos de o analista se guiar por suas ambições, fossem terapêuticas ou educativas. Sobre a primeira, o psicanalista dizia que “não apenas o colocará num estado de espírito desfavorável para o trabalho, mas torná-lo-á impotente contra certas resistências do paciente” (p. 128). Já quanto às tentativas de edu-

car, Freud colocava que, apesar de ser tentadora a tarefa de conduzir ao “melhor caminho” seu analisando, o analista deve “controlar-se e guiar-se pelas capacidades do paciente em vez de por seus próprios desejos” (p. 132). O autor destaca que nessa posição podemos não mais que tornar a vida do paciente ainda mais árdua do que ele sente ser.

Para Neves e Vorcaro (2010, p. 18), o que há é um “empréstimo de linguagem” por parte do analista, mas isso “não significa fazer da clínica um lugar em que a fantasia do sujeito do psicanalista se sobreponha à construção da fantasia da criança”. O analista oferece as ferramentas para a criança sair do lugar de objeto e construir um “eu sou”, mas aquilo que se arquiteta a partir daí só ela poderá definir.

A esperança diz da crença na existência do sujeito. Nesse sentido, o lugar clássico de analista aqui não opera, pois, em contrapartida ao vazio, é necessário que o desejo esteja ali como alicerce para a aposta nessa crença. É nessa lógica que estão inseridos os posicionamentos da coordenadora de não sugerir a retomada dos medicamentos e mesmo de conferir o significante brincar, acreditando que a Álvaro seria possível tomá-lo e construir algo próprio a partir daí. A suposição de sujeito por parte dos adultos possibilita pensar a criança como alguém capaz de se dizer.

2 DESCENDO DA ÁRVORE

A inversão do lugar tradicional do analista também é fundamental no que se refere à transmissão de elementos da cultura, pois é a partir de sua divisão que aquele que

intervém pode apresentá-la como aquilo a que todos estamos submetidos. A falta se mostra clara nesse tipo de intervenção, uma vez que sua aparição é inevitável no trabalho de oferta de significantes. Se me utilizo da linguagem com essa finalidade, é porque, a partir dela, me constituo e nela busco o que me falta.

“Brincar” está para todos. Apesar de proferido pela coordenadora, esse significante diz de uma construção compartilhada. Não consiste numa invenção de sua autoria que deseja introduzir no repertório da criança.

É por essa via que Álvaro pode fazer um deslizamento e “descer” da árvore. A história do esquilo, antes só dele e de mais ninguém, ganha a marca de brincadeira e, assim, pode ser partilhada, como ocorre quando me aproximo. Essa operação de deslocamento garante o estatuto de ato analítico se pensamos que sua intenção é a de possibilitar o desenrolar da cadeia de significantes.

Baio, *apud* Freire e Bastos (2004), destaca que existe um S1 que encontra um S2, ou seja, “uma articulação do campo do Outro encarnado por vários” (p. 87) e acrescenta que “por estar disperso em vários, o saber não se substancializa em nenhum” (p. 87). É dessa forma que, “sem excesso de gozo” (p. 87), se articulam os significantes, propiciando um sentido compartilhado àquilo que anteriormente era invasivo, atormentador e apenas possível de viver sozinho.

Pode-se dizer, então, que há uma introdução, a seu modo, no laço social, através da criação, pela criança, de outra hipótese sobre o Outro. Desde sua chegada, Álvaro sinaliza esse efeito. Ele coloca para a analista que na escola

não dá para fazer amigos, pois todos são malucos e acredita que no Lugar de Vida, o qual chama “Lugar da Boa Vida”, seja possível fazê-los. É importante lembrar que o momento em que Álvaro ingressa na instituição é bastante oportuno, uma vez que esse pedido aparece após anos de trabalho junto à sua analista. Pode-se deduzir que a velocidade com que a criança é capaz de tomar para suas construções aquilo que é ofertado relaciona-se diretamente ao percurso já traçado no seu atendimento individual.

Mas, para além de um vínculo inicial com o “Lugar da Boa Vida”, provavelmente consequência da transferência estabelecida com sua analista (com quem está em tratamento desde os dois anos de idade), algo próprio da instituição, através do manejo dos adultos, vai se esboçando. Se, a princípio, Álvaro só se dirige a uma das coordenadoras pelo nome, aos poucos vai nomeando os outros adultos e, em seguida, as demais crianças. Seu tom, quase sempre de “ordem”, e a prontidão com que as coordenadoras atendem seus chamados, muitas vezes brincando, ao responderem “Sim, senhor!”, retratam quase que literalmente o que Lacan menciona quanto ao papel do analista na clínica da psicose: o de secretário.

Numa dessas cenas, sou convocada por Álvaro a sentar ao seu lado para que ele me apresente um livro sobre animais marinhos. Ele para em cada página, diz o nome do animal, descreve-o e pede que eu leia do que ele se alimenta. Ao final de cada descrição, diz “não é?”, tudo numa mesma entonação. Eu sigo atendendo ao seu pedido durante a maior parte do tempo, mas, quando o livro vai chegando ao fim, pergunto se ele não pode ler o que um animal

come. Ele se irrita e diz que não, que sou eu quem deve ler. Continuo, mas, às vezes, ainda peço que leia, até que ele fala “Posso ler para você” e assim o faz. Quando chegamos às páginas das moreias, lembro que um dos assuntos que surgiram no grupo, já que sou recém-chegada, foi sobre a minha origem. Falo, então, que na minha cidade há um parque aquático, conto que lá existe um “toboágua” de nome Moreia Negra e pergunto se ele já esteve nesse local. Álvaro para, me olha, mas continua a leitura do livro, sem aparentar interesse no que digo.

Na semana seguinte, ele vai ao grupo vestindo uma blusa que traz a palavra “Fortaleza” (cidade à qual pertence) bordada. A nós coube reconhecer aí uma articulação: uma das coordenadoras pergunta se ele quer me dizer algo com aquela blusa, já eu conto para o grupo que havia perguntado a ele sobre o parque aquático.

Essa passagem marcou por ter sido a primeira vez que via Álvaro se dirigindo, ainda que não diretamente, a uma de nós de um lugar diferente. Ele não parecia estar se colocando numa posição de controle do outro invasor, que precisava ser dominado para não ultrapassar os limites a ele tão necessários, como se ordenasse para ordenar-se.

Não só nessa cena, como naquela em que brinca com o esquilo podendo incluir o outro, está presente um aspecto do tratamento que Freire e Bastos (2004) descrevem como “a direção de fazer com que desse enxame alguma articulação seja possível ou mesmo que dessa linguagem não articulada uma demanda se esboce” (p. 85). O abrandamento do gozo, até então indissociável dessa linguagem, parece esfumaçar, para Álvaro, o Outro absoluto.

3 AVENTURAS EM SOLO

Fora dos galhos frágeis onde gosta de se equilibrar, ali no chão, Álvaro encontra os outros com suas demandas e “buracos”. Encontro após encontro com o grupo, vai dando mostras de que o trabalho possui desdobramentos e de que aos poucos é possível caminhar também longe da árvore. Surgem aqui sinais que acordam com a afirmação de Petri (2003) de que a intervenção só é capaz de transformar marcas em inscrições por um processo e não por um único ato.

Álvaro fala, muitas vezes, sobre o incômodo que as peculiaridades dos demais meninos do grupo causam para ele. A impossibilidade de controle daquele que sempre tira os sapatos e não quer colocá-los de volta nos pés, do outro que quer sempre ouvir música em volume alto, ou mesmo do que não aceita dividir os brinquedos que leva para o Lugar de Vida. Suas reações, a princípio, são de conceber tudo isso como inaceitável, pois para ele aquilo que foge da ordem da qual precisa é demais.

Kupfer, Faria e Keiko (2007, p. 159) afirmam que para a criança psicótica: “[...] a presença do outro será sígnica. Isto quer dizer que a criança não opera com a polissemia, a variabilidade, a incerteza. O outro terá significados fixos, sempre sígnicos. As variações serão vistas como um problema, e a elas a criança reagirá evitando-as”.

Para Álvaro, sapatos devem permanecer sempre nos pés, música só se ouve em volume baixo e, uma vez em grupo, brinquedos têm que ser divididos. Tudo o que quebra essas certezas desfaz a ordem da qual precisa para continuar circulando.

Ele demonstra isso claramente quando fala que o colega de grupo “tem que parar de querer ouvir música alta”. É pensando em questões como esta que Kupfer, Faria e Keiko (2007, p. 160) propõem o tratamento do Outro como “aquele que incidirá sobre o insuportável que a iniciativa do Outro introduz para a criança”. Diante dessa insuportabilidade, é preciso construir uma invenção para dar conta desse gozo que transborda.

Álvaro consegue se lançar e andar em passos largos nesse tratamento. É o que aparece quando começa a nos chamar para brincar.

Um dia me diz que é um macaco, que está na árvore fazendo macacadas e que vai roubar meu cachecol. Eu peço que o macaco, por favor, não faça isso, mas ele vem e arranca o cachecol do meu pescoço. A partir de então, ele dita tudo o que vou falar e fazer na brincadeira: “Agora você está com muita raiva e diz que vai pegar esse macaco!”. Eu atendo aos seus pedidos, percebendo que existe uma continuidade na tentativa de movimentar-se a partir do significativo brincar do qual se apropriou. Quando me retiro, acatando o chamado de uma das coordenadoras para estar com as outras crianças no tapete, ele corre, me pede para voltar e, diante de um não, chama outra estagiária para a brincadeira. Assim indica também a maleabilidade para fazer uma alternância entre os adultos, diluindo o Outro em pequenos outros.

Aqui nos é possível enxergar a importância de termos todos o papel de intervir. Segundo Zenoni (2002, p. 23, apud KUPFER; FARIA; KEIKO, 2007, p. 162) “a natureza da clínica em questão que exige uma resposta coletiva”.

Para a criança psicótica, ter apenas um encarnando o Outro pode legitimar o lugar total ao qual ela o atribui. Quando o lugar de “suposto não-saber” é dividido por vários, torna-se possível sustentar a permanência de uma ordem, propondo um outro menos persecutório e oferecendo condições para dispensar passagens ao ato.

Outra vez, Álvaro apanha um fantoche de lobo e abocanha o meu braço. Faço uma voz de choro e digo para o Sr. Lobo que está doendo muito. Ele para e pergunta se eu estou brincando com o lobo. Eu respondo que estou brincando com ele, que na brincadeira é o lobo e, após isso, voltamos a brincar.

Ele continua trabalhando. Outras produções vão surgindo, sempre mais ativas, como ferramentas para pilotar o trânsito dos outros. Durante os últimos grupos nos quais estou presente, Álvaro me chama toda semana para participar de uma história que começa com Flicker, uma vagalume que encontra uma árvore de *blueberries* e, como as encontrou primeiro, não aceita dividi-las com ninguém. Ele me convida a tentar explicar para Flicker que, se a árvore está no Lugar de Vida, ela é de todos. Ele pede também que eu diga que tenho certeza de que a atitude de Flicker não é justa, ao que eu respondo falando que não tenho certeza, mas acho que não é justa. A vagalume primeiro não aceita nossas colocações, nem quer aproximações, até que, “dublada” por Álvaro, diz que sente falta de seus dois amigos e resolve dividir as *blueberries*, pois não é possível brincar com elas.

A história vai se repetindo, mas sempre com novos elementos. Da segunda vez, Flicker sente falta não só de Álvaro e de mim, mas também das coordenadoras e das outras

crianças, a quem proponho levarmos as frutas, que fizemos de massinha, e dividirmos. Nesse dia, ao chegarmos ao pátio, ele consegue pela primeira vez propor uma brincadeira a outra criança, tocando o dinossauro do colega – que não aceita dividir seus brinquedos com os demais – dizendo “Duvido que você consiga me pegar”. A provocação vira um pega-pega do qual quase todas as crianças do grupo participam.

Após essa passagem, Flicker entende que é importante dividir, mas então surge Diana, uma sapa que faz o mesmo e precisa que a vagalume diga que já passou por isso e o que aprendeu. Álvaro alterna essas cenas e, assim, consegue se aproximar das outras crianças sem que elas pareçam uma ameaça.

A árvore, lugar que antes, como Flicker e Diana, não dividia, pode ser compartilhada com um colega recém-chegado ao grupo, que se encanta com a habilidade de Álvaro e resolve subir também. Para ele, a seu modo, é possível dividir e tolerar que o outro não divida. Mais que isso, através de repetições, vai se introduzindo a criatividade que alcança transformações naquilo difícil de suportar, como na brincadeira de pega-pega.

Num dos últimos encontros do qual participei, Álvaro, após “encontrar-se” mais uma vez com Diana e seus amigos, não só brinca de pega-pega, como pergunta a um dos meninos do grupo, que é mais quieto, o que ele acha de tudo aquilo que está acontecendo. Sem obter resposta, ele pega um agogô, dá dois toques rápidos e diz que está tentando ser gentil com o colega tocando uma música para ele, que, por sinal, adora música. O mesmo faz com outra criança, a quem oferece um dinossauro de brinquedo, afir-

mando, em seguida, para uma das coordenadoras que se trata de uma gentileza.

Bernardino (2001, p. 87) compara o percurso analítico junto à criança psicótica, se a entendermos como numa condição ainda não decidida, a um jogo que pode desembocar em dois caminhos: o da construção de uma metáfora paterna ou, quando não é possível fazê-lo, o de uma metáfora delirante. Para a autora, o “vence-dor”: “Seria aquele que abandona o gozo de ser... objeto, para suportar dividir-se entre a dor e a delícia de viver, ou seja, para desejar... verbo intransitivo?” (p. 84).

Para Álvaro, tem sido possível montar invenções para lidar com essas dores e delícias de desejar e, portanto, estar entre outros. Contudo, suas produções são possíveis também por, nessa aventura, contar com parceiros que apostam na existência de um sujeito e nele investem como tal: ofertando palavras e ajudando a ler e escrever suas próprias marcas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as leituras e a elaboração do trabalho, o lugar do interventor aparece como fundamental na possibilidade de deslocamentos da criança. Um espaço onde há antecipação subjetiva por parte dos outros que a cercam torna-se mais propício para as invenções capazes de pôr limites às invasões do Outro.

Foi possível compreender, ainda, a posição da instituição quanto ao lugar de observador, que por vezes pode soar

como persecutório e contribuir para a hipótese do olhar absoluto da criança. Estar “em cima da árvore”, se ela funciona como local que garante que fiquemos resguardados dos efeitos dos outros, não pode ser uma opção para os adultos que ingressam nos grupos, pois é escutando, posicionando-se e construindo junto com crianças e outros adultos que cada um se faz essencial.

A função de corte também pode ser excessiva e desorganizadora. Portanto, é importante que o interventor possa atentar para as brechas que cada criança permite ao outro. Isto porque é justo nelas que irá posicionar-se, desde sua divisão subjetiva, de modo a oferecer significantes a partir dos quais seja possível um depois diferente do antes.

A aposta no sujeito, que orienta cada ato empreendido nos grupos, demonstra a transversalidade da ética psicanalítica presente nessa prática. É a partir dessa perspectiva que se mostra viável, embora não garantido, o trilhar de um percurso como o de Álvaro, que, com suas histórias, brincadeiras e “gentilezas”, remete ao Mistério do Planeta que cantam Os Novos Baianos: mostrando-se como é, sendo como pode, “jogando” seu corpo no mundo, andando por cantos (por mais que para ele pareçam perigosos) e suportando, nessa caminhada de encontros muitas vezes nada fáceis, deixar e receber um tanto.

REFERÊNCIAS

BERNARDINO, F. A clínica das psicoses na infância: impasses e invenções. **Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas**, v. 6, n.11, p. 82-91, 2001.

FREIRE, A. B.; BASTOS, A. Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a prática “entre vários”. **Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas**, v. 9, n. 17, p. 84-93, 2004.

FREUD, S. (1912). **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 12, p. 123-133.

KUPFER, M. C. M.; FARIA, C; KEIKO, C. O tratamento institucional do Outro na psicose infantil e no autismo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 2, p. 156-166, 2007.

LUGAR DE VIDA. **Apresentação**. Disponível em: <www.lugar-devida.com.br>. Acesso em: 12 maio 2012.

NEVES, B. R. C; VORCARO, A. M. R. A intervenção do psicanalista na clínica com bebês: Rosine Lefort e o caso Nádia. **Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas**, v. 15, n. 2, p. 380-399, 2010.

PETRI, R. **Psicanálise e educação no tratamento da psicose infantil: quatro experiências institucionais**. São Paulo: Annablume, 2003.

VANDERVEKEN, Y. Intervenção e ato. In KUPFER, M. C. M. (Org.), **Tratamento e escolarização de crianças com distúrbios globais do desenvolvimento**. Salvador: Ágalma, 2000, p. 37-45.